



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras de atención al paciente crítico: Liderazgo de los cuidados

M. del Carmen Jover Sancho

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.



Escola Universitària d'Infermeria
Programa de doctorat en Ciències Infermeres

Tesis doctoral de
M. del Carmen Jover Sancho

**La práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las
enfermeras de atención al paciente crítico:
Liderazgo de los cuidados**

Directores de la tesis
Dr. José Luis Medina Moya
Dra. Lourdes García Vinyets

Tutora de la tesis
Dra. M. Teresa LLuch

Mi admiración no se limita a esos valores humanos, sino además a los profesionales y a la técnica. [...] Mis enfermeras —¡pues las quiero llamar así! —, hicieron siempre frente a ese reto con la mayor seguridad y eficacia.

Jose Luis Sampedro (1917-2013)

Parte de la curación está en la voluntad de sanar.

Séneca (4 a.C.-65)

Agradecimientos

a todas las enfermeras y pacientes que con sus palabras han hecho posible que sea visible el cuidado humano y profesional de las enfermeras de cuidados intensivos

a todos los pacientes, alumnos y compañeras con los que he tenido la suerte de compartir aprendizaje

a Jose Luis Medina por transmitirme su entusiasmo, ánimo y sobre todo su estima y conocimiento reflexivo que junto con Lourdes y Teresa han hecho posible que esta tesis sea una realidad

a Margarita Esteve por su confianza en mí, y su energía positiva en el avance profesional

a Natalia Solá, por compartir un largo camino juntas, en el cuidado humano - tecnológico del paciente

a Marta Romero y Laura de la Cueva, por su inestimable riqueza en compartir las reflexiones, la investigación y su incondicional soporte

a Pilar Delgado por compartir siempre el conocimiento, la experiencia y la estima por el avance y la difusión de la profesión

a Marta, Pilar, Laura, Natalia, Montse, Belén, Mayte por la gran riqueza reflexiva que hemos llevado a cabo durante todo este tiempo.

a Blanca Arias por su eficaz ayuda

a todas las compañeras del Hospital de Sant Pau con quienes comparto experiencias y trabajo

a todos los que me han animado a seguir en la tesis

a todos los que me han ayudado con su saber y experiencia

Y eternamente gracias

a mi madre por la semilla integral que plantó, cuidó y creció en mí

a Joan por estar siempre a mi lado de manera incondicional

al mi familia y amigos por su apoyo

a Laura, Aleix, Manel, Gina y Anna por la enorme energía que me transmiten

Índice de contenidos

Índice de tablas y figura	10
Resumen.....	11
Abstract	13
Introducción	15
Capítulo 1. Antecedentes y estado actual del tema	23
1.1. Antecedentes y situación actual de las Unidades de Cuidados Intensivos	23
1.2. Concepción de la tesis: Una experiencia reflexiva	29
1.3. Los inicios de una trayectoria docente en Enfermería Intensiva (UCI): Experiencia reflexiva en el cuidado del paciente crítico	35
1.4. Concreción del problema.....	39
1.4.1. Preguntas de investigación	40
Capítulo 2. Marco teórico	43
2.1. Práctica reflexiva. Naturaleza del saber enfermero.....	43
2.1.1. El proceso reflexivo: hacia el cuidado humanizado.....	45
2.1.2. Reflexividad e identidad profesional	49
2.1.3. Reflexividad de la enfermera de pacientes críticos: la práctica clínica	53
2.2. Los cuidados del paciente crítico como práctica reflexiva	56
2.2.1. Noción del cuidado integral: Cultura reflexiva.....	58
2.2.2. Ética en el cuidado del paciente crítico	60
2.2.3. Saberes científicos técnicos y prácticas humanas de naturaleza ética	64
2.2.4. Complementariedad o separación entre la tecnología y el cuidado humano	67
2.3. Socialización profesional de la enfermera en la atención al paciente crítico	70
2.3.1. Apego al rol profesional.....	72
2.3.2. Transmisión del rol profesional.....	76
2.3.3. Responsabilidad y compromiso profesional	83
2.4. Liderazgo en los cuidados	85
2.4.1. Gestión de los cuidados	87
2.4.2. Empoderamiento del cuidar	90
Capítulo 3. Justificación del estudio	95
Capítulo 4. Objetivos.....	101
4.1. Objetivo General	101
4.2. Objetivos específicos	101
Capítulo 5. Aspectos metodológicos y diseño de la investigación	103
5.1. Fundamentación ontoepistemológica: algunos apuntes previos	103
5.2. Paradigma constructivista	104
5.3. Enfoque cualitativo de diseño etnográfico	105
5.4. Ámbito de estudio.....	108
5.5. Participantes: Población y reclutamiento.....	110
5.6. Estrategias de recogida de datos	112

Capítulo 6. Trabajo de campo	119
6.1. Primeros contactos: Selección de participantes	119
6.1.1. Proceso: Cambio de modelo organizativo de la UCI.....	120
6.1.2. Técnicas de obtención de información.....	124
6.2. Criterios de rigor y credibilidad.....	131
6.2.1. Credibilidad	131
6.2.2. Transferibilidad	132
6.2.3. Dependencia	132
6.2.4. Confirmabilidad.....	133
6.3. Aspectos éticos	133
Capítulo 7. Análisis de los datos	135
7.1. Participantes	136
7.1.1. Pacientes de UCI: Entrevistas en profundidad	136
7.1.2. Enfermeras de la UCI: Grupo focal	137
7.1.3. Enfermeras de la UCI: Entrevistas en profundidad	138
7.2. Proceso de análisis	139
7.2.1. Niveles de análisis.....	140
7.2.2. Núcleo central y vectores cualitativos.....	151
7.2.3. Cuadro de codificación	152
Capítulo 8. Resultados de la investigación.....	155
8.1. Integración humano-tecnológica, como esencia del saber profesional.....	158
8.1.1. El cuidado holístico del paciente crítico	162
8.1.2. La intervención ética en la vulnerabilidad del paciente	162
8.1.3. La actitud de la enfermera en el cuidado integral.....	163
8.1.4. La formación específica, desde el aprendizaje reflexivo	165
8.1.5. La formación continua desde el aprendizaje reflexivo	176
8.2. Cultura reflexiva, un cuidado centrado en la persona	180
8.2.1 Perfil personal	180
8.2.2. El aprendizaje de la cultura profesional de la UCI.....	183
8.2.3. Influencia del contexto en la práctica reflexiva de la UCI.....	187
8.2.4. Conceptos éticos y morales en la cultura del cuidado	194
8.3. Práctica reflexiva.....	207
8.3.1. Actitud reflexiva crítica en el desarrollo de las habilidades.....	213
8.3.2. Capacidad de captar las vivencias en el cuidado al paciente.....	228
8.4. Socialización profesional	251
8.4.1. Transmisión del saber reflexivo del cuidado.....	252
Capítulo 9. Reflexiones finales.....	271
9.1. Sustantivas (teóricas)	271
9.2. Metodológicas (¿qué he aprendido?)	275
9.3. Derivaciones para la práctica.....	275

9.3.1. Cuidado del paciente crítico.....	276
9.3.2. Formación especializada.....	277
9.3.3. Investigación	279
Capítulo 10. Conclusiones	283
Referencias bibliográficas	287
Anexos.....	299
Anexo 1. Proceso reflexivo del nuevo modelo de Críticos (I)	299
Anexo 2. TISS-28. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System-28	304
Anexo 3. Resultados TISS-UCI	306
Anexo 4. Consentimiento pacientes y enfermeras	307
Anexo 5. Hoja informativa de la entrevista al paciente	308
Anexo 6. Hoja informativa de la entrevista a las enfermeras	310
Anexo 7. Entrevista en profundidad enfermeras	312
Anexo 8. Guión para la entrevista a los pacientes.....	315
Anexo 9. Guión para la entrevista al grupo focal.....	316
Anexo 10. Dimensiones del concepto de satisfacción de los pacientes.	317
Anexo 11. Dictamen favorable del Comité de Ética.....	318
Anexo 12. Manuscrito del esquema analítico de la voz de las enfermeras (unidades de significado)	320
Anexo 13. Sistema de codificación emergente de las enfermeras: unidades de significado y su frecuencia, categorías y dominios.	322

Índice de tablas y figura

Tabla 1. Competencias y habilidades de novel a experta de Benner (1984, en Acebedo, 2012: 73-74),	51
Tabla 2. Datos sociodemográficos y aspectos clínicos de los pacientes entrevistados	137
Tabla 3. Datos de las enfermeras entrevistadas en el grupo focal	137
Tabla 4. Datos personales y laborales de las enfermeras entrevistadas	138
Tabla 5. Definición de categorías: Unidades de significado y frecuencia	141
Tabla 6. Dominios en relación a las categorías afines en el segundo nivel de análisis	144
Tabla 7. Relación detallada de las categorías afines a cada dominio	147
Tabla 8. Dominios coincidentes de los pacientes en relación a las enfermeras	148
Tabla 9. Dominios coincidentes del grupo focal con las enfermeras	149

Figura 1. Núcleo central y vectores cualitativos identificados	151
---	------------

Resumen

La práctica reflexiva de las enfermeras en la UCI es primordial para ofrecer cuidados humanos y técnicos que garanticen la seguridad física, psicoemocional y espiritual del paciente crítico y sean fuente del desarrollo teórico de la disciplina. Dicha práctica tiene lugar en la atención con el paciente, familia, enfermera y el equipo interdisciplinar. El objetivo general de esta tesis doctoral es explorar cómo la práctica reflexiva de las enfermeras de intensivos influye en la relación de cuidado con los pacientes, así como las formas de repercusión de dicha práctica reflexiva en la socialización de los profesionales, en su aprendizaje y en su identidad profesional.

Se trata de un estudio cualitativo, de diseño etnográfico (Margalef, 2004; Hammersley y Atkinson, 1994), que comparte los principios de la pedagogía crítica de Giroux y McLaren (1998) y de Beyer y Liston (2001), así como la idea de transformación social postulada por McLaren (1997). Se ha llevado a cabo en una UCI de tres unidades de 30 boxes individuales en un hospital universitario de Barcelona nivel III. La muestra teórico-intencionada de variación máxima, heterogénea y no espontánea hasta alcanzar la saturación teórica de los datos (Kuper, Reever y Levinson, 2008) fue de 14 enfermeras entrevistadas en profundidad, y el análisis se realizó también sobre 19 pacientes y 7 enfermeras del grupo focal. La selección respondió a distintos perfiles. La recogida de datos se articuló en seis procedimientos: observación participante, entrevista en profundidad, análisis de la percepción de los pacientes sobre los cuidados, análisis del grupo focal, diario de campo, fuentes documentales y reflexión continua de la investigadora. El análisis de contenido permitió que las categorías emergieran de los discursos producidos. Las descripciones de las observaciones y entrevistas transcritas se han analizado a través de codificación en unidades de significado. La transcripción del verbatim, de acuerdo con Morse y Field (1995), incluye las observaciones del entrevistador. Se utilizó el soporte informático Nvivo10. Se han seguido los criterios de fiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln (2000), la reflexión ética de Gastaldo y McKeever (2002) y, sobre todo, la reflexividad continua. El rigor mediante la triangulación de sujetos, perfiles, métodos e investigadores.

Emergen nueve dominios: cuidado holístico, formación especializada y formación continua, cultura humanista, reflexividad en la relación interpersonal, capacidad de captar vivencia, identidad profesional, empoderamiento del rol profesional, liderazgo de los cuidados y transmisión reflexiva del saber. En el proceso reflexivo hay puntos

de intersección con los pacientes en cinco dominios y en ocho con las enfermeras del grupo focal.

Al mismo tiempo, la tesis trabaja con tres vectores cualitativos, a saber, práctica reflexiva, cultura humanista, socialización profesional, los cuales confluyen en un núcleo central que es la integridad humano-tecnológica que forma parte de la esencia del saber reflexivo de las enfermeras de intensivos y corresponde a la comprensión del cuidado científico-técnico, a la reflexividad con el paciente, familia y equipo, apego al rol y transmisión del conocimiento y liderazgo en los cuidados.

Palabras clave: reflexividad, práctica reflexiva, socialización profesional, cultura, cuidado al paciente crítico, ética en el cuidar, identidad profesional, liderazgo cuidados, atención humana, tecnología.

Abstract

In ICUs, reflective practice is crucial in order to make progress within the discipline and offer a technical and humane caring that ensures physical, psicoemotional and spiritual security to the critical patient. Reflective caring involves patients, their families, nurses and interdisciplinary teams. The general aim of this doctoral dissertation is to explore the way in which reflective caring influences the caring relationship with patients, as well as the consequences of such a practice in the professional's socialization, learning and identity.

An ethnographic-oriented, qualitative study (Margalef, 2004; Hammersley and Atkinson, 1994) has been conducted. It is based on the principles of Giroux and McLaren's (1998) as well as Beyer and Liston' (2001) critic pedagogy, and drinks from the wells of social transformation postulated by McLaren (1997). It has been carried out in an ICU composed of three units with 30 individual boxes at the Hospital de Sant Pau (Barcelona, Spain), a level III university hospital. The heterogeneous and non-spontaneous, theoretical-intended sample of maximal variation, built up to data saturation (Kuper et al., 2008) included 14 in-depth-interviewed nurses. The analysis was undertaken on 19 patients and 7 nurses from the focus group. The selection was made in accordance with profile criteria. Data were collected in a six-step process: active observation, in-depth interview, analysis of patient's view of caring, analysis of the focus group, field journal, study of sources, and constant reflection by the researcher. Content analysis paved the way for categories to emerge from the interviews. Units of meaning have been derived from observation and from interview transcripts, which have been written following Morse y Field (1995). Reliability and authenticity criteria proposed by Guba and Lincoln (2000) have been considered, as well as Gastaldo and McKeever's (2002) ethical reflection and, most importantly, constant reflection.

Nine domains emerge from the analysis: holistic caring, specialized and continuous training, humanistic culture, reflectivity in interpersonal relationships, ability to understand the patient's experience, professional identity, professional role empowerment, leadership in caring, and reflective teaching. The reflective process involves intersective points with patients in five domains and with nurses from the focus group in eight domains.

At the same time, three qualitative vectors, i.e. reflective practice, humane culture and professional socialization, have been considered in this study. The three vectors

converge in a nuclear point, humane-technological integrity, which is part and parcel of the essence of reflective knowledge of ICU nurses and means the integration of knowledge and understanding of the scientific-technical and the humane faces of caring.

Keywords: reflexivity, reflective practice, professional socialization, culture, critical patient care, ethical caring, professional identity, leadership, care, human care, technology.

Introducción

Según Dewey (1998), el término *reflexividad* implica una forma de ser y una preparación que fomenta el pensamiento crítico, racional e intuitivo; supone el desarrollo de actitudes de liberalidad o mentalidad abierta, así como actitudes de responsabilidad para adoptar las consecuencias de sus creencias y/o decisiones con entusiasmo y motivación, utilizando las herramientas necesarias para cada fin. Freire (1998b) plantea que se requieren procesos simultáneos de reflexión y acción para lograr la transformación del mundo: propone una relación de compromiso y aprendizaje mútuo entre el docente y el discente.

Cada vez más, la reflexión se percibe como un concepto fundamental tanto en la teoría educativa como en la práctica asistencial: reflexionar claramente conlleva liberación, elección, saber tomar decisiones sobre las diferentes alternativas de la actuación del profesional dentro de la complejidad de las instituciones. Hoy caracterizamos epistemológicamente el saber enfermero como conocimiento práctico aplicado a la resolución de las diversas y complejas situaciones y los dilemas a los que se enfrentan las enfermeras¹ profesionales (Jiménez, 2009; Delgado, 2010; Medina, 2005a, 2005b, 2006).

El profesional y, en concreto, la enfermera, es un práctico reflexivo cuya acción se fundamenta en un conocimiento tácito y práctico en cuya acción se pueden distinguir tres componentes cruciales: el conocimiento en la acción, la reflexión en la acción, y la reflexión sobre la acción. Hoy sabemos que la racionalidad práctica reflexiva y no la técnica es la verdaderamente útil delante de las situaciones inestables y ambiguas de la práctica. Ahora se empieza a defender la idea de que la práctica profesional y las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina (Elbaz, 1981; Schön, 1992; Medina, 1999; Schön, 1983, en Medina y Castillo, 2006).

En sus trabajos, Benner (1984, 2005) es quien más ha estudiado el desarrollo de la expertise de las enfermeras en el contexto de Cuidados Intensivos (UCI). Su estudio de la práctica con los pacientes y familias ha aportado conocimientos clínicos y morales al desarrollo de nuevos saberes a la ciencia enfermera. Entre sus aportaciones destaca el haber llamado la atención sobre la necesidad de diseñar

¹ La palabra paciente y enfermo se utiliza indistintamente para aludir a la persona ingresada en la UCI.

estrategias para reconocer este conocimiento práctico, de manera que se pueda desarrollar y mejorar.

En el ámbito de la ciencia enfermera, el proceso de producción de conocimiento por medio de la reflexividad se pone cada vez más en práctica (Schön, 1996; Medina, 2005a; Delgado et al., 2001; Zaforteza, Gastaldo, Sánchez, De Pedro y Lastra, 2004), con profesionales capaces de transformar el mundo a través de la praxis: reflexión y acción (Freire, 1998b). Según la práctica reflexiva el hombre analiza la realidad mediante una toma de conciencia crítica reflexiva, como punto de partida de la acción transformadora y del compromiso con la acción, teniendo en cuenta la coherencia entre la teoría y la resolución de los problemas del propio colectivo. Todos estos elementos forman parte del apego al rol profesional y a la socialización profesional (Cohen, 1988).

En la UCI, la práctica reflexiva es primordial para poder dar cuidados humanos y personalizados que permitan al paciente totalmente dependiente “sentirse persona”. Se constata la vulnerabilidad y total dependencia de este, sobre todo en la primera fase del proceso de su enfermedad, que precisa tratamiento sustitutivo, cuidados continuos expertos con juicio clínico y una adecuada interrelación para garantizar la seguridad física, psico-emocional y espiritual (Jover, 2010). La reflexividad de la enfermera es un punto clave que incide en la actitud de respeto hacia la independencia, y la autodeterminación del ser humano. Influye directamente en la atención humanizada en la UCI (Jover, 2009); igualmente tiene repercusión a la hora de que los profesionales se sientan autónomos y convencidos de su rol profesional. A ello contribuye también el proceso de socialización profesional, que Merton (2003) define como la adquisición del conocimiento y las habilidades para el desarrollo del rol profesional. En este sentido, en la profesión enfermera es de gran valor la aportación de Cohen (1988) sobre el aprendizaje y el apego al rol profesional, logrado mediante la socialización de tu propio grupo profesional.

Nuestra sociedad está cada vez más centrada y dirigida a tener resultados de calidad bajo criterios de eficiencia y eficacia en los procedimientos que, en las instituciones hospitalaria se realizan a los pacientes (calidad científico-técnica). Otros focos de atención son los criterios de satisfacción de las expectativas de los pacientes y familiares (calidad percibida) (Lorenzo, Sánchez, Santana, Cobán y García, 2010), así como el desarrollo de la cultura de la seguridad. Una forma de actuación orientada a la organización de procesos y procedimientos cuyo fin es la mejora de la

seguridad asistencial y al desarrollo de una práctica segura (MSSI.gob.es, 2010), especialmente en las unidades de alta complejidad, como las UCI.

Tengo el pleno convencimiento de que, tanto en el desarrollo de la calidad asistencial como en el creciente desarrollo de la cultura de la seguridad, las enfermeras tenemos un papel crucial en los resultados de la calidad y seguridad asistencial. De ahí que se haga imprescindible seguir investigando sobre el valor de la práctica reflexiva de la enfermera de intensivos, en su relación directa con el cuidado holístico y humano-científico-tecnológico, la identidad profesional dentro del equipo de salud y la transmisión reflexiva a las futuras enfermeras intensivistas. En esta línea, algunas investigaciones nos aportan datos sobre el beneficio que supone la enfermera para el paciente cuando se aplica el cuidado integral desde una mirada humana y a la vez tecnológica; sus resultados ponen de manifiesto el valor que en la situación de gravedad y de suma vulnerabilidad del enfermo tiene este acercamiento para ayudarlo a ser capaz de seguir luchando y de tener una recuperación más pronta. Estos estudios nos permiten conocer y avanzar en el conocimiento enfermero, la identidad profesional y el desarrollo profesional (Jiménez, Montes, Martorell y Nogués, 2009; Rodríguez, 2012; Acebedo, 2012; Zaforteza *et al.*, 2004, 2005; Zaforteza, Sánchez y Lastra, 2008; Zaforteza *et al.*, 2010a; Delgado, 2010; Romero *et al.*, 2013).

El avance en la ciencia enfermera se basa en aumentar la producción del conocimiento práctico desde el contexto individual y colectivo en el contexto institucional (Giddens, 1987). Mi compromiso reflexivo en esta tesis está en íntima relación con la visión ontológica que se encuentra en los planteamientos epistemológicos que defiende; con la propia naturaleza del ser humano, la realidad que vive, la capacidad de seguir siendo persona; con la ética y moral profesional que conlleva la actitud profesional que permite que la persona siga teniendo dominio sobre su persona, que ejerza la autodeterminación, que contemple la diversidad y respete su individualidad. Así, coincido totalmente con la idea de que el profesional debe contar con el saber reflexivo que le proporcionan el tono y el tacto suficientes para tener la sensibilidad en el cuidar (van Manen, 1998, 2004), en los valores de la ética en el cuidar, en la cultura humanista en el ámbito tecnológico, y en la transmisión del rol de manera holística.

Por este motivo, durante todo el diseño y desarrollo de la tesis, he abordado, desde la reflexividad, el estudio sobre la práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las

enfermeras² de atención al paciente crítico en las UCI y su repercusión en el liderazgo de los cuidados. La investigación está marcada por un profundo respeto hacia mi profesión, hacia los pacientes, sus familias, y hacia las enfermeras que los están cuidando.

Para el desarrollo de esta tesis, he utilizado la metodología cualitativa concretada en un estudio de tipo etnográfico. Esta metodología, por el hecho de ser hermenéutica me permite comprender y explicar el fenómeno en estudio desde la comprensión del modo en que el conocimiento cultural, la vivencia, la reflexividad y la experiencia de las enfermeras de intensivos inciden directamente en la humanización de los cuidados que proporcionan a los pacientes críticos. Asimismo, este enfoque metodológico me permite analizar de manera integral la repercusión de la transmisión del conocimiento a los profesionales, desde la vertiente humano-tecnológica, y al mismo tiempo entender la repercusión en el desarrollo del rol y en el liderazgo de los cuidados. Igualmente, he podido indagar sobre la percepción de los pacientes en relación con los cuidados que dan las enfermeras, y en conocer la vivencia que tienen todos los participantes en cuanto al cuidado de las enfermeras de la UCI.

Por último, la etnografía me permite analizar mi pensamiento formado por mi experiencia con relación al cuidado autónomo y humano a la vez que técnico y científico, que proporcionan las enfermeras de cuidados intensivos. Entiendo que es necesario hacerlo visible, para evidenciar la seguridad ontológica y la autonomía profesional en la toma de decisiones que llevan a cabo continuamente las enfermeras con el paciente crítico, sin estar influenciadas por la opinión dominante de otros profesionales, ni por la opinión economicista del momento actual que se vive en las instituciones hospitalarias.

La tesis se estructura en diez capítulos. En el capítulo primero planteo la problemática actual de las unidades de Intensivos, y explico el papel relevante de la cultura humanista en la unidad del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (HSCSP) incluyendo una contextualización de mi historia profesional y el vínculo que tengo con el propio equipo de la UCI, así como con el fenómeno investigado. Finalmente, presento las preguntas de investigación.

² Al igual que en Cohen (1988), en la presente tesis doctoral, el término *enfermera* incluye a los profesionales de ambos sexos.

En el capítulo segundo se presenta el marco teórico estructurado según la visión y reflexiones más relevantes de los distintos autores con relación a la temática de la investigación. Se parte de la reflexión de los diferentes autores que han profundizado sobre la reflexividad, que nos ayuda a entender la importancia del cuidado de la enfermera en la atención al paciente crítico, la relevancia de la práctica reflexiva, que permite tener una mirada distinta delante de la complejidad de la atención tecnológica, así como el juicio clínico de la enfermera. Este no solo está relacionado con los conocimientos, sino que tiene que ver con la manera de ser o de hacer del profesional desde la práctica reflexiva y coherente entre el pensamiento y la acción profesional, así como las reflexiones de los autores que nos aportan visión sobre cómo se adquiere el apego al rol profesional, el cual forma parte de la cultura y se transmite de tal manera que forma parte de la socialización profesional. En este capítulo se introducen las contribuciones de autores que nos ayudan a entender el poder que tiene en la vivencia la comunicación que se establece, desde la consideración y el respeto de la enfermera hacia el paciente y su familia. Dichos autores dan coherencia a los puentes que se establecen entre la teoría y la realidad práctica, entre la importancia de los valores de la persona en la ética del cuidar, el fortalecimiento de la seguridad ontológica y la autonomía profesional y rehusar el poder y el autoritarismo, para poder gestionar desde la identidad profesional un cuidado que sea satisfactorio para el paciente y sus familias.

En el capítulo tercero se presenta una justificación desde una perspectiva personal y profesional sobre el tema de estudio.

En el capítulo cuarto formulo los objetivos generales y específicos de la investigación.

En el capítulo quinto se irán desgranando todas las decisiones metodológicas que sustentan este trabajo. Se justifica el enfoque paradigmático y se describen los elementos más sobresalientes del diseño metodológico.

En el capítulo sexto se expone el devenir del trabajo de campo. El capítulo describe también el proceso de cambio que ha experimentado la unidad en el transcurso de la investigación, los criterios éticos y de rigor científicos que se han tenido en cuenta, así como las limitaciones de la investigación. Se describen en profundidad las distintas fases del proceso de recogida de información

En el capítulo séptimo se presenta el análisis de los datos desde su inicio. Aquí se detalla el proceso que se ha llevado a cabo para poder comprender cómo emerge

cada una de las dimensiones identificadas a través del análisis concienzudo de los datos. Se emplean los distintos códigos correspondientes a la voz de las enfermeras y de los pacientes agrupados en unidades de significado, en categorías y en dominios, hasta alcanzar un nivel de profundización superior, que ha llevado a un núcleo central y tres vectores que contienen todos los dominios cualitativos identificados.

En el capítulo octavo se presentan los resultados de la investigación etnográfica obtenidos en el proceso del análisis de los datos en profundidad que han emergido de los participantes en el estudio, además de realizarse una interpretación y vinculación con los referentes teóricos y el resultado del continuo proceso de reflexión de la investigadora. Se presenta el núcleo central que es la integridad humano-tecnológica, y los tres vectores cualitativos: cultura reflexiva, práctica reflexiva y socialización profesional, así como la relación existente con los resultados obtenidos con los pacientes ingresados en la UCI y con el grupo focal a las enfermeras que les atendieron.

En el capítulo noveno, se presentan las consideraciones finales sobre la práctica reflexiva asistencial humano-tecnológica en el cuidado del paciente crítico, en la transmisión del conocimiento y en la formación especializada, en el desarrollo profesional y liderazgo de los cuidados dentro del equipo multidisciplinar. con las determinaciones para la práctica que permitan seguir avanzando en el conocimiento práctico del saber enfermero en el cuidar al paciente crítico en la UCI. Asimismo, se hacen propuestas para la transmisión del saber a enfermeras especialistas y para avanzar en la investigación, mediante el planteamiento de algunas preguntas para próximos estudios sobre la cuestión.

Por último, en el capítulo décimo, la tesis termina con las conclusiones que provienen de la voz de los participantes, que a través de las respuestas a las preguntas planteadas nos permiten responder a los objetivos de la investigación.

Capítulo 1. Antecedentes y estado actual del tema

En este capítulo explico la situación actual de las unidades de Intensivos dentro de la complejidad de las instituciones hospitalarias. Asimismo, describo el papel relevante de la cultura humanista en la UCI del HSCSP, incluyendo una contextualización de mi trayectoria profesional y el vínculo que tengo con el propio equipo de la UCI, así como con el fenómeno investigado. Finalmente, presento las preguntas de investigación, el propósito y los objetivos de la misma.

1.1. Antecedentes y situación actual de las Unidades de Cuidados Intensivos

En los hospitales del siglo XXI, las unidades de Cuidados Intensivos (UCI), también llamadas áreas de enfermos críticos, se configuran en forma de dispositivos capaces de dar asistencia sanitaria integral y de excelencia a todos los pacientes críticos o potencialmente críticos con posibilidad de recuperación. Estos presentan alteración de varias necesidades, con el riesgo de fracaso funcional de uno o más órganos que ponen o pueden poner en peligro su vida (Jover, 2009; www.msssi.gob.es, 2010).

La UCI es un servicio central; se encuentra ubicada en un espacio específico del hospital, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan la seguridad, calidad y eficiencia necesarias y suficientes para atender a los pacientes críticos que son susceptibles de recuperación (Jover, 2009).

En tanto que área central del hospital, la UCI está caracterizada por una alta especialización y tecnificación en el tratamiento y en los cuidados, tiene una realidad multidimensional y compleja que comporta innumerables relaciones, una orientación común de resultados, una adaptabilidad constante al cambio y un aprendizaje continuo de los profesionales. Por su falta de linealidad y previsibilidad, se hace necesaria e imprescindible la colaboración interdisciplinar, al igual que la adaptabilidad al constante cambio en la toma de decisiones, delante de los problemas que aparecen, que siempre son complejos y nunca simples (Miró, 2010).

Desde el siglo pasado, las UCI, en un proceso continuo de adaptación, agrupan a los profesionales que de manera interdisciplinar atienden a los enfermos que presentan el fracaso funcional de uno o más órganos y que necesitan ser sustituidos por medios altamente especializados y complejos. Los avances tecnológicos hacen necesaria la actualización de conocimientos a nivel disciplinar y tecnológico de

manera continua, lo que garantiza la seguridad de los enfermos y sus familias, con relación a todas las necesidades alteradas, el tratamiento específico y los cuidados derivados de la enfermedad y el tratamiento aplicado (Jover, 2009).

En este contexto de constante cambio, las universidades y las instituciones se ven ante el desafío de formar y tener a personas competentes, capaces de resolver problemas complejos y multidimensionales. Éstos se presentan diariamente en las exigencias asistenciales, y comportan el establecimiento de conexiones y relaciones entre las distintas áreas de conocimiento y los distintos profesionales que están implicados en la atención al paciente crítico, ya que tienen el objetivo común de mejora y bienestar, o de acompañamiento en situaciones en las que el paciente se encuentra en la fase final de su vida, a partir de la propia identidad de cada profesional (Rué y Martínez, 2005).

Es imprescindible que el equipo asistencial y, en concreto, las enfermeras que atienden a los pacientes en situación crítica, sean profesionales que han adquirido todas las competencias generales y específicas (Rué y Martínez, 2005). Esto les permitirá estar capacitadas para el cuidado del paciente agudo crítico. Les impulsará a mantener la responsabilidad profesional de tener actualizados los conocimientos tecnológicos y humanos necesarios de manera continua, para ofrecer cuidados integrales e individualizados. Les conducirá a desarrollar y llevar a cabo programas de calidad para proporcionar cuidados de calidad, tanto científico-técnicos como humanos, y les inducirá a aportar su especificidad dentro del equipo multidisciplinar, para garantizar la seguridad y la satisfacción del paciente (Jover, 2009; Jover y Solá, 1996).

Los profesionales para poder dar respuesta a los pacientes y familias, han de desenvolverse dentro de una realidad multidimensional construida a partir de múltiples relaciones, entre sujetos, prácticas, instituciones y saberes. Dinámicas, abiertas, no lineales, dialécticas, duales al tiempo que unitarias y antagónicas, es decir complejas, como son las relaciones que emergen dentro de organizaciones complejas como son los propios Hospitales (Medina y Sandín, 2006)

Los profesionales se encuentran en un proceso continuo de formación y de adaptación a las nuevas tecnologías, los nuevos tratamientos, procedimientos y cuidados, que garantiza la seguridad de los enfermos y sus familias, en relación a todas las necesidades alteradas y de riesgo, al tratamiento específico y a los

cuidados derivados de la enfermedad, del tratamiento y de su vivencia (Jover y Solà, 1996).

Es el equipo asistencial y, en concreto, las enfermeras de la UCI, quienes son responsables de aplicar el tratamiento específico, prevenir la aparición de problemas, y proporcionar un cuidado integral y humano, dando respuesta con prontitud a las necesidades detectadas, a los problemas de riesgo y/o reales que presentan los pacientes. Estos problemas y necesidades del paciente crítico no son solo físicos sino que también están ligados a las vivencias, valores, creencias y cultura de cada uno de ellos (Kéroac, 1996; Jover, 2009).

Durante el proceso de su enfermedad en la UCI, los enfermos críticos se encuentran y viven una situación de total indefensión, fragilidad y vulnerabilidad. Experimentan sentimientos de desamparo, miedo, soledad, así como una alteración de su imagen corporal. Tienen una dependencia completa a la hora de comunicarse, de expresar sus sentimientos, cuando desean tener la información necesaria sobre la evolución de su enfermedad, o para resolver sus necesidades. Por ello, precisan de todo el soporte y cuidados del equipo asistencial, sobre todo el de las enfermeras, que son las profesionales que de manera continua atienden tanto a los pacientes como a sus familiares (Jover y Solà, 1996).

A pesar de que el paciente se encuentre en una situación de vulnerabilidad y dependencia total, la atención de la enfermera debe fundamentarse en la percepción del enfermo, ante todo, como persona con la capacidad de enfrentarse a sus propias necesidades y problemas de salud. Es la enfermera quien tiene la responsabilidad ética y moral de ayudarlo a mantener, desarrollar o adquirir autonomía personal, autorrespeto y autodeterminación durante todo el proceso de gravedad.

Para conseguirlo, se impone la necesidad de mantener con el paciente una relación significativa, marcada por actitudes de cálido respeto, comprensión, empatía, autenticidad y consideración positiva. Es conveniente suplir las necesidades básicas alteradas o ayudarlo a tener una muerte digna (Peplau, 1988; Kéroac, 1996; Watson, 2009; Jover y Solà, 1996). Sin duda, la calidad del encuentro entre la enfermera y el paciente (Arredondo y Siles, 2009) durante la interacción que se establece es un factor relevante para que el paciente se siga sintiendo persona (van Manen, 1998; Watson, 2006; Benner, 1984). En su expertez, las enfermeras de cuidados intensivos llegan a captar la verdadera esencia del cuidar en toda su complejidad, y son capaces de ver y atender a la persona con el tratamiento, dentro

de la complejidad de las unidades de alta especialización, como las UCI. La enfermera de intensivos se da cuenta de que en la atención que proporciona no puede caer en el error que menciona Collière (1990), de parcelar o de minimizar la atención a la persona. Tal error llevaría a vincular el rol de cuidar solo a la acción ligada a la intervención terapéutica desde la disciplina dualista y no holística. Así, el cuidado no estaría integrado en la persona a la que se le aplica el tratamiento, o el cuidado no tendría visibilidad dentro de la propia disciplina y no habría reconocimiento por parte de las enfermeras y del equipo.

Por ello es de gran importancia la reflexión que la enfermera haga de su práctica profesional, desde una mirada reflexiva crítica, que le permite identificar o reforzar su identidad profesional y no caer en un cuidado fragmentado. Como señala Collière (1990: 58):

«El constante error mantenido entre lo que es el orden de los cuidados y lo que es el orden de los tratamientos hace que estos últimos sean abusivamente denominados “cuidados”, lo que hace pensar que solo los tratamientos representan la acción terapéutica. La antigua expresión “cuidarse de...” muestra que no se trata de luchar contra la enfermedad, sino de vincularse a aquello que vive, estimulándolo y facilitando las condiciones para su desarrollo. [...] Ahora bien, ningún tratamiento puede sustituir a los cuidados. Se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados. Incluso cuando se está enfermo, ningún tratamiento sabría reemplazar a los cuidados.»

En mi trayectoria profesional desde 1976, he visto que la concepción holística está en la propia cultura del HSCSP. Esta concepción se fundamenta en la dinámica compleja del cuerpo físico, con la interacción constante de sentimientos, espíritu y medio ambiente; y se opone radicalmente a la concepción dualista, la cual tiende a analizar los hechos de manera parcelada (Medina, 2005b).

Así, pues, la concepción holística tiene por objetivo ayudar a la persona a que recupere la capacidad de afrontar los cambios que vive, en su situación y su interacción con el medio ambiente. Este enfoque considera al ser humano como una unidad biofisiológica y energética, psicológica, psicosocial y espiritual que se encuentra en constante interacción consigo mismo y con el medio ambiente siempre cambiante y que la enfermera trabaja desde, con y para el paciente con el objetivo de cubrir necesidades, ayudando en el proceso de su enfermedad, para que pueda

volver a ser el promotor de su bienestar y desarrollo personal (Piulachs, 1984). Esta concepción vital de concepción holística y de relación de ayuda dirige la comprensión y evolución del conocimiento enfermero teniendo siempre en cuenta a la persona en toda su dimensión.

Esa concepción se ha ido convirtiendo en mi caso en una convicción teórica, empírica y moral que se empieza a gestar en los momentos seminales de mi desarrollo profesional, de los que puedo destacar tres momentos clave. El primero lo relaciono con la Escuela de Santa Madrona, donde me gradué con el título de Ayudante Técnico Sanitario. Allí, a pesar de la rigidez y la preponderancia del modelo biomédico, se me transmitió la importancia del rol que tiene la enfermera en la asistencia a los pacientes y sus familias, y a valorar que el papel de la enfermera es específico y necesario dentro del equipo asistencial. La escuela estaba dirigida por una enfermera, y el conocimiento lo transmitían las enfermeras, fomentando la reflexión. Transmitían valores personales y profesionales, actitudes de respeto, responsabilidad profesional, así como la habilidad y destreza en las técnicas y cuidados. Fue el primer eslabón en mi vida profesional.

El segundo momento, está relacionado con mi actividad profesional en el HSCSP, que me permitió avanzar en la comprensión del comportamiento del ser humano, para ser capaz de ayudar de manera significativa. Una persona relevante en ese proceso fue Teresa Piulachs, quien con su modelo de necesidades y su claridad en la aplicación de la relación de ayuda, se convirtió en impulsora de la actualización y la humanización del cuidado. Siempre, transmitía los valores fundamentales de la profesión, reflejados en sus hechos y palabras:

«Teniendo en cuenta que la enfermería es una profesión eminentemente humanística y de relación de ayuda, los criterios y valores utilizados emanan de movimientos humanísticos. Personalmente estoy muy interesada en el desarrollo de temas que contribuyan a clarificar la naturaleza y especificidad de la atención de enfermería, pues su comprensión constituirá el fundamento de nuestra identidad profesional y definición de nuestro papel dentro del equipo de salud y del contexto general de cuidados» (Piulachs 1984:19).

El tercer momento que me marcó fueron las enseñanzas que recibí de Marge Reddington (1994), enfermera y psicóloga clínica que me dió herramientas para mi crecimiento personal y profesional, sobre necesidades humanas y desarrollo

personal, sentido de la vida, de la profesión, aspectos claves de los valores personales y profesionales, sobre la ética del cuidado, de la identidad profesional, de la comunicación efectiva y del trabajo en equipo. Todo ello dirigido al crecimiento personal y profesional tanto para el desarrollo asistencial, docente como de gestión.

La formación y experiencia que he tenido, siempre me han conducido hacia la idea que todo y la complejidad de la UCI, no se puede separar la adquisición de conocimientos, habilidad y destreza tecnológica, de la actitud en el cuidado hacia el enfermo. Cuidar permite establecer una relación interpersonal impregnada de conocimiento, coherencia, empatía y calor humano, para facilitar y apoyar al ser humano, respetando sus valores, creencia, cultura y modo de vida. Esta manera de entender el cuidado, encaja también con la teoría desarrollada por Watson (1988).

En efecto, teniendo en cuenta que, para dar respuesta a los enfermos desde la vertiente humana y tecnológica, las enfermeras de la UCI tienen que desenvolverse dentro de una realidad multidimensional y compleja que conlleva innumerables relaciones entre distintos profesionales, estas cada vez más tienen que dar respuesta a una orientación común, que está claramente dirigida a tener buenos resultados que garanticen la seguridad y el bienestar del paciente. Para ello, las enfermeras han de tener una adaptabilidad constante al cambio y mantener un aprendizaje continuo, así como también capacidad para la cooperación interdisciplinar en la toma de decisiones. Tales características son obligadas debido a la falta de previsibilidad de las situaciones que habitualmente se presentan y delante de los múltiples problemas a los que se enfrentan, a menudo complejos (Medina 2006).

Para poder llevar a cabo los cuidados en toda su complejidad se precisan profesionales responsables, con una marcada identidad profesional que permita establecer una relación orientada hacia el bienestar, el progreso de la madurez y del crecimiento personal (Medina y Sandín, 2006). Este enfoque evita la deshumanización de los cuidados.

Ciertamente no podemos perder de vista que la práctica enfermera se conforma a partir de una compleja constelación de conocimientos y competencias que interconecta aspectos intelectuales, físicos, emocionales, éticos, técnicos, clínicos y médicos y que en su práctica cotidiana integran y articulan toda una complejidad de dimensiones y actividades, teniendo la enfermera un papel determinante en todas ellas (Miró, 2010).

Tengo que mencionar que en nuestra cultura de prestación de cuidados, el equipo de enfermería del HSCSP siempre ha tenido como marco teórico de referencia los cuatro conceptos centrales o nucleares de la disciplina: la persona, el entorno, la salud (bienestar) y el rol profesional (cuidar), teniendo en cuenta el entorno y las influencias externas, con repercusión en la modalidad de atención prestada, y por tanto en su capacidad de toma de decisiones y autonomía en el ejercicio profesional. A nivel de las enfermeras de intensivos, es imprescindible que en la atención que ofrecen a los enfermos críticos, tengan integradas todas las competencias, que las capacita para dar cuidados actualizados a nivel tecnológico y humano, tengan juicio clínico delante de toda la complejidad de la persona y la suficiente sensibilidad que les permite valorar y evaluar la respuesta del paciente al tratamiento y al cuidado aplicado, que por ende aporte toda su especificidad al equipo multidisciplinar, para garantizar la seguridad, mejora y bienestar física, psicológica y espiritual del enfermo y la familia (Jover y Solà, 1996; Rué y Martínez, 2005).

La bibliografía corrobora el imperativo ético de la necesidad de tener enfermeras formadas, para atender con seguridad y evitar los riesgos derivados de la falta de competencias específicas en la aplicación de los cuidados, tanto a nivel de la eficiencia técnica como relacional (Jover y Solà, 1996; Jover, 2009; Asiaín, 1996; Medina, 1999; Zaforteza, Prieto y Canet, 2010b; Carrión, 2014). Este cuidado integral se constituye como una relación interpersonal orientada a la salud y al bienestar del paciente e implica profundizar en los saberes, valores, creencias, intereses y expectativas, tanto de los pacientes como de las enfermeras (Medina, 2006).

Pero también es cierto que no se puede ignorar que en las unidades de intensivos la alta especialización podría conducir a la deshumanización de los cuidados, debido al poder de la corriente positivista y el modelo tecnomédico dentro del contexto hospitalario y con mayor fuerza en la UCI por la complejidad y tecnificación antes mencionada y también por la falta de reconocimiento del saber enfermero por parte de la población y por parte de los propios profesionales (Medina y Sandín, 2006; Arredondo y Siles, 2009; Poblete y Suazo, 2007).

1.2. Concepción de la tesis: Una experiencia reflexiva

Esta investigación presenta un análisis sobre la práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras de atención al paciente crítico en las UCI. Aproximarme a esa realidad con una mirada etnográfica me permite comprender y

explicar el fenómeno en estudio desde la comprensión del modo en que el conocimiento cultural, la vivencia, la reflexividad y la experiencia de las enfermeras de intensivos inciden directamente en la humanización de los cuidados que proporcionan a los pacientes críticos y la repercusión de la transmisión del conocimiento a los profesionales, desde la vertiente humano-tecnológica, y al mismo tiempo entender la repercusión en el desarrollo del rol y en el liderazgo profesional.

Echando la vista atrás y analizando mi trayectoria profesional de 40 años, en primer lugar me doy cuenta de que he podido formarme y trabajar siempre con enfermeras que han proporcionado cuidados desde una mirada integral y reflexiva hacia la persona, dando respuesta a toda su complejidad, desde una visión esencial de la profesión y de lo que significa el *cuidado* de la persona enferma en situación crítica.

En segundo lugar, trabajar con un equipo profesional que entiende que su práctica se caracteriza por proporcionar y transmitir cuidados enfermeros humanizados me ha ayudado a reflexionar y a desarrollar el pensamiento reflexivo, analítico y crítico (Dewey, 1998) en mi labor diaria, tanto con los pacientes y sus familias, como con los alumnos y profesionales. Dichas reflexiones han girado en torno a: i) los significados del acto de cuidar a una persona en situación aguda y crítica, ii) el fomento de interacciones de cuidado reflexivas, científicas, dialógicas y éticas, es decir, competentes (Rivera, 2013), iii) el deseo de establecer una relación de ayuda mediante una interrelación positiva de respeto hacia la individualidad del proceso que el paciente está viviendo (Peplau, 1988; Rogers, 1972; Leininger, 1988), y iv) el interés por transmitir a los alumnos la esencia del saber cuidar (Cohen, 1988).

En tercer lugar, hoy me doy cuenta que la práctica reflexiva siempre me ha acompañado, como parte esencial de mi desarrollo personal y profesional. Prueba de ello es mi inquietud por la comprensión del significado de cuidar, que, según mi percepción, incluye aspectos afectivos o humanistas relativos a la actitud y al compromiso que se entrelazan con otros aspectos instrumentales o técnicos, necesarios en el cuidado del paciente crítico.

Ciertamente en esta complejidad de la UCI, siempre he entendido que no se podía separar la adquisición de conocimientos, la habilidad y la destreza, de la actitud que se tiene con la persona y que permite establecer una relación interpersonal impregnada de coherencia, empatía y calor humano para facilitar y apoyar al ser humano que encarna el padecimiento, respetando sus valores, creencia, cultura y modo de vida.

Esta manera de entender el cuidado encaja con la teoría desarrollada por Watson (1988), y veo que ha influido en mi modo de asistir a los pacientes y a sus familias, en mi labor docente con los alumnos tanto de grado como de posgrado, así como en la relación con mis propios compañeros y también en el desarrollo de la profesión en relación con mi vertiente de gestión. Por ello, me atrevo a pensar que todo mi comportamiento profesional ha estado ligado, en su desarrollo, a la reflexividad.

La idea de profundizar en el liderazgo de los cuidados que ofrecen las enfermeras de intensivos cobró forma durante la realización del máster de Liderazgo y Gestión de los Cuidados, en la Universidad de Barcelona. Intuí que la práctica reflexiva de las enfermeras era un punto clave de la humanización de los cuidados que proporcionan, y en consecuencia opté por la asignatura Práctica Reflexiva, impartida por el Dr. José Luis Medina, que habría de permitirme ahondar en este tema.

Desde la primera clase, mi inquietud personal y profesional se vio satisfecha por la riqueza reflexiva que los contenidos impartidos por el Dr. Medina generaban en mí y en el aula. A medida que avanzaban las clases, se iban gestando algunas ideas que constituirían el punto de partida de esta tesis, e iba consolidando el interés por comprender y explicitar el saber reflexivo, que yo ya intuía, y veía implícito en la enfermera de cuidados intensivos. Dicha explicitación me animaba a dar visibilidad a la cultura humanista, a la vez que a la técnica y científica, de las enfermeras de la UCI, con el fin de destacar su relevancia.

Así, en primer lugar, inicié el camino hacia la deconstrucción o desaprendizaje, para buscar nuevos significados dentro de mi experiencia e intuición de la realidad de los cuidados intensivos. Una mirada multidimensional y multidisciplinar que me llevó fuera de la racionalidad técnica como única forma de conocimiento científico (Medina 2005a, 2006). Todo ello me ha convencido de que vale la pena intentar contribuir, con esta tesis a la visibilidad del cuidado en la atención al paciente crítico, en su compleja dimensión científico-técnico-humana. El estudio aborda tres ámbitos: el bienestar de los pacientes y sus familias, el desarrollo profesional de las enfermeras y la transmisión del conocimiento al propio colectivo profesional.

Iniciada la andadura de la tesis doctoral, poco a poco me doy más cuenta de las limitaciones de la bibliografía a la hora de reflejar la realidad del perfil competencial de la enfermera de la UCI: se insiste repetidamente sobre el prestigio social y profesional que otorga el dominio tecnológico, por encima del valor relacionado con el conocimiento de la persona. A la vez que se pone de relieve el reconocimiento

técnico de la enfermera de intensivos, se cita de manera reiterada la sobrecarga de trabajo generada por este mismo aspecto tecnológico, que incide directamente en la deshumanización de los cuidados proporcionados por la enfermera. Debo decir que ello me produce una gran tristeza e inquietud; en mi experiencia, la realidad de la enfermera de intensivos se corresponde con un perfil en esencia reflexivo, tanto a nivel tecnológico y científico como humano.

A medida que profundizo cada vez más en los estudios de Patricia Benner (1984), me doy cuenta de que en su trabajo ya se demostraba que la enfermera que atiende al paciente crítico reflexiona siempre antes de actuar, y que, cuando avanza en «expertez», adquiere la capacidad de realizar la valoración de manera holística antes de actuar: siempre valora la respuesta del paciente ante el tratamiento sustitutivo, tanto a nivel físico y psicológico-emocional como espiritual. Sus resultados encajan con mi experiencia: la enfermera precisa tener un determinado nivel competencial que le permita tener los conocimientos fisiopatológicos, habilidades y destrezas relacionados con la tecnología aplicada. Asimismo, requiere de una capacidad relacional muy desarrollada no solo para dar valor a la respuesta física, sino también la dimensión emocional y de valores de cada paciente, debido a la gran repercusión que tiene durante todo su proceso (Jover, 2009). Por este motivo, las enfermeras, además de mantener actualizados los conocimientos específicos relacionados con la enfermedad, fisiopatología y tratamiento específico, desarrollan una sensibilidad que las capacita para saber mirar, ver, escuchar y actuar (van Manen, 1988).

La reflexión y el trabajo de estudio que llevo a cabo durante todo el largo proceso de esta tesis me ha ayudado a poner palabras a mi intuición, basada en mi experiencia. De esta manera, entiendo que las enfermeras expertas de la UCI en su «saber qué» y «saber cómo» hacer (Benner, 1984) tienen incorporado el hábito reflexivo, que les conduce al cuestionamiento continuo en su desarrollo profesional, y nunca actúan de manera repetitiva, ni rutinaria. Por ello también voy encajando y entendiendo, que la práctica reflexiva forma parte de su cultura profesional e institucional, en la atención a la vez humanista y tecnológica, dirigida hacia los pacientes ingresados en la UCI. Son profesionales reflexivas y capacitadas para cuidar a personas enfermas, frágiles y críticas, con gran competencia profesional y que saben manejarse dentro de la complejidad de las unidades de intensivos para ayudar a los pacientes en los procesos agudos críticos.

Con más intensidad si cabe, sigo elaborando mi pensamiento en relación al cuidado autónomo y humano a la vez que técnico y científico, que proporcionan las

enfermeras de cuidados intensivos. Sigo viendo que es necesario hacerlo visible, para evidenciar la seguridad ontológica y la autonomía profesional en la toma de decisiones que llevan a cabo continuamente las enfermeras con el paciente crítico, sin estar influenciadas por la opinión dominante de otros profesionales, ni por la opinión economicista del momento actual que se vive en las instituciones hospitalarias.

Es sin duda, de gran valor la especificidad que aporta la enfermera en el cuidado al paciente crítico y la importancia que tiene en la complementariedad con el equipo médico. Por ello pienso que es sumamente relevante hacer visible toda la complejidad del cuidar humanizado desde un paradigma hermenéutico, a la vez que se hace necesario diferenciarlo de la realidad existente con el modelo biomédico, desde un paradigma positivista, que impera en la cultura sanitaria (Medina 2005a), así como mostrar las relaciones de poder insertadas profundamente en las conductas de algunos profesionales médicos, en la interacción que establecen en el quehacer diario con las enfermeras.

Dentro de la complejidad de las instituciones hospitalarias y aún más en las unidades de intensivos, se hace necesario tomar en consideración las relaciones de poder que se establecen en la dinámica cotidiana. Así, como afirma Foucault (1986), es muy importante saber diferenciar el poder de la dominación en los grupos profesionales; las relaciones de poder permiten un espacio de libertad, a diferencia de la dominación, que no da cabida a la libertad. Por eso es tan importante identificar el saber profesional de la propia disciplina: en la medida en que tomamos consciencia de la construcción del saber profesional, se construye la disciplina profesional (Delgado, 2010; Rodríguez, 2012). Esto nos permite evidenciar la habilidad analítica y conceptual que permite promover la creatividad, la autonomía y la iniciativa profesional (Parker y Gardner, 1992; Cheek y Rudge, 1993).

En el ámbito de la ciencia enfermera, cada vez se pone más en práctica el proceso de producción de conocimiento por medio de la reflexividad (Schön, 1992; Medina, 2005b, 2006; Delgado et al., 2001; Delgado, 2010; Zaforteza *et al.*, 2004, 2010b), con profesionales capaces de transformar el mundo a través de la praxis, reflexión y acción (Freire, 2005). Según esta práctica, el hombre analiza la realidad mediante una toma de conciencia crítica reflexiva, como punto de partida de la acción transformadora y del compromiso con la acción y la coherencia entre la teoría y la resolución de los problemas del propio colectivo, que a su vez forma parte de la socialización profesional (Cohen, 1988).

Es una realidad que la enfermera toma sus decisiones según su concepción de los cuidados, sus competencias adquiridas, y según su patrón de conducta personal, cultural y social. En su manera de cuidar, se observa si hay coherencia entre la teoría y la realidad de sus acciones en las decisiones que toma. Podemos ver, asimismo, la influencia que ejerce en ellas la idea de rol profesional que manejen, el perfil personal, la interrelación establecida con las otras enfermeras, con la organización y con la propia institución que, como dice Cohen (1988), influyen en su práctica asistencial. De este modo, los profesionales están obligados a construir y transmitir, para llegar a la seguridad ontológica y a la autonomía profesional desde la vertiente holística.

Me opongo cada vez más a los autores que hablan de la gran influencia de la tecnología en la deshumanización de los cuidados. Estoy convencida de que son otros los factores que están alrededor de la tecnología y del cuidar y que hacen que la enfermera mantenga el valor de la esencia del cuidar.

Esta tesis doctoral está motivada por mi experiencia y reflexión sobre la necesidad de dar atención humana a la vez que segura en la aplicación tecnológica y en el tratamiento específico, en los cuidados del paciente crítico. La tesis pretende profundizar en la comprensión de la práctica reflexiva de las enfermeras de intensivos como eje vertebrador, que incide directamente en la capacidad de dar de manera simultánea una atención humana y tecnológica. Este enfoque permite concebir una UCI de cultura humanista que transmite a las futuras enfermeras intensivistas el conocimiento enfermero desde el saber reflexivo.

Así, pues, la práctica reflexiva de las enfermeras en el cuidado del paciente crítico motiva esta investigación; tanto su elaboración, diseño y ejecución, como la comprensión de los resultados del fenómeno de estudio. Esta concepción me ha ayudado a entender y describir situaciones y comportamientos clave que conducen a la humanización de los cuidados en unidades totalmente tecnificadas, desde la vivencia de las enfermeras y del propio paciente ingresado en la unidad. Y también me ha permitido comprender aquellos puntos de intersección que permiten visualizar la realidad del cuidar en el día a día, y las consecuencias que se derivan de este cuidado, tanto para los pacientes como para los propios profesionales.

He compaginado mi labor investigadora con las tareas de gestión que realizo en un grupo de enfermeras, actualmente en una posición jerárquica superior. Esto me ha garantizado en todo momento una posición de reflexividad y de autorreflexión.

Entiendo, sin embargo, que es totalmente natural que reflexione conjuntamente con las enfermeras, en busca de mejoras, sobre el aprendizaje significativo de los profesionales y de las estudiantes. El cuidado humanizado como eje vertebrador me permitirá un enfoque holístico de la cuestión.

Comprendiendo el contexto de las instituciones hospitalarias, es necesario conocer en profundidad el apego a la identidad del rol (Cohen, 1988) y entender cómo se mueven las enfermeras dentro de las organizaciones complejas (Medina, 2006; Morin, 2004). Asimismo, interesa ver si la aplicación de la reflexividad (Schön, 1992; Giddens, 1987) y la utilización del juicio clínico en el cuidado integral del enfermo y de su familia (Benner, 1984) inciden en su autonomía y desarrollo del rol profesional. Interesa también saber si ello forma parte del saber profesional, así como si son fieles a un modelo humanista integral y qué tipo de valores transmiten en su labor diaria, siendo sensibles al sufrimiento de la persona y proporcionando cuidados humanos y seguros.

Debido a mi experiencia en la asistencia, formación y gestión de los profesionales de la UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona, Hospital de nivel III, he reflexionado continuamente acerca de los cuidados de las enfermeras de los pacientes críticos, desde la autonomía y la responsabilidad. Desde su origen, la UCI del HSCSP tiene una filosofía de cuidados de atención segura, integral y humanista, con una arraigada implicación en la formación universitaria de las enfermeras de pregrado/grado (40 años) y de posgrado, (34 años), desde un paradigma hermenéutico. Este enfoque permite transmitir desde su inicio el cuidado integral, proporciona seguridad técnica y humana, y conlleva con naturalidad una cultura reflexiva, humanista hacia el enfermo, las familias, los estudiantes y los propios profesionales.

1.3. Los inicios de una trayectoria docente en Enfermería Intensiva (UCI): Experiencia reflexiva en el cuidado del paciente crítico

A partir de la inquietud de las propias enfermeras de la UCI y con la participación del equipo médico, se creó e inició el primer curso de posgrado en Enfermería Intensiva dentro del propio servicio de Cuidados Intensivos en 1981-1982, para dar respuesta a la necesidad de liderar los cuidados desde el propio rol profesional, asumiendo la responsabilidad de formar a los futuros profesionales de cuidados al paciente crítico. A partir del segundo año fui la responsable de la transformación primero en curso de postgrado y actualmente como máster propio en Enfermería Intensiva de la Escuela

Universitaria de la Universidad Aut6noma de Barcelona. (Jover, 2009) entendiendo que para que esta formaci3n sea realmente significativa en el saber profesional, debe transmitirse desde la propia pr3ctica.

A lo largo de todos estos a1os, como responsable del programa docente hasta el 2010, y como responsable de enfermería del 3rea de crítics, he trabajado conjuntamente con las enfermeras en su labor diaria asistencial, docente e investigadora. Como docente, me he ocupado tambi3n de la transmisi3n del conocimiento a nivel te3rico y pr3ctico. Ha guiado esta docencia en la línnea del aprendizaje significativo; he tratado de desarrollar el juicio clínico, tanto con la tecnología en los casos clínicos como con los pacientes.

Una parte fundamental de mi aportaci3n en la docencia han sido la inquietud y preocupaci3n constantes por vincular la conceptualizaci3n te3rica de la disciplina enfermera con la realidad asistencial, tanto en el desempe1o profesional a nivel asistencial y docente como posteriormente de gesti3n. En nuestra cultura de prestaci3n de cuidados, el equipo de enfermería del HSCSP siempre ha tenido como marco te3rico de referencia los cuatro conceptos centrales o nucleares de la disciplina: la persona, el entorno, la salud (bienestar) y el rol profesional (cuidar), teniendo en cuenta las influencias externas que repercuten en la modalidad de atenci3n prestada y, por tanto, en su capacidad de toma de decisiones y autonomía en el ejercicio profesional. Las enfermeras tienen integrada la prestaci3n de los cuidados integrales y la concepci3n del rol profesional (cuidar), así como la 3tica del cuidar (Gasull, Delgado, Toro y Ferrer, 2009).

En mi trayectoria profesional siento muy arraigados los valores de igualdad y respeto hacia la persona, tanto en el aspecto humano como en el tecnol3gico, para ofrecer cuidados de calidad. Frente a la 3tica de la intenci3n, se ofrece cada vez con m3s vigor y como alternativa la 3tica de la responsabilidad, que obliga a ponderar en qu3 situaci3n se aplica y qu3 consecuencias se seguirán previsiblemente de su aplicaci3n (Gracia, 2004; Jover y Solà, 1996). En nuestra profesi3n, la 3tica consiste en buscar los comportamientos profesionales que promuevan, fomenten y mantengan los derechos inherentes a las personas en los usuarios de nuestros servicios (Jover y Solà, 1996).

La transmisi3n del conocimiento a1o tras a1o ha seguido una línnea pedag3gica de pr3ctica reflexiva que ha permitido incorporar una mirada integradora en la comprensi3n de cada situaci3n vivida por el paciente. Se ha favorecido la

interrelación significativa entre la persona y el cuidado ofrecido junto con el tratamiento, la evolución de la enfermedad y su repercusión en el ánimo del paciente para seguir hacia delante en el proceso de curación.

La práctica reflexiva y el juicio clínico capacitan al profesional para ejercer una atención integral tanto tecnológica como humana, de cuidados continuos, individualizada, segura y de calidad. Esta conlleva la integración de las competencias generales y específicas: se trabaja en la manera de saber actuar, «saber ser y estar», ya que estos aspectos inciden directamente en la confianza, seguridad y bienestar del paciente.

Las competencias adquiridas configuran la propia cultura humanista y de mejora continua con relación a todos los avances tecnológicos necesarios, tanto para el tratamiento como para los cuidados que necesita el enfermo crítico que se encuentra en la UCI. Evidencia también el juicio clínico que las enfermeras desarrollan para la toma de decisiones diarias. Sin embargo, el equipo asistencial y las propias enfermeras de la unidad no son completamente conscientes del camino que han recorrido y del valor intrínseco que ya tienen incorporado en el cuidado integral del paciente crítico, que ya forma parte de su cultura reflexiva, tanto en la asistencia como en la docencia.

La atención de enfermería supone un amplio conocimiento y entendimiento del ser humano, en relación tanto con el usuario como con el profesional mismo. No es fácil trabajar con personas que sufren, cuya supervivencia es incierta, que tienen o pueden tener pérdidas importantes a muchos niveles, a las que les es difícil comprender lo que les sucede. Pasan por etapas en las que se enfrentan a ciertos sentimientos que pueden generar mecanismos de defensa; estas conducen a los profesionales a situaciones difíciles, pero no imposibles de reconducir para que el paciente participe lo más positivamente posible en su proceso y evolución.

Surge, así, la necesidad de que el propio profesional se conozca. Su capacidad de análisis para diferenciar y objetivizar los sentimientos propios de los que genera la atención que está ofreciendo es un requisito indispensable. Esta conlleva la desimplicación emocional y el ser capaz de atender de forma integral. La organización de los cuidados no solo responde a una cuestión de gestión, sino también a una filosofía de cuidados que determina su capacidad de toma de decisiones y, por ende, su autonomía en el ejercicio de la práctica dentro del equipo asistencial.

Cabe destacar la importancia de responder al compromiso de dar atención a pacientes agudos (Hospital de nivel III) con personal competente cuyo perfil y formación les permita atenderlos adecuadamente. De ahí la motivación para formar al personal de manera continua y especializada en la alta tecnología y la relación humana.

Considero necesario dar visibilidad a todos aquellos aspectos positivos que ya forman parte de la propia cultura humanista y reflexiva de la unidad y que tienen una repercusión directa sobre el dominio (empowerment) del rol, el cual permite, tener las condiciones creadas para aumentar la habilidad y la motivación de las personas con el fin de que ellas mismas desarrollen y utilicen sus conocimientos y experiencias de forma constructiva Kanter (1993). A continuación describo los puntos clave de la UCI del HSCSP, que en mi experiencia, he observado en las enfermeras tanto a nivel asistencial como docente:

- a) Se ofrece un cuidado integral (seguridad técnica y trato humano) que permite desarrollar una cultura de valores humanista hacia el enfermo, las familias, los estudiantes y los profesionales.
- b) Las enfermeras reflexionan sobre su práctica de forma habitual y frecuentemente tácita, debido a la necesidad de resolver problemas complejos de manera continua. En este sentido, he observado que tomar conciencia y dar contenido teórico a esta acción reflexiva genera efectos positivos, como, por ejemplo, mayor capacidad para prevenir problemas, potenciación del juicio clínico, capacidad de tomar decisiones de forma autónoma y crítica, capacidad de evaluar la propia práctica y aportar formación continua. De esta forma, la acción reflexiva se convierte en un elemento clave para que en la UCI se trabaje desde el cuidado integral y se garantice la seguridad del paciente.
- c) En la unidad, las enfermeras desarrollan la profesión con autonomía y personalidad propia de modo que adquieren identidad en el rol de cuidar. Uno de los factores clave para conseguir esta identidad es el trabajo fundamentado en la reflexión sobre la propia práctica.
- d) Las enfermeras establecen una relación interpersonal con el paciente que se corresponde con la dimensión ética, con el saber vinculado a las relaciones entre los seres humanos, con la vida humana y moral que nos orienta hacia la acción que resulta más conveniente realizar. Además, la acción reflexiva nos

empuja constantemente a plantearnos si hemos tomado la medida más adecuada a la situación y si lo hemos hecho de la mejor forma posible.

- e) El hecho de que los profesionales trabajen desde la práctica reflexiva permite que puedan llegar a generar una dinámica grupal de liderazgo compartido. Entendido como proceso dinámico e interactivo de influencia entre las personas del grupo, este liderazgo genera obligaciones recíprocas así como compromiso, confianza y respeto mutuos entre expertos y noveles. Asimismo, permite la existencia de apoyo social dentro de la unidad como una forma de reducir tensión y ejerce una influencia positiva que desemboca en la satisfacción laboral. Disminuye también las percepciones de ambigüedad en el rol de cuidar.
- f) Se percibe una coherencia adecuada entre la formación teórica y práctica del curso de posgrado, ya que los conceptos impartidos sobre el respeto hacia el ser humano y la autonomía en el desarrollo profesional son parte de la cotidianidad laboral de la UCI.
- g) Las enfermeras están totalmente implicadas en la formación práctica de los estudiantes de posgrado a través de la tutorización. Esta permite que los alumnos se identifiquen con el rol profesional durante el proceso de socialización, a la vez que les facilita su propia formación continua. La actuación reflexiva de las enfermeras en su labor diaria favorece la autonomía, la creatividad y la conciencia crítica en la toma de decisiones tanto de los alumnos y de los enfermos como de las propias enfermeras.
- h) La implicación y compromiso de la dirección de enfermería en la gestión de recursos humanos para mantener de forma continua a profesionales formados en la UCI da coherencia y estabilidad al grupo profesional.

1.4. Concreción del problema

Por todo lo descrito me planteo como problema la falta de visibilidad, conciencia y reconocimiento de la reflexividad que tienen las enfermeras del HSCSP en los cuidados que dan a los pacientes críticos, durante todo el proceso de atención. Parto de la hipótesis de que las enfermeras no son conscientes de que aplican la práctica reflexiva en su trabajo diario, ni de la repercusión que tiene la reflexividad en su trabajo en relación con:

- a) el desarrollo profesional del rol «cuidar»;

- b) el paciente del cuidado humano dado, que recibe durante todo el proceso de la enfermedad y aplicación del tratamiento complejo;
- c) la reflexividad de los profesionales, en el proceso de socialización;
- d) el impacto que tiene en la organización hospitalaria, como organización compleja; y
- e) el bienestar del paciente.

1.4.1. Preguntas de investigación

Las preguntas que planteo en el estudio son las siguientes:

- a) ¿Cuáles son los rasgos más destacados de la práctica reflexiva de las enfermeras de la UCI del HSCSP?
- b) ¿Qué repercusiones tiene la práctica reflexiva en la socialización profesional de las enfermeras de la UCI y, más específicamente, en el desarrollo del rol profesional?
- c) ¿Existen relaciones entre el clima y liderazgo organizacional, la práctica reflexiva y la construcción de una determinada identidad profesional? Si existen, ¿qué elementos las caracterizan?
- d) ¿Existe alguna relación entre la práctica reflexiva y el cuidado humanizado en la UCI? Si existe, ¿cuáles son sus rasgos esenciales?
- e) ¿Qué repercusión tiene la práctica reflexiva en la socialización profesional durante el período formativo de posgrado?

Capítulo 2. Marco teórico

En este capítulo se encuentran las reflexiones y las visiones más relevantes de los distintos autores de la literatura en torno a la temática de la investigación. Se parte de la contribución de los autores que han profundizado sobre la reflexividad en la atención humanizada e individualizada; ello nos ayuda a entender la importancia del cuidado holístico de la enfermera en la atención al paciente crítico y a sus familias, desde la propia disciplina profesional. Igualmente, nos permite entender la complejidad de las unidades tecnológicas, así como el cuidado reflexivo que proporciona la enfermera utilizando el juicio clínico, y cómo se adquiere y se transmite el apego al rol profesional, de tal manera que forma parte de la socialización profesional.

Las aportaciones de los autores citados en este capítulo ponen de manifiesto la relación existente entre la teoría y la realidad práctica, así como los valores de la persona en la ética del cuidar y en la adquisición de seguridad ontológica y la autonomía profesional. Seguridad y autonomía resultan indispensables para liderar desde la identidad profesional un cuidado que sea satisfactorio para el paciente y sus familias.

2.1. Práctica reflexiva. Naturaleza del saber enfermero

El pensamiento crítico y la reflexión son características deseables de la práctica profesional enfermera. Ambos son resultado de un desarrollo curricular efectivo que da soporte a las decisiones clínicas y a los juicios enfermeros acerca del cuidado del cliente (Walter y Redman, 1999). El pensamiento crítico y la reflexión son ingredientes clave para la formación académica y continua, así como para el desarrollo profesional en la práctica.

La necesidad de acercamiento y aplicación del concepto de reflexión ha dado origen a los términos *práctica reflexiva*, *practicante reflexivo*, *aprendizaje reflexivo* y *enseñanza reflexiva* abordados a lo largo del estudio. Ahora bien, la reflexividad es un proceso en espiral, que en base a incidentes críticos abre espacio a la reflexión y reconstrucción de significados de la situación original. Su resultado es una nueva perspectiva de esa realidad y, por tanto, una nueva posibilidad de actuar y de reflexionar (Rogers, 2001; Zabalza, 2002; Perrenoud, 2004).

Bardallo (2010) llama la atención sobre los conceptos de reflexión y pensamiento crítico. Apunta que, a pesar de la abundancia de literatura sobre la reflexión, nadie ha definido claramente el concepto (Wong, Kember, Chung y Yan, 1995; Richardson y Maltby, 1995; Burton, 2000; Atkins y Murphy, 1993; Pierson, 1998), de ahí la dificultad para legitimar el uso que hacen las enfermeras en su práctica. Bardallo (2010), expone que este desorden conceptual referido a los procesos cognitivos asociados a la reflexión puede dar lugar a que los profesionales creen que están reflexionando cuando, en realidad, no es así (Burton, 2000).

Con relación al concepto de reflexividad, Castillo (2013: 61) menciona la aparente elusividad y ambigüedad que rodea a este término, lo cual repercute en que varios autores concluyan que, a pesar de la riqueza de obras que tratan la reflexión, nadie la haya definido claramente como un concepto (Scanlan y Chernomas, 1997; Pearson, 1998; Burton, 2000; Williams y Lowes, 2001; Hargreaves, 2004; Bardallo, 2010).

Probablemente, esta falta de claridad conceptual es una muestra de la dificultad para comprender la multidimensionalidad del término (Medina, 1999), lo cual le confiere límites difuminados que lo hacen difícil de definir y enseñar (Joelle y Kerry, 2002). Asimismo, dichos límites dificultan el consenso de métodos que puedan demostrar eficacia e impacto en sus resultados (Mann, Gordon y MacLeod, 2009). De tal manera, existe una tendencia a evitar la descripción detallada y sistemática del proceso para no reducir su complejidad a pasos predeterminados, repetitivos, descontextualizados, rígidos y, en consecuencia, no reflexivos.

Dewey (1998: 22) hizo contribuciones fundamentales en cuanto a la práctica reflexiva.

«La reflexión no implica tan solo una secuencia de ideas, sino una consecuencia, esto es, una ordenación consecencial en la que cada una determina la siguiente como un resultado y, a su vez, apunta y remite a las que la precedieron.»

La reflexión es el examen, activo, persistente y cuidadoso de toda creencia o forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la sostienen. La reflexividad conlleva tres actitudes básicas: mente abierta, responsabilidad y honestidad (Dewey, 1998).

Por su parte, Medina (2005a) explica que la reflexividad es un proceso personal de comprensión e interpretación, respecto a situaciones problemáticas de la práctica profesional que son siempre únicas y ambiguas, que están saturadas de conflictos de valores, y resultan, por tanto, inciertas y complejas de enfrentar para el practicante. A su vez, Page y Meerabeau (2000) defienden que el aprendizaje desde la reflexión y el logro del cambio dependen también de las cualidades personales del profesional y de sus mecanismos de afrontamiento y resistencia al cambio. Recoge, así, la dimensión individual de la reflexión discutida por Boud y Walker (1998), Boyd y Fales (1983) y Mezirow (1998).

Mezirow (1998) sugiere que la reflexión es un proceso de evaluación crítica sobre nuestras premisas y nuestros esfuerzos para interpretar y dar sentido a nuestra experiencia, aproximándose a los conceptos que aportan Dewey (1998). Por su parte, Boyd y Fales (1983) y Somerville y Keeling (2004) entienden la reflexión como un proceso de análisis de la experiencia que implica la participación de «uno mismo» y «una mente que se mira», siendo el cambio la expectativa final de la actividad reflexiva.

Page y Meerabeau (2000, en Bardallo, 2010) introducen la responsabilidad política en el logro del cambio tras el proceso reflexivo. Este es un elemento prácticamente ausente en la literatura sobre reflexión en el campo de la Enfermería. Sostienen que la falta de compromiso político en la gestión del cambio puede estar en la raíz de la apatía profesional de las enfermeras hacia la actividad reflexiva.

Bardallo (2010), desde esta doble perspectiva, individual y contextual, manifestada por una predisposición favorable de la persona y la organización, expresa que la reflexión aporta beneficios relacionados con la mejora de la práctica y la satisfacción de los profesionales y puede convertirse en una estrategia organizacional para promover el cambio desde la base. De su aportación, destaca su explicación de que el valor de la reflexión en la práctica reside en la posibilidad de crear un conocimiento que pueda ser incorporado a la práctica en el momento que se considere oportuno.

2.1.1. El proceso reflexivo: hacia el cuidado humanizado

La reflexividad implica una manera de ser y de entender la relación del profesional con el saber y con los enfermos y la familia. También comporta una actitud reflexiva crítica hacia el propio conocimiento y la aceptación de que el saber es cuestionable y discutible. Así, los profesionales reflexivos desarrollan actitudes de comprensión e

interpretación respecto a las situaciones problemáticas de la práctica profesional, que son siempre únicas y ambiguas, saturadas de conflictos y valores, y que resultan, por tanto, inciertas y complejas (Richardson y Maltby, 1995; Getliffe, 1996; Teekman, 2000; Rogers, 2001; Medina, 2002, 2005b).

Desde una epistemología sociocrítica, los distintos autores afirman que la reflexividad de la enfermera es un punto clave que incide en la actitud de respeto hacia la independencia y autodeterminación del ser humano, lo cual conecta directamente con la atención humanizada en la UCI (Medina, 2005a; Castillo y Vessoni, 2007).

El proceso de reflexión o de reflexividad está situado en un lugar relevante para reconocer, desarrollar y mejorar el conocimiento práctico. Son muchos los autores que han escrito sobre el aprendizaje significativo y/o la práctica reflexiva (Schön, 1992; Medina, 2006; Bardallo, 2010; Castillo, 2013; Rodríguez, 2012; Rivera, 2013, Delgado et al., 2001; Zaforteza *et al.*, 2004), quedando patente la preocupación de profesionales asistenciales y de docentes en el análisis de la reflexividad y la constante búsqueda de un currículo integrado que posibilite la articulación teórico-práctica como manera de favorecer el aprendizaje significativo. En su desarrollo tiene un papel fundamental la propia persona, su experiencia, las características culturales y contextuales tanto del docente como del alumno, siempre provisional y sujeto a una nueva reflexión (Medina, 2006; Acebedo, 2012; Romero *et al.*, 2013; Delgado, 2010; Zaforteza *et al.*, 2010a, 2010b).

La reflexión y la práctica reflexiva son términos conocidos en el ámbito de la práctica enfermera en los últimos 15-20 años: se han incorporado en programas de formación inicial y continua, especialmente en profesiones en que la experiencia de campo, como es la enfermería, necesitan estar íntimamente integrados (Bound and Walter, 1998, en Bardallo, 2010; Castillo, 2013; Medina, 2005a; Rodríguez, 2012) y que está relacionada con el conocimiento personal o práctico-reflexivo, producto también de las experiencias del propio profesional, de los conocimientos actuales adquiridos, y de su relación activa con la práctica asistencial, la cual requiere el crecimiento personal y profesional de las enfermeras (Medina y Castillo, 1994, 2006). Como apunta Cohen (1988). Es en la propia práctica asistencial donde el profesional transmite, con la acción a través de la práctica reflexiva, la convicción del rol de cuidar y la seguridad ontológica.

La práctica reflexiva tiene una gran relevancia tanto en la formación como en la práctica profesional enfermera: no podemos ver el conocimiento teórico de la propia

asistencia separado de nuestra profesión eminentemente práctica —el saber enfermero está caracterizado epistemológicamente como conocimiento práctico— (Benner, Tanner y Chesla, 1996; Colina y Medina, 1999; Medina y Sandín, 2006). Se ha reconsiderado la función de la enfermera como profesional de los cuidados que transmite plenamente el saber enfermero a los futuros profesionales (Benner, 1984).

El valor de la práctica reflexiva se juzga según la calidad de las regulaciones que permite realizar y según su eficacia en la identificación y la resolución de problemas profesionales. Según Perrenoud (2004: 12-13), la autonomía y la responsabilidad de un profesional no se entienden sin una gran capacidad de reflexión en la acción y sobre la acción. Esta capacidad forma parte del desarrollo permanente, según la propia experiencia, las competencias, y los conocimientos profesionales de cada uno. Por ello, la figura del practicante reflexivo está en el centro del ejercicio de una profesión, por lo menos cuando la consideramos desde el punto de vista de la experiencia y de la inteligencia del trabajo. Todo el mundo reflexiona en la acción, o bien sobre la acción, y no por ello se convierte en un practicante reflexivo: para que sea una verdadera práctica reflexiva, es necesario que esta postura se convierta en algo permanente y se inscriba dentro de una relación analítica con la acción, relativamente independiente de los obstáculos que aparecen.

Una práctica reflexiva supone una postura, una forma de identidad o un *habitus*, para Bourdieu (1997). El *habitus* es un pequeño conjunto de esquemas que permite infinidad de prácticas adaptadas a situaciones siempre renovadas sin constituirse jamás en principios explícitos. Es nuestro sistema de estructuras de pensamiento, percepción, de evaluación y de acción de nuestras prácticas. Su realidad es según el lugar, la naturaleza y las consecuencias de la reflexión en el ejercicio cotidiano, tanto en situaciones de crisis o de fracaso como a un ritmo normal de trabajo.

Para Perrenoud (2004) el *habitus* es una postura necesaria para conseguir esquemas reflexivos que se desarrollen y ajusten de acuerdo a las situaciones vividas por el profesional. Es un encaje entre los conocimientos y las situaciones prácticas, que de manera inmediata, improvisada o intuitiva permite aflorar la práctica reflexiva y los saberes disponibles del profesional ante las situaciones que de manera inmediata se tienen que realizar.

Diversos autores han utilizado el concepto de reflexividad como uno de los núcleos centrales de sus planteamientos. Dewey (1998) aplicó el término de reflexividad directamente a los procesos educativos, planteando que la reflexión implica una

forma de ser y una preparación que fomenta el pensamiento crítico, racional e intuitivo. Según este autor, la reflexión desarrolla actitudes de liberalidad o mentalidad abierta a diversas perspectivas para visualizar mejoras profesionales, así como actitudes de responsabilidad para adoptar las consecuencias de sus creencias o de cualquier proyecto puesto en marcha. Por último, fomenta el entusiasmo gracias al cual los actores de la comunidad educativa invierten todas sus energías, motivación y herramientas disponibles para llevar a cabo una causa educativa (Dewey, 1998).

La figura de practicante reflexivo es una figura antigua en las reflexiones sobre la educación y en la asistencia, tal como hemos expresado, con directa repercusión en las enfermeras como transmisoras del legado reflexivo en la práctica. Dewey (1998), especialmente con la noción de *reflective action*, aborda las actitudes necesarias para provocar un pensamiento reflexivo: 1) *apertura de mente*, que exige el «principio de escucha activa»; 2) *entusiasmo*, como propiedad o categoría básica de la motivación intrínseca; y 3) *responsabilidad intelectual*, entendida como la capacidad para responder a las consecuencias que lógicamente se deducen de una determinada proposición. Dichas actitudes aseguran una comunicación y un diálogo significativos (Dewey, 1998, en Rivera, 2013).

En efecto, la reflexividad conlleva tres actitudes básicas totalmente relacionadas con la atención humanizada, a saber, mente abierta, responsabilidad y honestidad. La reflexividad es un proceso en espiral, que en base a incidentes críticos, abre espacios a la reflexión y reconstrucción de significados de la situación original. Su resultado es una nueva manera de observar esa realidad y, por tanto, una nueva posibilidad de actuar y de reflexionar (Medina, 2006; Meneses, 2007; Foucault, 1986).

Podemos encontrar la misma idea en pedagogos que consideran que el educador es como un inventor, un investigador, un artesano, un aventurero que se atreve a alejarse de los senderos trazados y que no se pierde porque reflexiona con intensidad sobre lo que hace y aprende rápidamente de su propia experiencia (Perrenoud, 2004). La dimensión reflexiva de las personas, grupos y organizaciones se resume en el regreso de la persona. La fenomenología, interaccionismo, etnometodología y hermeneútica han roto con el conductismo y el positivismo de los años cincuenta y sesenta.

2.1.2. Reflexividad e identidad profesional

Medina y Castillo (2006), al igual que Schön (1983, 1992), diferencian en su razonamiento la manera dominante de entender la relación entre conocimiento académico y la práctica profesional que se basa solamente en la racionalidad técnica, de la realidad asistencial en la que el profesional es un practicante reflexivo, debido a que su acción se fundamenta en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción. El profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica.

Hasta ahora, como explican Medina y Castillo (2006) la enfermera era vista como la que aplica conocimiento, adaptado a la racionalidad técnica. Según esta visión, la acción del profesional consiste en la selección de de una serie de técnicas validadas científicamente y su aplicación se reduce a una solución instrumental del problema, bajo principios de científicidad y evidencia. Sin embargo, el examen concienzudo de la práctica de las enfermeras profesionales expertas demuestra que hay zonas y momentos nucleares que se escapan de esta forma de entender el trabajo y el conocimiento de los profesionales.

Schön (1992,1996) concibe la reflexión como aprendizaje desde los eventos e incidentes experimentados durante la práctica profesional. Uno de los aspectos más relevantes de su trabajo es el análisis que realizó de manera empírica sobre el modo en que ciertos profesionales se enfrentaban a los problemas con los que se encontraban en su actividad profesional. Para Medina y Sandín (2006), lo más interesante de su trabajo es que presenta una visión radicalmente diferenciada de lo que hasta ahora se había entendido como ejercicio profesional competente, a la vez que nos propone una nueva epistemología de la práctica opuesta a la visión positivista de la acción profesional.

Schön (1992, 1996) plantea que el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica. Al contrario: el profesional es un practicante reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual pueden distinguirse tres componentes, sobre todo a efectos heurísticos: conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción, proceso mediante el cual se genera y produce el conocimiento profesional que habilita para un ejercicio competente de la enfermería, que corresponde a la reflexión sobre la propia práctica. Es decir, la racionalidad

práctica reflexiva, y no la técnica, es la verdaderamente útil ante las situaciones ambiguas e inestables de la práctica.

Medina y Castillo (2006) explican que en la actualidad se acepta un pluralismo epistemológico acerca del saber enfermero, a partir de la multiparadigmática comprensión de la enfermera como actor racional ya sugerida por Carper (1978). Sobre el conocimiento práctico destacan los trabajos etnometodológicos y antropológicos de Leninger (1979,1980), y Rizo (1980), el uso de la fenomenología para construir una ciencia humana del cuidado de Watson (1985) y los trabajos tan relevantes para la comprensión del cuidado del paciente crítico de Benner (1984). Todos estos autores han explorado la naturaleza del conocimiento y forman parte de la producción del conocimiento de la ciencia enfermera.

En su exhaustivo trabajo documental, Carper (1978) describe la existencia de cuatro patrones de conocimiento utilizados por las enfermera para el desarrollo de la práctica profesional, de los cuales solamente uno de ellos, el empírico, proviene del sentido del término positivista, de donde derivan los conocimientos que provienen del proceso de investigación; estos describen, explican y predicen los fenómenos de interés de la disciplina. El segundo patrón o fuente de desarrollo del conocimiento es el estético o el arte enfermero, el cual produce un saber que deriva de la reflexión intelectual y de la experiencia. La tercera fuente es la personal a través del encuentro y la actualización personal, integrada y consciente. El cuarto patrón o fuente ética es de donde surge el saber vinculado a las relaciones entre los seres humanos y a la vida humana, así como el saber que deriva de la adquisición de diversas teorías para proseguir con el bien y orientarse hacia la mejor acción a realizar.

Delgado (2010) hace mención de la quinta fuente descrita por White (1995) de desarrollo de conocimiento que la enfermera utiliza, que es la sociopolítica. Según la autora, esta fuente incluye dos niveles, uno relacionado con las personas (paciente/familia y enfermera) y otro relacionado con la disciplina enfermera como profesión práctica.

Desde hace 20 años y ahora con mayor fuerza, algunas de estas investigaciones defienden la idea de que la práctica profesional y las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina (Walker y Redmon, 1999; Rodríguez, Cárdenas, Pacheco y Ramírez, 2014). La obra que más influencia ha tenido y que ha permitido realizar un serio cuestionamiento profesional acerca de la naturaleza del conocimiento profesional y su relación con la práctica ha sido la de

Benner (1984), quien publicó el primer estudio de enfermería que alerta de la discrepancia entre saber teórico y el conocimiento práctico. El trabajo demuestra la existencia de un conocimiento implícito que se activa con la acción de la enfermera y que permite el reconocimiento instantáneo de situaciones problemáticas y respuestas intuitivas características de una práctica profesional experta.

Benner (íbid.) explora los distintos niveles del proceso de adquisición de habilidades que se desarrollan en la práctica, para que una enfermera debutante pueda llegar con el tiempo a enfermera experta, adaptando el Modelo de Dreyfus y Dreyfus (1980), en un estudio de corte etnográfico, con un enfoque fenomenológico-hermenéutico. De sus resultados en el contexto de una UCI señala los aspectos que caracterizan a las enfermeras en cada uno de los cinco niveles de competencia, que van de novel a experta, pasando por novel avanzada, competente, eficiente. Benner (1984, 1994, 2000, 2005) propone un modelo situacional que describe los 5 niveles en el desarrollo de la *expertise* y de conocimientos en la práctica, sobre todo en el contexto de los cuidados intensivos. El autor afirma que se deben descubrir los conocimientos en cada uno de los niveles: piensa que son la clave de la progresión de la práctica enfermera y del desarrollo de la ciencia enfermera (Tabla 1).

Tabla 1. Competencias y habilidades de novel a experta Benner (1984, en Acebedo, 2012: 73-74).

Novel	En este nivel se sitúan los estudiantes y los profesionales nuevos en un servicio. Las situaciones a las que deben enfrentarse no les son conocidas. Se caracterizan, por lo tanto, por la falta de experiencia previa, una conducta en extremo limitada e inflexible y la necesidad de normas que guíen su actuación.
Novel avanzado	Estos profesionales ya poseen la experiencia para dominar aspectos de la situación que son recurrentes. Sin embargo, todavía se orientan por normas y por las tareas que deben de realizar. Tienen problemas para dominar la situación del paciente porque todavía no reconocen aspectos clave de las necesidades del paciente según la disposición o respuestas que manifiesta.
Competente	La eficacia aumenta, pero la atención de estos profesionales se centra en la gestión del tiempo y en la organización de tareas, y no en las necesidades del paciente. Este estadio es considerado en el modelo como crucial en el aprendizaje práctico por la capacidad que se adquiere en el reconocimiento de patrones y en la discriminación de elementos que merecen o no la atención.
Eficiente	Según dejan que la situación les indique las respuestas, los profesionales pasan al estadio en el que perciben la situación como un conjunto. Es un salto cualitativo, porque han desarrollado la capacidad de reconocer los principales aspectos y poseen un dominio intuitivo de lo que sucede. A medida que avanzan en este dominio desarrollan la capacidad de identificar el origen de los problemas y adquieren la habilidad de implicación.
Experta	Dominio intuitivo, anticipación, implicación; son las capacidades que identifican la práctica enfermera de estos profesionales. Poseen un dominio clínico basado en los recursos, y en una visión general orientada a la previsión de lo inesperado. Conocen al paciente, es decir, conocen los patrones típicos de respuesta y conocen al paciente como persona. Tienen interés por conocer las preocupaciones y necesidades reales del paciente y su familia.

En tanto que profesión práctica, organizada socialmente y con conocimientos encajados, la ciencia enfermera desarrolla conocimientos clínicos y morales a través del aprendizaje con los pacientes y con las familias. Benner (1984, 1995) y Benner, Stuphen, Leonard y Day (2010) expresan que a través de compartir conocimientos se produce el desarrollo de nuevos saberes. Asimismo, destaca la necesidad de construir estrategias para atender a este conocimiento práctico de manera que se pueda desarrollar y mejorar.

La producción de conocimientos en la práctica enfermera es un conocimiento construido, subjetivo, holístico y contextual (Johns, 1996). Según Dewey (1963), el ser humano vive en un mundo, en el que forma parte de un entorno natural y sociocultural y esta condición tiene repercusión en su manera de conocer. En este sentido, el conocimiento práctico es una construcción social e histórica (Benner, 1995; Habermas, 1989) que tiene que ver con su educación y apego al rol profesional (Cohen, 1988). Bajo esta perspectiva hay varios aspectos que pueden influir en la práctica y la producción de conocimientos prácticos en un espacio y un tiempo determinado. Según Kim (1999, en Delgado, 2010), para el estudio de la práctica es esencial tener en cuenta dos tipos de factores: los factores relacionados con la organización y la estructura del contexto o la práctica enfermera y los factores intrínsecos relacionados con los atributos personales y con la formación a nivel personal o de características profesionales. Para comprender es necesario analizar los factores que influyen en el conocimiento del saber enfermero.

Los estudios de Schön (1983, 1992, 1996) han revitalizado y delimitado la figura del practicante reflexivo, proponiendo una epistemología de la práctica, de la reflexión y del conocimiento en la acción. Más de 20 años después de sus primeros trabajos con Argyris y Schön (1978), han inspirado numerosos escritos y métodos de formación en los países anglosajones (Schulman, 1992). En España, en los resultados de las investigaciones actuales se ha venido haciendo más evidente el desarrollo conceptual y teórico de la enfermería a nivel de educación (Medina, 2005a, 2006; Castillo, 2013; Rodríguez, 2012; Rivera, 2013): los autores están de acuerdo en este pensamiento y utilizan la práctica reflexiva en el planteamiento educativo, vinculado a la realidad práctica.

Medina y Castillo (2006) nos permiten plantearnos cómo este saber práctico reflexivo existe en la acción profesional de manera implícita y personal, y se desarrolla en una realidad compleja, incierta y saturada de valores. El trabajo de estos autores nos deja ver que, en la formación, este conocimiento práctico debería orientar el

planteamiento y la acción curricular, más allá de preguntar cómo mejorar la aplicación en la práctica del conocimiento académico. Asimismo, nos plantea fórmulas para que los estudiantes comprendan cómo las enfermeras especialistas son capaces de manejarse en las zonas indeterminadas de su práctica.

2.1.3. Reflexividad de la enfermera de pacientes críticos: la práctica clínica

Todas las corrientes humanistas e integrales descritas, coinciden en la importancia de que las enfermeras de intensivos tengan las competencias que les capacita a atender humana y tecnológicamente a los pacientes críticos. Así todo queda enmarcado dentro de una orientación hermenéutica, que se expresa en términos de responsabilidad a nivel de los pacientes, del equipo, la profesión, la comunidad y la propia sociedad. (Jiménez et al., 2009; Falcó, 2005; Escuredo, 2003), que implica comprender al enfermo de manera global, para incluir en el cuidar todos los componentes del ser humano: culturales, personales y familiares mediante el saber empírico, estético, relacional y ético (Carper, 1978; da Silva y Aparecida, 2002; Zaforteza *et al.*, 2004; Leal, Luján, Gascón, Ferrer y Van-der-Hofstadt, 2010).

Medina y Sandín (2006) expresan que para lograr la atención humanizada en medios tecnológicos hace falta que la utilización de instrumentos y técnicas en los cuidados de enfermería no se disocien del soporte de la relación interpersonal. También los autores citados en Palacios (2007, 2008) -Barnard y Sandelowski, 2001; Bastos, 2002; Mahon, 2006; del Llano, 2003; Dragon, 2006- y Escuredo (2003), están de acuerdo en afirmar que la tecnología en sí misma es neutra y que tendrá efectos negativos o positivos en el cuidado y en las personas en función del uso y del significado que se le otorgue.

Esta orientación une la tecnología y la interrelación humana para dar seguridad física, psicológica, espiritual y social (Jover, 2009). Contrasta, así, pues, con el paradigma moderno-positivista, que conlleva realizar las prácticas enfermeras solamente desde la aplicación de conocimientos, en una atención dirigida a la persona de manera fragmentada, que se centra en los distintos órganos alterados y se clasifica según especialidades médicas (Jiménez, 2009).

Para aplicar la atención desde un enfoque humanista y humanizante, se precisa de enfermeras autónomas, reflexivas, con juicio clínico y formadas de manera continua en la ejecución de su rol profesional, en las tres grandes dimensiones: 1) *conceptuales o pensamiento crítico*, esto es, conocimientos, toma de decisiones y

formulación de problemas; 2) *interpersonales*, es decir, valores y actitudes; y 3) *técnicas*, referidas a la destreza y las habilidades técnicas (Jover, 2009; Rué y Martínez, 2005).

El desarrollo de los conocimientos pertinentes a la disciplina enfermera y a la profesión no solo provienen del desarrollo de la investigación y de la educación, sino también de los conocimientos encajados en la *expertise* como clave de la progresión de la práctica enfermera y del desarrollo de la ciencia enfermera (Delgado, 2010). La bibliografía especializada ha puesto de manifiesto esta idea en sus investigaciones y se ha centrado en la práctica reflexiva en relación con la práctica asistencial, con enfermeras, familias, pacientes y vinculados en procesos de reflexión en la acción los procesos formativos (Delgado et al, 2001; Delgado, 2010; Zaforteza *et al.*, 2004; Barrio, Lacunza, Armendáriz, Maragall y Asiaín, 2001; Romero *et al.*, 2013; Acebedo, 2012).

A su vez, Mezirow (1990) propone la narración de acontecimientos inesperados para explorar las actitudes y presunciones de los alumnos y que pueden aplicarse a todos los contextos, para trabajar sobre el terreno de la práctica, la *autorreflexión* que facilita el crecimiento profesional. La reflexión crítica puede llevar a un reconocimiento que genere acciones que cambien nuestra forma de actuar o de relacionarnos con el mundo; se trata del aprendizaje transformativo. Mezirow explica que aprendemos cuando realmente tomamos conciencia de los elementos que influyen en nuestras decisiones, partiendo de la asunción de que muchos de nuestros actos son producto de marcos de referencia que no son propios sino aprendidos de la sociedad a los padres.

Por su parte, Habermas (1992) presenta la autorreflexión como uno de los componentes nucleares del método de la ciencia sociocrítica: la crítica ideológica en la que convergen la sociología crítica con la teoría psicoanalítica de Freud, la cual es una ciencia que recurre metódicamente a la autorreflexión. La teoría sociocrítica será aquella que aborde las consecuencias sociales de una acción práctica, lo cual se logra mediante la integración de teoría y práctica en procesos dialécticos de reflexión y práctica, con fines emancipatorios (Carr y Kemmis, 1988).

Medina (2005a), al igual que otros autores, pone énfasis en la nueva epistemología de la práctica profesional de enfermeras y de la enseñanza basada en los trabajos de Donald Schön, el cual, con gran acierto, afirma: «Cuando alguien reflexiona desde la acción se convierte en un investigador en el contexto práctico» (Schön, 1998:72).

Como alternativa a la racionalidad técnica como única fuente de conocimiento y epistemología de la práctica, Schön (1992) propone una nueva epistemología de la práctica que tiene relación con el desarrollo del «arte» profesional por medio de la reflexión. Este conduce a un proceso reflexivo durante la práctica profesional y posterior a esta, y probablemente permite al estudiante desarrollar una formación reflexiva. Así, el alumno podrá desarrollarse como profesional reflexivo, es decir, que será capaz de influir como facilitador y modelo en el aprendizaje reflexivo de estudiantes y profesionales (Castillo y Vessoni, 2007) a través de la reflexión aplicada a la vida y al trabajo cotidiano (Medina, 2002; Miles, 1989; Kemmis y McTaggart, 1988).

Según Perrenoud (2004), la figura del practicante reflexivo propuesto por Schön, se impone cada vez con más fuerza. Los saberes racionales no bastan para hacer frente a la complejidad y a la diversidad de situaciones laborales. Por este motivo, la principal apuesta consiste en recuperar la razón práctica, es decir, los saberes de la experiencia basada en un diálogo con lo real y la reflexión en la acción y sobre la acción. La práctica reflexiva tiene como objetivo coparticipar y hacer dialogar entre sí a estos saberes. Así, pues, consiste en recuperar la razón práctica, es decir, los saberes de la experiencia basada en un diálogo con lo real y la reflexión en la acción y sobre la acción (desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar).

Delgado (2010) también afirma que, en los escritos enfermeros, la reflexividad parece ser la opción mayoritariamente reconocida para identificar, desarrollar y mejorar el conocimiento práctico (Conway, 1994; Durgahee, 1997; Heath, 1998; Johns, 1996; Kim, 1999; Mackintosh, 1998; Maggs y Biley, 2000; Taylor y Bodgan, 1987). También, Freire (2005), en su defensa por una educación con fines emancipatorios y de liberación de las relaciones entre opresores y oprimidos, plantea que los hombres están inmersos en la praxis del mundo, lo cual necesariamente requiere de procesos simultáneos de reflexión y acción para transformarlo. En una relación dialógica educador-educando, y mediante la acción reflexión, estos sujetos crean y recrean el conocimiento de la realidad, convirtiéndose en una relación de compromiso y aprendizaje mutuo. Destaca la importancia de diferenciar acción-reflexión del activismo puro o el verbalismo puro, para promover el diálogo y evitar la existencia de arrogancia en alguno de los actores.

2.2. Los cuidados del paciente crítico como práctica reflexiva

Desde una epistemología sociocrítica, distintos autores afirman que la reflexividad de la enfermera es un punto clave que incide en la actitud de respeto hacia la independencia y autodeterminación del ser humano (Foucault, 1986; Habermas, 1992; Schön, 1992; Mezirow, 1996; Freire, 2005; Medina, 1999; Medina y Castillo, 2006). Asimismo, conecta directamente con la atención humanizada en la UCI e influye directamente en la recuperación de los pacientes (Dewey, 1998; Medina, 2005a; Mínguez y Siles, 2014).

Desde esta doble perspectiva individual y contextual, manifestada por una predisposición favorable de la persona y la organización, la reflexión aporta beneficios relacionados con la mejora de la práctica y la satisfacción de los profesionales (Page y Meerabeau, 2000). Puede convertirse en una estrategia organizacional para promover el cambio desde la base.

La práctica reflexiva, que tiene como objetivo que los profesionales construyan un diálogo entre la realidad profesional y la reflexión sobre la misma, ha sido descrita en múltiples estudios. Así, queda patente la preocupación de los profesionales asistenciales por el análisis de la reflexividad y la constante búsqueda de un currículo integrado que posibilite la articulación teórico-práctica como manera de favorecer el desarrollo profesional. La reflexión ayuda a contextualizar los cuidados y a integrar la teoría en la práctica (Schön, 1992; Medina y Castillo, 2006; Castillo y Vessoni, 2007; Freire, 2005).

Giddens (1994) define la reflexividad como el examen y la revisión constante de las prácticas que, en cada practicante, da lugar a un proyecto reflexivo en sí mismo por medio de una praxis reflexiva discursiva. La identidad de uno mismo está constantemente en renegociación en el transcurso de un proyecto reflexivo que cada uno está casi «obligado» a construir para llegar a la seguridad ontológica y a la autonomía personal (profesional). La reflexividad individual sobre la práctica está vinculada al concepto de estilo de vida.

En este trabajo primer lugar, la teoría de socialización profesional de Cohen (1988) sirve de punto de partida y de marco para analizar y comprender la forma en que las enfermeras se identifican y se sienten cómodas en el desempeño del rol. Al mismo tiempo, resulta útil para entender cómo se sienten seguras e independientes en el cuidado del paciente crítico dentro del equipo interdisciplinar.

Por su parte, las aportaciones de Freire (1998a, 2005) arrojan luz sobre la relación establecida con los estudiantes, profesionales noveles y con todo el equipo multidisciplinar. Estas inciden en la formación y aplicación de un pensamiento crítico-reflexivo, que conduce a tener y mantener la relación humana dentro de un contexto tecnológico. Permiten también participar de manera activa en la construcción de su identidad, a pesar del contexto sociopolítico tecnológico y de poder que invita a la falta de identidad y a la continua opresión, así como a la posible pérdida del valor de la especificidad del rol profesional en la atención al paciente y su familia.

En tercer lugar, el pensamiento de Foucault (1986) pone de manifiesto los modelos cambiantes de poder dentro de la sociedad y cómo el poder se relaciona con las personas. Estudió el modo en que las prácticas habituales permiten a la gente definir sus identidades y sistematizar el conocimiento. En esta tesis, su percepción ayuda a analizar la forma en que se construyen y naturalizan las relaciones cotidianas en la UCI y el tipo de influencia que ejercen las relaciones de poder en los profesionales.

Rodríguez (2012), a la luz del pensamiento de Foucault (1986), tiene en cuenta la relación dialéctica entre los conceptos de saber y poder, ya que en la medida en que se construye un saber profesional, se construyen las disciplinas profesionales. Se llega también a la conclusión de que los integrantes de estas disciplinas adquieren de manera natural un poder que ejercen sobre quienes no tienen ese saber y son consumidores o receptores del mismo.

En el proceso reflexivo de esta tesis no se deja de lado el concepto de profesional reflexivo de Schön (1992), que implica conocimiento en la acción y reflexión en la acción. Supone tener sistematizado el juicio clínico de manera constante y natural en el cuidado del paciente crítico. En consonancia con el pensamiento de Benner (1984), este permite entender el dominio intuitivo, de anticipación y de implicación que tiene la enfermera experta de intensivos, siempre delante de la respuesta del paciente y su repercusión en el conocimiento práctico, conjugado con la sensibilidad en el tacto pedagógico de van Manen³ (1998), que se manifiesta principalmente

³ Van Manem, hace referencia a que tenemos que estar inducidos por el amor y el cariño, que hace posible una relación pedagógica entre un adulto y un niño, Dice que se pueden expresar palabras de apoyo, pero solo si se puede ir más allá de la dificultad, si se vé - su vulnerabilidad- es entonces cuando el gesto, el tacto, la mirada denota la intención pedagógica respecto el niño. Expresa que no es una habilidad que podamos utilizar es algo más “es lo que somos” es ser auténtica y es cuando expresa la intención de ayuda, de ser solícito. Su pensamiento lo relaciono con la vulnerabilidad del paciente crítico que necesita que le cuiden, con esta idea de tacto dirigido a la parte esencial del ser humano.

como una orientación consciente en cuanto a la forma de ser y actuar. El autor afirma que el tacto se manifiesta como seguridad en las diferentes situaciones, que nos permiten controlar las situaciones impredecibles. Un profesional que actúa con tacto ha aprendido a confiar en sí mismo en situaciones y circunstancias cambiantes y sabe comunicar seguridad.

2.2.1. Noción del cuidado integral: Cultura reflexiva

Con el fin de conceptualizar la naturaleza del saber enfermero desde la práctica, los trabajos de Schön 1992 nos aportan la reflexión crítica, como eje primordial para dar cuidados humanos y personalizados que permitan al paciente totalmente dependiente «sentirse persona», ofreciéndole la posibilidad de participar en su proceso: pensar, opinar y tomar decisiones.

Igualmente relevante resulta el estudio sobre la práctica reflexiva llevado a cabo por autores como Medina (2005a) en toda su línea de investigación. Sus trabajos permiten conocer los factores del contexto social, económico y político que afectan a las enfermeras. Se hace hincapié en la capacidad de trascender y transformar estos factores para un mejor cuidado de las personas y una educación más crítica: se fomenta que las enfermeras tengan mayor conciencia de las interconexiones explícitas e implícitas, lo cual supone cambios en el sistema de salud, el sistema educativo y la sociedad.

Bajo el punto de vista de Medina (2005a), la educación de las enfermeras debe entenderse como algo más complejo que un proceso de aprendizaje profesional a través de prácticas intencionales de enseñanza. En realidad, se trata también de un proceso que, a través de mecanismos ocultos e implícitos, ayuda a crear y legitimar formas de conciencia en las estudiantes, conducentes a cambios progresivos.

Asimismo, en contraposición, resulta de vital importancia tener en consideración la reflexión que realizan autores como Zaforteza *et al.* (2004, 2010a, 2010b), Delgado (2010), Llamas-Sánchez (2009) o Stayt (2007) sobre algunos aspectos referentes al contexto de la UCI. Debido a sus características de complejidad y alta especialización tecnológica, a veces, según la cultura, situación de la unidad o

gravidad de los pacientes, pueden priorizarse los cuidados enmarcados en un modelo biomédico, centrado en los aspectos físicos y técnicos. En esos casos, la atención se focaliza casi exclusivamente en el paciente como objeto de cuidados, en lugar de en la persona como centro de cuidados.

Hay un número creciente de estudios, como el de Barbosa y Azevedo (2006), que se plantean una reflexión sobre los cuidados que ofrecen las enfermeras, la percepción que tienen los pacientes y sus familias. Su intención es averiguar si se trata de cuidados humanos y a la vez tecnológicos, que proporcionen seguridad y bienestar a los pacientes y sus familias. Concluyen que existe una evolución hacia el saber humanizado en los cuidados dados en toda la complejidad biopsicosocial y que se va hacia una disminución de la fragmentación de los cuidados, desde la atención biomédica.

Las investigaciones que realizan las enfermeras desde la propia disciplina profesional conviven con la realidad compleja y en constante avance dentro de los hospitales (Medina y Sandín, 1995) y, en concreto, en las UCIs, con el paradigma positivista a nivel médico, pero con planteamientos de comportamientos y actitudes éticas por parte de las enfermeras en su práctica profesional. Esta se lleva a cabo en el marco de los cinco valores de la profesión: responsabilidad, autonomía, intimidad y confidencialidad, justicia social y compromiso profesional⁴ (Consejo de colegios de enfermeras, 2013). Permite avanzar en la generación de conocimiento y hacerla visible, como exponen Lunardi, Peter y Gestaldo (2006), a la vez que ejercer el poder sobre la población que atendemos. Aquí se entiende el poder como un ejercicio de relaciones, como una influencia positiva que se extiende a todo el colectivo, en lugar de una entidad meramente represiva (Foucault, 1980, en Gordon).

Lunardi et al. (2006) afirman que las enfermeras hacen uso de su poder en su quehacer cotidiano. Sus acciones, o la falta de ellas, tienen consecuencias, no solo para ellas mismas, sino también para las personas a las que cuidan. Al formular tal argumento somos conscientes de que hay restricciones en la denominada «agencia⁵» de las enfermeras y de que su autonomía tiene limitaciones, como la de cualquier otra persona (Sherwin, 1998). Al mismo tiempo, pensamos que las

⁴ Código de ética de las enfermeras y enfermos de Catalunya (Aprobado en Barcelona, septiembre 2013)

⁵ Liaschenko (1994:17) en Lunardi y otros 2006, define “agencia” como “la capacidad de iniciar acciones significativas (...), y una mezcla de la motivación y las acciones necesarias para conseguir un objetivo”.

enfermeras no son conscientes de su poder, o lo subestiman, de tal forma que pueden acabar careciendo realmente de él.

2.2.2. Ética en el cuidado del paciente crítico

Las enfermeras de las unidades de atención a pacientes críticos han de desenvolverse dentro de una realidad multidimensional y compleja, que precisa una formación y adaptación constante al cambio, y es construida a partir de múltiples relaciones, entre sujetos, prácticas, instituciones y saberes (Medina y Sandín, 2006). Contrariamente a algunas afirmaciones, las unidades técnicas, como las unidades de atención al paciente crítico, precisan de profesionales con un perfil totalmente humano y reflexivo, para ser capaces de ver a la persona, entre las diferentes máquinas y procedimientos a realizar. Según Noddings (1984, en Jiménez et al., 2009), esto supone contar con los tres elementos que caracterizan el cuidado: una actitud receptiva —que significa aceptación de la persona, conexión en la relación que se establece y sensibilidad ante el paciente. En definitiva, se traduce en compromiso en el acto de cuidar (Ramió, 2005).

Medina (2006) expresa que el cuidado integral se constituye como una relación interpersonal orientada a la salud y al bienestar del paciente y que implica profundizar en los saberes, valores, creencias, intereses y expectativas de los participantes. Estos pueden ser tanto de los pacientes como de las enfermeras, y para lograr la atención humanizada en medios tecnológicos se requiere que la utilización de instrumentos y técnicas en los cuidados de enfermería no se disocian del soporte de la relación interpersonal. También autores como Palacios (2007, 2008) o Escuredo (2003), están de acuerdo en afirmar que la tecnología en sí misma es neutra y que solo en función del uso y del significado que se le dé tendrá efectos negativos o positivos en el cuidado y en las personas.

La bibliografía corrobora el imperativo ético de la necesidad de tener enfermeras formadas, para atender con seguridad y evitar los riesgos derivados de la falta de competencias específicas en la aplicación de los cuidados, tanto a nivel de la eficiencia técnica como relacional (Jover y Solá, 1996; Asiaín, 1996; Jover, 2009; Medina, 1999). Este cuidado integral se constituye como una relación interpersonal orientada a la salud y al bienestar del paciente e implica profundizar en los saberes, valores, creencias, intereses y expectativas, tanto de los pacientes como de las enfermeras (Medina, 1999).

Tanto la excelencia como el ideal del profesional competente es inseparable de los valores y referentes éticos presentes en la práctica que definen los límites de la profesión y del mundo de los valores del propio paciente (Gracia, 2007; Watson, 2006). Falcó (2005) desarrolla y refuerza la fundamentación ética y moral del cuidado, destacando que para cuidar se requiere una base de conocimientos filosóficos, éticos y de moral profesional. Asimismo, argumenta que para planificar y administrar cuidados es necesario demostrar actitudes cimentadas en valores y principios propios de la profesión.

Morse y Field (1995), tras analizar las prácticas, describe cinco categorías ontológicas sobre el cuidado: 1) la característica humana 2) el imperativo moral; 3) el afecto; 4) la acción terapéutica; y 5) la relación interpersonal. La escuela de la interacción que se desarrolla, es un intercambio de proceso de vida y desarrollo humano, como una manera particular de entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción con el paciente, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva, constituye un escenario para el encuentro con el otro y un eje para desarrollarse y ser con otros (Salazar y Martínez, 2008).

Qué duda cabe de que la calidad del encuentro entre la enfermera y el paciente durante la interacción que se establece es un factor relevante para que el paciente se siga sintiendo persona (Miró, 2010). Por ello, la enfermera ayudará al paciente a mantener, desarrollar o adquirir autonomía personal, autorrespeto y autodeterminación, durante todo el proceso crítico de la enfermedad.

Con este fin, se hace imprescindible que la enfermera tenga incorporada la noción de tacto como cualidad especial en la interacción humana -según van Manen (1998)-, entendida como sensibilidad especial en la manera de actuar. El tacto domina la praxis, definida como acción llena de consideración, y permite captar cómo vive y experimenta el paciente la enfermedad. No es simplemente una inclinación inconsciente, sino que más bien es un cierto modo de saber y de estar. Así, el tacto no es una simple muestra de afecto o un hábito que se puede aprender sino que puede ser favorable a través del crecimiento, del desarrollo y de la educación humanística (1998).

Según Benner y Wrubel (1989), citadas por Medina (1999), cuidar es el elemento esencial de la relación enfermera-paciente y supone la capacidad de la enfermera para empatizar o sentir desde el paciente. El cuidado es alcanzado por una

conciencia íntima de apertura del yo al otro, por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos.

Las enfermeras han experimentado un cambio revolucionario en su práctica y han empezado a articular valores que enfatizan lo humano de un proceso humanizado de cuidado. Se involucran valores que reconocen la naturaleza racional y la complejidad de la experiencia humana, y por ello va más allá de lo cuantificable y valora los elementos de la relación enfermera-paciente.

Según Feito (2009), todas las perspectivas de la enfermera en la interrelación que establece con el paciente tienen una idea de fondo, que es la visión integral del ser humano. Se trata de considerarle en su totalidad como un ser humano, con cara y nombre, que sufre una enfermedad y que necesita ayuda. Así, se construye una relación de comunicación, respeto y colaboración. Autores como Gaut (1986), Carper (1979), Gadow (1985) o Fry (1988, en Jiménez, 2009) lo definen como una ética enfermera o una ética del cuidado, haciendo hincapié en el componente moral del cuidado y la importancia del respeto ante y por las personas; en este modelo, los procesos de interrelación son vitales para el bienestar del paciente y su recuperación. Se promueve igualmente el derecho fundamental de la autodeterminación y la protección de la dignidad cuando las personas enfermas no pueden hacerlo por sí mismas (Jiménez, 2009; Peter, 2007).

Podemos decir que ante la vulnerabilidad, dependencia y sentimiento de indefensión del paciente crítico, se hace imprescindible que la enfermera tenga incorporado los valores asociados al respeto profundo por la vida humana, al reconocimiento de la persona. Igualmente se hace necesaria la capacidad para enfrentarse a sus propias necesidades y problemas de salud (Jover y Solá, 1996).

Nuestra práctica enfermera se caracteriza por la determinación de dispensar, defender y transmitir cuidados enfermeros humanizados. La humanización de los cuidados ha sido tratada por diversas escuelas de pensamiento enfermero entre las que destaca la Escuela del Caring. Según esta escuela, el concepto de *caring* comprende aspectos afectivos o humanistas relativos a la actitud y el compromiso, al mismo tiempo que aspectos instrumentales o técnicos, y es de vital importancia no separarlos. Según la teoría desarrollada por Watson (1998), *caring* significa también facilitar y apoyar a la persona respetando sus valores, creencias, cultura y modo de vida a través de una relación interpersonal impregnada de coherencia, empatía y calor humano. Así, según Watson (1988), la enfermera que basa su práctica

profesional en esta concepción de cuidado tiene el objetivo de proteger, mejorar y preservar la dignidad humana de la persona cuidada (Kérouak, Pepin, Ducharme, Duquette y Major (1996).

Watson (1988) también afirma que, para las enfermeras, el cuidado es su razón moral: no es un procedimiento o una acción, es un proceso intersubjetivo, en permanente conexión, un proceso de sensaciones compartidas entre la enfermera y enfermo en el que el cuidado supone la máxima consideración hacia la otra persona, respetando los significados y el sentido que asigna a la vivencia del proceso de salud. Desde esta perspectiva fenomenica y   tica, el cuidado está centrado en la persona e implica un compromiso moral, casi imperativo, con el valor y dignidad de la persona cuidada. Se trata de considerar al enfermo en su totalidad como un ser humano con nombre que sufre una enfermedad y que necesita ayuda. Implica una relación de comunicación, respeto y colaboración (Feito, 2009).

Otros autores extienden la relación de los cuidados a la práctica diaria mediante la receptividad, el reconocimiento de la realidad de la persona cuidada por parte del cuidador, la conexión y la sensibilidad (Noddings, 1984). Gilligan (1983) desgrana en el proceso de cuidar los valores morales implícitos, que implican la dignidad de la vida, y que conllevan el respeto y la búsqueda del bienestar que ayuda a crecer a la persona. Son diversas las voces que expresan que tenemos que ser capaces de gestionar el mundo de valores de cada persona a la que atendemos. Mayerrof (1971), Torralba (2002) y Gracia (2007) así lo expresan, pues, según los valores personales, que pueden ser est  ticos, culturales, políticos y/o religiosos, el enfermo será capaz de encajar la información recibida y podremos ayudarle consecuentemente en su toma de decisiones, de acuerdo con sus valores y enfatizando el poder que tiene la palabra en la relación clínica tan necesaria en la dimensión del cuidado de enfermería.

Los procesos de reflexión y, por tanto, los significados contruidos a partir de las intervenciones, son consecuencia tanto de la experiencia como de la cultura, disciplina, institución, así cómo del ambiente próximo que favorece el diálogo y el refuerzo positivo mediante el apoyo, la seguridad y la confianza. La reflexividad implica una manera de ser y de entender la relación del profesional con el saber y con los enfermos y la familia. También comporta una actitud reflexiva crítica hacia el propio conocimiento y la aceptación de que el saber es cuestionable y discutible. Por ello, los profesionales reflexivos desarrollan actitudes de comprensión e interpretación de las situaciones problemáticas de la práctica profesional, que son

siempre únicas y ambiguas, saturadas de conflictos y valores y que resultan, por tanto, inciertas y complejas (Medina, 2006).

Todas las corrientes humanistas e integrales (Miró, 2010; Escuredo, 2003; Luis, 2007; Davis, Tschudin y de Raeve, 2010; Davis, 2011) coinciden en la importancia de la actitud de la enfermera en el cuidado que proporciona, así como en el dominio del cuerpo de conocimientos científicos y de las prácticas durante la interrelación que se establece (Poblete y Suazo, 2007). Se trata de una actitud tanto a nivel del «saber» como del «saber hacer» y «saber ser y estar»; se corresponde con las competencias profesionales como constructoras de conocimientos, habilidades y actitudes. Todo ello nos permite movilizar los recursos necesarios, en lo cotidiano y en los nuevos contextos (Rué y Martínez, 2005); por tanto, se complementa con el concepto de cuidado personalizado y humanizado que damos las enfermeras. Así, todo queda enmarcado dentro de una orientación hermenéutica, que se expresa en términos de responsabilidad a nivel de los pacientes, del equipo de salud, de la profesión, de la comunidad y de la propia sociedad (Jiménez, 2009; Falcó, 2005; Escuredo, 2003).

2.2.3. Saberes científicos técnicos y prácticas humanas de naturaleza ética

Morin (2000) nos pone sobre aviso: actualmente nuestra civilización ha alcanzado un nivel de conocimiento que lleva a la hiperespecialización. Por un lado, este conocimiento genera una gran satisfacción y orgullo —por el alto nivel de especialización adquirido—, pero, por otro lado, la superespecialización conlleva que los científicos y técnicos tengan una parcela reducida del saber, es decir, dicha parcelación del conocimiento implica no tener incorporada la visión global y esencial de la persona, y ello está en contraposición con la visión humanista de la persona en su contexto. De ahí la necesidad y el desafío de organizar el saber de tal manera que el conocimiento esté unido a la visión humanista, que busca una visión global y esencial, es decir, humanista de nuestro mundo.

Morin (2000) también alerta del riesgo del pensamiento científico que separa los conocimientos de la realidad contextual y no reflexiona sobre el destino humano. Sobre el pensamiento humanista, dice que este ignora las aportaciones de la ciencia susceptibles de nutrir nuevos interrogantes sobre el mundo y la vida. De ahí que exprese la necesidad de reformar el pensamiento, de tal manera que permita reorganizar el saber y reanudar el lazo entre las dos culturas separadas, la tecnología y la humanidad. Morin (2000) opina que la enseñanza supone el gran

desafío de originar mentes bien ordenadas, antes que mentes bien llenas, a la vez que enseñar la fragilidad y al mismo tiempo la riqueza del ser humano, para afrontar la incertidumbre.

La bibliografía demuestra la progresión que se está realizando en las UCI (Delgado et al., 2001; Delgado, 2010; Zaforteza *et al.*, 2005, 2008, 2010a): se trata de resultados de estudios que han aplicado la metodología cualitativa de acción — participación basada en el modelo Kemmis y McTaggart (1988), modelo que ha permitido a partir de la reflexión de los propios profesionales, en relación con sus actuaciones, proponer cambios en la práctica enfermera y poner en evidencia el cambio llevado a cabo en la práctica asistencial. La nueva manera de concebir la acción enfermera ha provocado una autorreflexión cuya consecuencia es una mejora en la calidad y la humanización de los cuidados: se tiene mayor respeto al paciente, una mayor conciencia de su persona de manera individualizada, un mayor acercamiento hacia el paciente y soporte a la familia. Asimismo, se observa una mejorada coordinación del equipo en cuanto a la realización de los cuidados y una mayor colaboración interprofesional, a partir de la reflexión en la acción y los acuerdos establecidos por el propio grupo profesional de enfermeras; todo ello dirigido hacia el compromiso de cambio del propio grupo (Delgado et al., 2001; Delgado, 2010; Zaforteza *et al.*, 2004, 2005, 2010b,).

Del análisis secundario (2010) del primer estudio participativo en una UCI sobre la modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión se describen las situaciones generadoras de conflicto en la UCI en tres contextos: el institucional, el práctico y el profesional (Delgado et al., 2001). El investigador concluye que para que se dé el proceso de empoderamiento es preciso que las enfermeras sean conscientes de su poder (Lunardi *et al.*, 2006). La reflexión emancipatoria permite pasar de la toma de conciencia a la concienzación y el empoderamiento de las enfermeras les permite identificar los conflictos y buscar soluciones. En consecuencia, se avanza a nivel de la práctica y del conocimiento hacia una identidad positiva y un fortalecimiento de la seguridad ontológica y una mayor autonomía profesional.

Los resultados de las investigaciones de acción participativa (IAP) de Zaforteza *et al.* (2004, 2005, 2010a, 2010b) sugieren los siguientes aspectos que limitan el cambio: 1) no reconocer la evidencia científica acerca de los familiares; 2) relaciones de poder desequilibradas en el equipo multidisciplinar; 3) falta de participación en la información; 4) organización del tiempo y del espacio. Concluye que un proceso de

IAP puede conducir al cambio en la práctica clínica, aunque este es complejo y requiere de una alta inversión de energía personal. Los factores contextuales que lo limitan están integrados en la estructura de la unidad, mientras que los facilitadores son coyunturales y dependen de personas individuales. En este sentido, los profesionales a pie de cama tienen capacidad para introducir cambios en su contexto.

En ello radica la importancia de diferenciar entre relaciones de poder y relaciones de dominación: las relaciones de poder —relaciones que están en toda interacción humana, en las que se intenta influir en otro individuo o en otro colectivo profesional— dejan un espacio de libertad. En cambio, las relaciones de dominación no dejan espacio de libertad; en dichas relaciones existe un sometimiento de alguna de las partes.

Rodríguez (2012) estudia las vivencias de las enfermeras, expresa que la narrativa ha sido una fuente inagotable de conocimiento práctico que ha transmitido el saber de los profesionales en base a sus experiencias, que ha servido para revelar *habitus* y culturas compartidas que conforman áreas ciegas que le daban la oportunidad de profundizar en los elementos de su juicio clínico, sobre todo en su razonamiento. Los estudios tratan el papel de la emoción como conexión y de la intuición como saber a nivel de la relación paciente-familia-equipo. En el campo de la educación, sus resultados ponen de manifiesto que la práctica reflexiva de las enfermeras permite al estudiante contactar con la vida real.

La misma autora hace mención de la relación de dominación que hoy aún está presente en las instituciones sanitarias. Explica que el estudio de Walker (2003) plantea que para encontrar la responsabilidad de un desarrollo moral pobre hay que mirar lo siguiente: cuáles son las condiciones sociales de estatus y poder que la sostienen; quién es responsable de qué cosas y cómo se reparte el coste de esta responsabilidad; y cómo es el ambiente, las relaciones que se establecen y el orden social que lo sostienen.

En este sentido, el significado de la vivencia del paciente por el hecho de estar ingresado en una UCI, se expresa a través de experiencias personales relatadas en primera persona (Solano y Siles, 2003; Allué, 1997; Japón, 2002); en el contexto de personas trasplantados hepático (Barrio et al., 2001), pacientes con patología de origen cardíaco (Solano y Siles, 2005; Ramírez y Parra, 2011) o pacientes en ventilación mecánica con y sin sedación (Henao, Adarve y Trujillo, 2010; Barrio et al.,

2001; Solano y Siles, 2005; Bohorquez et al., 2011; Zambrano, 2010; Schön, 1998) y son pocos los estudios que hacen referencia a la vivencia de los pacientes críticos con los cuidados enfermeros (Hofhuis et al., 2008).

Las investigaciones cualitativas captan mejor la complejidad y subjetividad de la experiencia vivida por el paciente (Beltran, 2009, Hofhuis et al., 2008, Barrio et al., 2001; Solano y Siles, 2005; Hupcey, 2000; Kvale, Ulvik y Flaatten, 2003). Los enfoques cuantitativos (Ramírez y Parra, 2011; Russell, 1999; Barrio et al., 2001; Gutiérrez, Blanco, Luque y Ramírez, 2008) destacan las diferencias de la vivencia de los pacientes según las realidades culturales distintas a nuestra cultura (Hofhuis et al., 2008), se ha de tener en cuenta que las vivencias están influenciadas por factores sociales, personales y culturales (Ayllón, Álvarez y González, 2007; Hernández, 2010). De esta manera, dependiendo del contexto, hábitos y costumbres, puede presentar en cada realidad un significado diferente (Zambrano, 2010; Ramírez y Parra, 2011; Cazorla et al., 2007).

2.2.4. Complementariedad o separación entre la tecnología y el cuidado humano

En la modernidad, la tecnología comenzó a utilizarse como herramienta del conocimiento que se iba obteniendo a través de la ciencia, entrando en el mundo de la salud con diferentes representaciones como el conjunto de saberes específicos, procedimientos técnicos, instrumentos y equipamientos utilizados en las prácticas de salud (Miró, 2010; Jiménez, 2009). Por ello, autores como Barnard y Sandelowski (2001) o Escuredo (2003, en Arredondo y Siles, 2009) dicen que la tecnología no es necesariamente opuesta a la atención humanizada, más bien es complementaria a ella. Los aparatos están, de cierta manera, dotados de humanidad por su usuario, el cual, en definitiva, es quien determina como relacionarse con el instrumento y con el paciente. Por lo tanto, la tecnología puede ser en sí misma un factor humanizante: las personas o grupos culturales son quienes definen lo que es humano dentro de una relación y definen también lo que es tecnología.

Entendemos que los profesionales, al igual que los instrumentos, se encuentran al servicio de los pacientes. Así, el conjunto de los conocimientos de los profesionales y las técnicas e instrumentos se emplean para la satisfacción de una necesidad humana (Arredondo y Siles, 2009) y, por eso, en un contexto altamente tecnológico, llevar a cabo la relación terapéutica implica reconocer la dignidad humana (da Silva y Aparecida, 2002). Sin duda, la enfermera hace de puente entre dos fuerzas

aparentemente irreconciliables y distintas: la humanidad y la tecnología. Une la tecnología con la atención de salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios altamente tecnológicos (Arredondo y Siles, 2009).

A pesar de que las corrientes filosóficas y de calidad asistencial tienen claramente definidos los principios, los valores de la persona y del cuidar, coinciden en la importancia de la actitud en el cuidado que se está dando, en el dominio del cuerpo de conocimientos científicos y práctico, y en la interrelación que se establece (Poblete y Suazo, 2007). En cambio, hay autores que ponen en evidencia que las enfermeras no han interiorizado suficientemente los valores y principios de la profesión en la práctica asistencial, y lo relacionan con distintos factores, como los siguientes: a) la cultura de la UCI, destacando el predominio del cuidado técnico frente al cuidado humano del paciente (Poblete y Suazo, 2007; Falcó, 2005; Palacios, 2007, 2008; Gálvez et al., 2011; Zaforteza *et al.*, 2010a, 2010b); b) el control social de las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, alejando a las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado (Medina, 2005a); c) la organización centrada en facilitar el trabajo de los profesionales y no centrada en el paciente (Delgado, 2010); y d) la dificultad en la visibilidad o invisibilidad del rol específico de la enfermera (Medina, 1999; Liaschenko y Peter, 2009).

El cuidado humanista y la tecnología son entidades construidas socialmente que influyen en las acciones y posicionamiento de la enfermera a la hora de aplicar cuidados. Barra, Nascimento, Martins, Albuquerque y Erdmann (2006, en Palacios, 2007, 2008), creen que esta tecnología afecta en dos aspectos a la enfermera: el tipo de cuidado y a las personas a quienes se les aplica. Por un lado, la tecnología ayuda a la enfermera; sin embargo, también puede provocar cambios en su comportamiento, pudiendo dejar de lado la visión integral de la persona y dar más importancia a la máquina. El papel de la enfermera es crucial para que la tecnología sea realmente una herramienta de ayuda al profesional, un medio, y no un fin en sí misma.

Según otros autores, son los propios profesionales los que consideran que la tecnología es el poder de su desarrollo profesional, orientando su práctica hacia lo técnico y distanciándose de los valores morales, éticos, sociales y políticos (Miró, 2010; Watson, 2006; Palacios, 2007, 2008; Escuredo, 2003; Lunardi et al., 2006). Esto puede conducir a la falta de poder real percibido por las mismas enfermeras (Medina, 2005a). Cohen (1988) explica cómo la falta de apego al rol profesional de

cuidar conduce a la dificultad de ejercerlo en las situaciones conflictivas cotidianas. Al mismo tiempo, impide resolver los problemas desde la propia identidad profesional y provoca la falta de percepción del rol propio, dentro del equipo interdisciplinar y en la misma sociedad (Medina, 1999, 2005a).

Son muchos los autores que piensan que esa falta de identidad en el rol profesional conduce a la deshumanización de los cuidados, debido a que altera la integridad de la persona y viola su dignidad y autonomía, con el consiguiente riesgo de ser reducidos a objetos en lugar de sujetos (Falcó, 2005; da Silva y Aparecida, 2002; Zaforteza *et al.*, 2004; Meneses, 2007; Foucault, 1986; van Manen, 1998; Salazar y Martínez, 2008; Jiménez, 2009; Gálvez *et al.*, 2011). Por ende, impide avanzar en el desarrollo profesional debido al rechazo por parte de las propias enfermeras del conocimiento enfermero.

Según Freire (1998b), este último es un rasgo propio característico de los grupos oprimidos, que en nuestro colectivo podemos relacionar históricamente con el propio sistema de salud, que ha devaluado el cuidado a un trabajo no apto para científicos; así, el cuidado se percibe como un trabajo secundario subordinado a la racionalidad técnica biomédica, sin reconocimiento de los efectos beneficiosos para la persona cuidada. El saber de la enfermería ha estado oculto por la hegemonía de la racionalidad técnica ligada al saber médico, al género, la falta de poder, la falta de apego al rol de cuidar y a las actividades relacionadas con el rol interdependiente (Medina, 2005a).

Otros factores incidentes en la reiterada descripción de la deshumanización de los cuidados en las unidades de críticos están directamente relacionados con la falta de visibilidad del cuidado como identidad propia, tanto por parte de las propias enfermeras como del resto del equipo multidisciplinar (Miró, 2010; Medina, 2006). Igualmente cobra relevancia en este sentido la separación como estrategia pedagógica de las competencias entre el «saber», «saber hacer», «saber ser y estar» (Arredondo y Siles, 2009), una separación que no se corresponde con la realidad competencial y la capacitación profesional de la enfermera de intensivos.

Hay autores que piensan que la falta de conciencia del poder de las propias enfermeras o la subestimación del rol de cuidar puede hacer que acaben careciendo realmente del poder de su propio rol (Davis, 2011; Medina, 2006; Freire, 2005). La causa de esto puede ser la vivencia cotidiana en contradicción con el currículum profesional y la realidad del comportamiento en la práctica asistencial, o bien el

hecho de trabajar con la falta de apego al rol profesional y por ello no poder transmitir la identidad profesional (Freire, 2005).

Todos estos factores pueden conducir a la pérdida del propio valor profesional (Medina, 2005a, 2006), a la pérdida del empoderamiento, a la dificultad en la transmisión de la identidad profesional durante el proceso de la socialización profesional, y a la consecuente pérdida de identidad (Cohen, 1988; Freire, 2005; Medina, 2005a; Lunardi *et al.*, 2006). Este riesgo se constata en el trabajo de Erlen y Frost (1991, en Jiménez, 2009), en el que se afirma que las enfermeras se sienten sin poder para influenciar en la toma de decisiones éticas relacionadas con el cuidado de sus pacientes.

Pero simultáneamente se han tener en cuenta autores como Lunardi *et al.* (2006), que rebaten la idea de esta incapacidad o falta de poder de las enfermeras, y afirman que hacen uso de este poder en su trabajo diario. También insiste en la importancia de que las enfermeras se convenzan de que su trabajo es fundamental para el cuidado de los pacientes y de que desarrollen un fuerte sentimiento de identidad, orgullo profesional y reconocimiento del uso del poder en su quehacer cotidiano.

No podemos dejar de lado que la tecnología no es por sí misma ni positiva ni negativa (Jiménez *et al.*, 2009). Esta separación descrita por Barra (2006, en Palacios, 2007, 2008), entre cuidados humanos y tecnológicos, puede no suceder si se tiene interiorizado el rol de cuidar, y si por consiguiente la enfermera hace de nexo de unión entre el conocimiento tecnológico y el humano, dejando de estar en contraposición o separada la aplicación del tratamiento terapéutico con el cuidado humano. Así, podemos dejar de hablar de deshumanización de los *cuidados per se* en las UCI, ya que la armonía o complementariedad entre la tecnología y su aplicación implica la superación del falso dilema humanismo-tecnología (Freire, 2005). Ahora, podemos referirnos a una mejora en el estado de salud de los pacientes como resultado del diálogo terapéutico que se establece en la interacción paciente-enfermera (da Silva y Aparecida, 2002; Salazar y Martínez, 2008).

2.3. Socialización profesional de la enfermera en la atención al paciente crítico

Según Giner (2001, en Arreciado, 2013) la socialización profesional consiste en un aprendizaje donde la persona aprende a adaptarse al grupo al que pertenece y aprende a hacer suyas las normas, imágenes y valores del grupo. Durante este

proceso la persona aprende ideas y creencias, además de conductas, del grupo al que pertenece. La socialización profesional se entiende como un proceso en el cual durante la formación inicial y en los primeros años de ejercicio profesional la persona adquiere no solo conocimientos y habilidades de la profesión, sino también normas, valores, comportamientos, actitudes y cultura de dicha profesión (Shinyasshiki et al., 2006).

Según Moreira (2005), la socialización profesional es más compleja que el proceso educacional y tiene cuatro objetivos. El estudiante y profesional novel deben: 1) aprender la tecnología de la profesión, es decir, los hechos, las habilidades, la teoría, aspecto cognitivo; 2) aprender a asimilar la cultura profesional —internalizar la cultura profesional que incluye los valores, normas, atributos motivacionales y normas éticas comunes a los demás miembros de la profesión—; no solo se ha de conocer la tecnología y ponerla en práctica, sino que se debe usar para resolver los problemas nuevos a los que haya que enfrentarse; 3) encontrar una versión del rol que sea profesional y personalmente aceptable; y 4) integrar ese rol profesional en todos los demás roles de su vida. Los dos últimos objetivos se relacionan con la búsqueda individual de una identidad. En cuanto a 2), cabe decir que la cultura profesional ejerce su control sobre los individuos que la practican, recordándoles los ideales comúnmente compartidos. Esta cultura, aprendida durante el período estudiantil y al inicio de ejercer la profesión, constituye la base de la socialización profesional (Medina, 2005a: 25).

En cuanto a la cultura entendida como la transmisión de los valores de la profesión, es necesario realizar el proceso de socialización, proceso mediante el cual el profesional puede desarrollar la integración del rol profesional. Los estudios de Cohen (1988) nos aportan los elementos necesarios para comprender cómo se lleva a término el complejo proceso de adquisición de conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional para la socialización profesional en enfermería en el proceso de integración del rol profesional. Asimismo, hace ver la necesaria transmisión que efectúa el profesional, a través de los modelos profesionales y en el propio campo, para aprender qué sienten los profesionales por sus clientes y colegas, y cuáles son los problemas de la práctica, cuyo resultado final ha de ser una persona que posea las competencias técnicas, las actitudes y los valores asimilados que exige la profesión y la sociedad espera de la enfermera (Blancafort, 2006).

2.3.1. Apego al rol profesional

Para desarrollar el rol profesional de las enfermeras de atención al paciente crítico en las UCI, es necesaria una formación específica que capacite al profesional para atender y cuidar al enfermo de manera segura e integral. Un estudio de revisión (Aisiain, 1996) constata la necesidad de una formación de posgrado que profundice en las competencias genéricas y específicas. Para que esta formación sea realmente significativa en el saber profesional, el conocimiento debe transmitirse desde la propia práctica. Además, ser profesionales autónomos y convencidos con el rol profesional conlleva un proceso de socialización profesional, que Merton (2003) define como la adquisición del conocimiento y de las habilidades para el desarrollo del rol profesional.

En la profesión enfermera son de gran valor las reflexiones que aporta Cohen (1988) sobre el papel que tiene la socialización profesional en enfermería en el proceso de aprendizaje del rol profesional: a partir del modelo del desarrollo del conocimiento de Piaget (1928), de la teoría de la influencia social de Kelmar y del desarrollo humano de Ericsson, aporta elementos para comprender el complejo proceso para alcanzar el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional.

Su análisis es clarificador en cuanto a la raíz del problema y permite reconocer las oportunidades de cambio. Su revisión bibliográfica revela los problemas que han tenido las enfermeras para autodefinirse como verdadera profesión. Lewis (1976), Watson (1977), Fromm (1977) y Bucher y Stelling (1977) plantean problemas de obediencia ligados a la necesidad de diferenciar una personalidad enfermera y, en relación con el conflicto de roles, se preguntan si son las propias enfermeras el problema. Detalla la multitud de problemas para los roles de los profesionales principiantes en aquellas carreras que cambian rápidamente tanto en valores como en tecnología, como sucede en enfermería: mantenimiento del estatus de sumisión de las enfermeras a la autoridad médica; controversia sobre la titulación; abandono debido al conflicto de valores profesionales; «choque de la realidad»: se concede menos importancia a la atención de los pacientes y a la evaluación de sus necesidades que a las tareas mecánicas y repetitivas que el sistema burocrático impone a la profesión (Kramer, 1974).

Según Bullough (1975), existe una contradicción con la figura de Nightingale (1860 en Cohen, 1988), que fomentó un sistema que subordinaba las enfermeras a los médicos. Simms (1977) resume el problema diciendo:

«La actividad enfermera ha debido afrontar la lucha de buscar un estatus profesional reconocido. Para lograrlo, las enfermeras deben demostrar que han satisfecho las exigencias que la sociedad impone a una profesión: autonomía, pericia distintiva y control de la práctica y la formación» (Simms, 1977, en Cohen, 1988: 16).

También Cohen (1988) plantea que después de más de un siglo de servicio y una década de intensa discusión sobre el problema de la profesionalidad la enfermería, esta no ha alcanzado su objetivo de convertirse en una profesión «hecha y derecha», con una base de conocimiento bien definida y un territorio al que pueda llamar propio. Estudia el papel que desempeña el sistema educacional en la socialización de las estudiantes de enfermería y se centra en aspectos de la educación que obstaculizan la socialización de las enfermeras. Describe el complejo proceso que permite al individuo llegar a sentirse intelectual y emocionalmente cómodo en un rol profesional; percibe que en realidad el problema deriva de problemas más complejos. La formación de las enfermeras asegura un tiempo suficiente de contacto con las exigencias concretas de la profesión como para que las estudiantes se acostumbren a la realidad de la práctica, por ello es difícil pensar que no entienden su funcionamiento y sus regulaciones y se da cuenta de la necesidad de examinar el proceso educacional y de socialización en la formación de las enfermeras.

Para llegar a la socialización, el estudiante tiene que aprender el aspecto cognitivo, la tecnología, es decir los hechos, las habilidades y la teoría; asimilar la cultura profesional, que incluye valores, normas, atributos motivacionales, normas éticas comunes a los demás miembros, le ha de permitir conocer y poner en práctica la tecnología, resolviendo todos los problemas nuevos a los que tiene que enfrentarse. Como hemos apuntado antes, esta cultura aprendida durante el proceso de interacción con profesionales y educadores constituye la base de la socialización profesional.

Cohen (1988), propone un modelo evolutivo de cuatro etapas, tomado de las etapas de Piaget (1928) sobre el desarrollo del conocimiento, en donde el profesional hecho y derecho, resuelve el conflicto entre la necesidad de independencia y el compromiso con la asociación; examinando la teoría de la influencia social de Kelman (1967) incorporan al concepto de si mismo, los valores y las normas propios de la cultura profesional; en la identificación procuran entender de que manera integran el rol profesional y la teoría del desarrollo humano de Erikson (1950) han de confiar en si mismos para definir el rol profesional. Cohen (1988) afirma que la secuencia

temporal y la rapidez en que se superan las cuatro etapas tomadas de los modelos anteriormente mencionados dependen de la profesión y de la institución. La estudiante debe experimentar sucesivamente cada una de las etapas para llegar a sentirse cómoda en el rol profesional. Para el proceso de socialización, el autor considera esencial la etapa de resistencia/independencia, necesaria para la independencia, en la cual el rol del estudiante pasa de pasivo a activo, y este adquiere la capacidad de pensamiento crítico y la adhesión a la profesión. Se ha de tener tolerancia a la individualidad y se ha de conceder libertad para pensar y actuar; es preciso para adaptarse al clima cambiante y para progresar en la profesión (Freire, 1998b; Medina, 2005a).

La interacción profesional-alumno puede constituir un espacio para la investigación-acción de la práctica enfermera, en donde el profesional reflexiona sobre su propia práctica, a través de la implicación activa, y los profesionales de enfermería pueden ver y analizar sus propias maneras de actuar y entender la práctica profesional, adquiriendo una visión crítica. La acción práctica es un componente de la interacción humana que es fruto del juicio práctico. Este se ejercita a través de la deliberación, incluye procesos reflexivos de interpretación y de sentido para tomar una decisión y, en consecuencia, una acción que promueva el bien de los participantes. Grundy (1994: 108) lo expresa al afirmar que «el juicio y la acción se relacionan recíprocamente a través de un proceso de reflexión».

Es difícil progresar dentro del sistema educacional sin contar con la guía de tutores y profesores. El profesorado es responsable de la socialización del estudiante con respecto al sistema y a los valores profesionales. Sin embargo, para ser capaz de socializar, uno debe estar socializado en relación con el conjunto de normas consideradas aceptables para ese rol. Los estudiantes deben poder identificarse con las enfermeras en el medio hospitalario, han de confiar en sus modelos del rol, han de tener apoyo en el clima cultural. El sistema sanitario refleja los mismos problemas inherentes a su formación; el sistema de atención les exige que sean eficientes como profesionales y asuman la responsabilidad de sus juicios al mismo tiempo que mantengan una actitud de sumisión. Por ello es necesario el período de autonomía para tener apego al rol profesional, decisivo en la integración de uno mismo con el rol profesional.

Si comprendemos el sentido y significado de nuestra actividad profesional, demostraremos su hegemonía e irá disminuyendo esta situación asimétrica por la relación sexista médico-enfermera, función política del conocimiento, el papel de las

creencias y valores en la interpretación de la propia experiencia y de algunos saberes constituidos en dominios de poder.

Este proceso de socialización junto con los estudios de Benner (1984), basados en el modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus y Dreyfus (1980), descrito en los cinco niveles de profesionalización que se alcanzan a medida que la enfermera adquiere y perfecciona los conocimientos y las habilidades, demuestran la existencia en la práctica profesional de un conocimiento implícito. Dicho conocimiento se activa en la acción y permite el reconocimiento instantáneo de las situaciones problemáticas, característico de los practicantes expertos, así como el juicio clínico experto. La experiencia y la destreza originan un cambio en la técnica, captan por vía intuitiva todas las situaciones y se centran en el núcleo correcto del problema, lo cual genera a su vez mejoras en la prestación de cuidados, sin malgastar el tiempo en una gran variedad de diagnósticos distintos y soluciones improcedentes, captando la situación con visión global y anticipatoria.

Según Cohen (1988), es en la propia práctica asistencial donde el profesional transmite, con la acción, este proceso de socialización al profesional novel; mostrando su vivencia, comportamiento y resolución de los problemas reales de la práctica, con los enfermos y los médicos, transmitiendo a través de la práctica reflexiva la convicción del rol (cuidar) y la seguridad ontológica. Es necesario que haya un espacio para que los conocimientos previos de los estudiantes puedan ser explicitados y también que puedan junto a su tutor, reconstruir el saber emergente, a partir de sus acciones actitudes y considerando las experiencias de sus pares y de los profesionales con quienes se interrelacionan en su práctica (Cohen, 1988; Còlliere, 1993; K rouac, 1996; Morin, 2004; Medina, 2005a) y el análisis de las relaciones de poder en los ámbitos educativos y laborales (Freire, 1998b).

El sistema sanitario envía al profesional los mismos mensajes ambivalentes que el sistema de formación, por ello es necesario llegar al período de autonomía para tener apego al rol profesional (Cohen, 1988). Una adecuación óptima entre el rol profesional y la identidad individual asegura la continuidad en el rol profesional. Goffman (1959) lo llama la adhesión al rol, necesaria para que el estudiante aprenda a pensar críticamente y para que tenga un sentimiento de compromiso con la profesión, o sea, para que se profesionalice.

2.3.2. Transmisión del rol profesional

Hoy ya no podemos decir que no tengamos las competencias definidas de la profesión. Así lo apunta, Marín (2008) en su cronología de la situación universitaria, cuando el título de diplomada en enfermería se integra plenamente en la universidad desde 1977. Sin embargo, es con la reforma universitaria motivada por el Espacio Europeo de Educación superior (EEES) cuando los estudios de enfermería se configuran como una titulación universitaria en las mismas condiciones que el resto de las titulaciones, y permite la plena integración en la universidad con el inicio del segundo ciclo. Además, desde el curso 2008-2009, mediante la realización de los másters oficiales, se permite acceder al doctorado. Ello comporta poder acceder a plazas docentes universitarias y empezar a tener doctoras en Enfermería en el ámbito asistencial, que permiten transmitir el conocimiento enfermero desde la propia disciplina tanto desde la Universidad como desde el ámbito asistencial. Así, vemos que la Enfermería ha dejado de ser un área excluida de las universidades y el desarrollo del EEES ha posibilitado la plena integración de la disciplina en el ámbito académico superior.

En el área de la Salud, las instituciones preocupadas por formar a los nuevos profesionales, enfrentados a un mundo competitivo guiado por el mercado que integra el nuevo contexto del sistema de salud —centrado en el usuario—. Este espera confiar en los conocimientos del profesional, en sus habilidades, en su honestidad y capacidad de comunicación; ha hecho indispensable la incorporación de cambios paradigmáticos en el proceso de enseñanza y aprendizaje, con nuevas metodologías centradas en el sujeto, con la participación activa de éste, tendientes a mejorar la autoestima, el aprendizaje y la autoevaluación (Medina y Castillo, 2006).

Además de los profundos procesos de cambio y transformación por los que atraviesa la sociedad actual, cobra importancia el vertiginoso ritmo con el que se produce y difunde la información. Se cuestiona la existencia de saberes indiscutibles y el carácter estable del conocimiento (Hargreaves, 1996), situándonos frente a un escenario de incertidumbre y complejidad (Morin, 2000). La investigación, la selección y la valoración crítica de fuentes de información diversas, la resolución de problemas, la capacidad de reflexión, la creatividad y el desarrollo de habilidades para aprender a lo largo de la vida, tienen una importancia creciente, exigiendo profundos cambios en las formas de concebir y organizar la enseñanza universitaria y la formación continua (Margalef y Pareja, 2008).

En este nuevo contexto, las universidades y las instituciones se ven ante el desafío de formar personas capaces de resolver problemas complejos y multidimensionales que exigen el establecimiento de conexiones y relaciones entre distintas áreas de conocimiento para llevar a cabo la práctica profesional en la complejidad de las instituciones hospitalarias.

Desde una mirada ontológica, los procesos de enseñanza-aprendizaje de la enfermería y sus prácticas profesionales se nos muestran como una realidad multidimensional. Esta se construye a partir de múltiples relaciones, entre sujetos, prácticas, instituciones y saberes, dinámicas, abiertas, no lineales, dialécticas, duales al tiempo que unitarias y antagónicas, es decir, complejas. El proceso educativo es un proceso complejo de interacción entre participantes (profesoras y alumnas). Las acciones por las que se lleva a cabo la enseñanza y el aprendizaje son acciones comunicativas y, por tanto, en ellas intervienen los deseos, los intereses, las motivaciones, las expectativas y las intervenciones de los participantes (Medina 2006).

Además, se ha de tener presente que el cambio que ha supuesto el proceso de Bolonia, tanto en cuanto a la estructura de la titulación en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) como a la adopción de los créditos ECTS, ya tiene repercusión en los programas de grado y posgrado en las Escuelas Universitarias de Enfermería (Rué y Martínez, 2005) y en los futuros profesionales.

Dos dimensiones son las claves en este proceso de cambio para definir el nuevo modelo educativo: uno es el cambio de objetivos docentes, tiene que dejar de formularse en base a los conocimientos, para pasar a una formulación basada en las competencias. El segundo consiste en pasar de una docencia centrada en la enseñanza a una docencia centrada en el aprendizaje (Morin 2000, Medina 2005a).

En relación con las competencias, decir que corresponde a la capacidad de responder con éxito a las exigencias personales y sociales que nos plantea una actividad en cualquier contexto del ejercicio profesional. Es una manera de conocimiento complejo que siempre se ejerce en un contexto de manera eficiente, que implica la adquisición de las competencias generales y específicas, que conducen a la capacidad de la persona en movilizar una serie de recursos —de saber, saber hacer y saber ser y estar—, con el fin de llevar a término con éxito una

tarea o rol, tanto en contextos cotidianos como en contextos nuevos (AQU⁶, 2008). Como ya se ha indicado anteriormente, se trata de competencias que corresponden a tres grandes dimensiones, a saber: Conceptuales o pensamiento crítico (saber), técnicas (saber hacer) e interpersonales (saber ser y estar) (CCECS⁷, 1997). Cada competencia se basa en una combinación de aptitudes prácticas y cognitivas de distinto orden, que conjuntamente se ponen en funcionamiento para realizar eficazmente una acción: conocimientos, motivaciones, valores, actitudes, emociones y otros elementos sociales y comportamentales, que se pueden expresar en términos de responsabilidad a nivel de los pacientes y familias, equipo de salud, la profesión y la propia comunidad y sociedad (CCECS, 1997, en Rué y Martínez, 2005).

Las competencias representan, pues, una combinación dinámica de atributos, con relación a los conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo (Proyecto Tuning⁸ 2003, en Rué y Martínez (2005) y Tuning 2007).

Las características claves del concepto competencias elaborado CIDEC⁹ (1999) realizado por un grupo de trabajo de expertos de diferentes universidades fruto de un debate abierto sobre la relación entre el sistema educativo y el mundo profesional, sobre la necesidad de adecuar la formación a las necesidades reales y cambiante del trabajo, reflejan una evolución en los criterios de valoración de los trabajadores, que pasa de criterios como la antigüedad y la calificación, a las competencias, ligadas al desarrollo profesional. No existe con independencia de una actividad o problema por resolver, es decir, no existe independiente del uso que se haga.

La formación está en primer lugar anclada en la esencia de la disciplina enfermera. Los conceptos centrales y sus interrelaciones se presentan como una trama de un programa de estudios que se adapta a la rápida evolución de un mundo en transformación. Como dicen Kérouak et al. (1996: 100):

«La complejidad inherente a un mundo en transformación ha acelerado la evolución de la disciplina enfermera durante los últimos decenios. El centro

⁶ AQU: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya.

⁷ CCECS: Cocell Català d'especialitats en Ciències de la Salut.

⁸ *Proyecto Tuning - Sintonizar las estructuras Educativas de Europa*. Estructura educativa Europea dentro del Espacio Europeo Educación Superior (EEES).

⁹ CIDEC: Centre d'Informació i Documentació Europea d'Economia Pública.

de interés de la disciplina, los principios y las propuestas que de este emanan para una práctica enfermera en colaboración interdisciplinaria han puesto de relieve la importancia de los conceptos cuidado, persona, salud, y entorno, como aspectos cruciales la formación enfermera».

La formación puede ser de grado, que capacita a la alumna para ser una enfermera generalista con formación científica y actitud crítica, reflexiva y humanista para poder valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y los cuidados hacia las personas, familias y la comunidad (Escuela Universitaria de Enfermería UB, 2014) o bien de posgrado, la cual capacita específicamente en el área concreta al profesional que quiere profundizar en una área en concreto, como puede ser el posgrado en Enfermería Intensiva (Jover, 2009; UB, 2014).

De los objetivos del posgrado en Enfermería Intensiva, destaco los siguientes: 1) adquirir conocimientos tanto de la ciencia enfermera, como en las ciencias de la salud, humanas y sociales; 2) desarrollo de habilidades para aplicar los procedimientos necesarios en los cuidados; 3) capacidad para que establezcan relaciones positivas con el equipo interdisciplinar; 4) capacidad para actuar sobre la base de los principios éticos, teniendo respeto hacia los valores y los derechos de la persona, manteniendo su dignidad en cualquier situación que viva; 5) desarrollo del pensamiento crítico y la práctica reflexiva y empleo de la metodología y la evidencia científica para tomar las mejores decisiones en los cuidados enfermeros. Aplicando los conocimientos, habilidades en el aula en la práctica clínica, la formación se orienta hacia la inserción laboral tanto generalista como específica en la formación de posgrado.

Como hemos apuntado, la segunda dimensión consiste en pasar de una docencia centrada en la enseñanza a una docencia centrada en el aprendizaje. Freire (1998a,b) manifiesta que enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su producción o su construcción. Este proceso exige algunas características, como método pedagógico, investigación y reflexión crítica respecto de la práctica, curiosidad, competencia, libertad, humildad, dedicación y respeto por los saberes de los estudiantes, entre otros. Además, es importante que el profesor oriente en el desarrollo de sus habilidades interpersonales tanto con sus pacientes como con su equipo de trabajo (Castillo, 2013).

Medina (2005a, 2006) nos ayuda a reflexionar sobre la importancia de la deconstrucción (Derrida, 1989) cómo método reflexivo de cuestionamiento crítico de la realidad, que nos ayuda a examinar críticamente la propia acción profesional estableciendo una relación reflexiva permanente con la práctica. Para poder tener una mente abierta que permita como afirma Freire (1998b) conseguir ser profesionales docentes, implica formar alumnos con: pensamiento crítico-reflexivo; herramientas éticas ante la realidad social; y capacidad para manejarse en sistemas abiertos como organizaciones sanitarias, equipos profesionales, pacientes y familias, donde se considera a la persona el eje del cuidado, en constante interacción con el entorno y sus propias vivencias de salud, esencia de la disciplina enfermera, como afirman diversas autoras (Benner y Wrubel, 1989; Gaut,1986; Lenninger, 1991; Watson, 1988, en Merino, 2006: 61).

En esta línea, la teoría del aprendizaje transformador de Mezirow (1998) es la más desarrollada de este grupo de teorías. Supone una descripción comprensiva de la complejidad con la que la persona adulta construye, valida y reformula el significado de su experiencia. La experiencia, la reflexión y la racionalidad son aspectos centrales en su teoría, que tiene como base la influencia de los postulados teóricos del filósofo Habermas (1989, 1992). Para que la reflexividad obre efecto, Mezirow (1998) considera que debe producirse una transformación significativa siguiendo una serie de fases que conducirán a reintegrar en la vida nuevas perspectivas en las cuales el énfasis debe estar en incorporar al cambio una actitud de racionalidad para que pueda darse ese tipo de transformación significativa. Nos encontramos inmersos en un proceso reflexivo dentro de esta realidad y responsabilidad profesional en la transmisión real de la profesión y distintos profesionales en sus líneas de investigación ponen de manifiesto los problemas, la concienciación y los avances que se están realizando (Medina, 2005a) de ser los transmisores de la profesión.

De la obra de Moreira (2005) señala la importancia que tiene para los docentes llevar a cabo la organización de la enseñanza para hacerla potencialmente significativa y propiciar entre los estudiantes aprendizajes significativos críticos. Para Moreira (2005:17), el aprendizaje significativo crítico se refiere a «aquella perspectiva que permite al sujeto formar parte de su cultura y, al mismo tiempo, estar fuera de ella» . Así, pues, señala que se trata de una perspectiva antropológica con relación a las actividades de su grupo social, que le permiten participar en ellas y a la vez reconocer la realidad, siendo reflexivo y crítico. Este tipo de aprendizaje le permite a la persona formar parte de la cultura a la cual pertenece, sin ser subyugado por ella,

por sus ritos, sus mitos e ideologías. De esta manera, el estudiante puede lidiar con lo que la cultura representa, de manera constructiva, sin dejarse dominar. Le permite manejar la información sin sentirse impotente frente a su disponibilidad, la velocidad en que se produce; beneficiarse, desarrollar la tecnología sin convertirse en un tecnófilo acrítico. El aprendizaje significativo crítico capacita al estudiante para trabajar en la incertidumbre, la relatividad, la no-causalidad, la probabilidad, la no-dicotomización de las diferencias. Además de tener la idea de que el conocimiento es construcción de cada quien, y que el mismo es una representación del mundo.

El resultado final de la socialización profesional debe ser una persona que posea las competencias técnicas como las actitudes y los valores asimilados que exige la profesión y espera la sociedad. El aprendizaje de una profesión tiene ciertas afinidades con el proceso de socialización de un niño. Un niño debe aprender algo más que las que las habilidades mecánicas de caminar y hablar; debe adquirir los valores sociales y aprender a conducirse de manera adecuada dentro del contexto grupal. El proceso de entrenamiento profesional es similar. Sobre una base técnica construye los valores, actitudes y reacciones emocionales que exige el rol profesional (Moreira, 2005).

Autores como Dinkelman (2003) y Medina (1999, en Rivera, 2013: 56-57) afirman que el prácticum supone una visión dialéctica de la relación entre los conocimientos enseñados en el aula y los conocimientos de la práctica. Para Dinkelman (2003), la relación entre teoría y práctica es transaccional más que aplicacional, es decir, que es en el área práctica donde los estudiantes entran en diálogo con las teorías que ellos aprendieron en el aula: solo a través de la práctica las teorías son refinadas, elaboradas y cambiadas. Por su parte, Medina (1999) afirma que el conocimiento del aula solo puede resultar significativo, relevante y útil para las alumnas desde y a través de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera y no al revés. Así, la reflexión es imprescindible para que el aprendizaje sea significativo.

Los prácticums son reflexivos en tanto que persiguen ayudar a los estudiantes a saber cómo llegar a ser eficaces en un tipo de reflexión en la acción. Los profesionales competentes generan un nuevo conocimiento en la acción a través de una reflexión en la acción emprendida en aquellas zonas indeterminadas de la práctica (Schön profesionales reflexivos). Para que el prácticum resulte plausible y válido, debe llegar a convertirse en un mundo con su propia cultura, incluyendo su propio lenguaje, sus normas y rituales. Sus principales rasgos tienen que ver con el

aprender haciendo, la tutorización antes que la enseñanza, y el diálogo entre el tutor y el estudiante sobre la mutua reflexión en la acción.

En su trabajo, Medina (2005a) afirma que los comportamientos de las profesoras, estudiantes, y enfermeras están influidos por las estructuras sociales y las instituciones donde se enseña, se aprende y se practica. También dice que es de vital importancia matizar que esta relación dialéctica es la que da a cada profesional y alumno el potencial para transformar las estructuras. A partir de un proceso reflexivo y de toma de conciencia un cambio que permita liberar de la opresión y coerción para participar en un clima educativo y profesional menos distorsionado por las relaciones de dominación y la educación puede transformarse en el principal eje para la reflexión crítica que conduzca a la liberación. De sus trabajos se entiende que si comprendemos el sentido y significado de nuestra actividad profesional, demostraremos su hegemonía, se irá disminuyendo esta situación asimétrica por la relación sexista médico-enfermera, función política del conocimiento, el papel de las creencias y valores en la interpretación de la propia experiencia y de algunos saberes constituidos en dominios de poder.

La atención al paciente crítico precisa de profesionales reflexivos en la ejecución de su rol profesional, formados de manera continua, capaces de dar respuesta con prontitud a los problemas y necesidades alteradas de los pacientes, ligados a sus vivencias, valores, creencias y cultura, desde el paradigma de cuidar de manera integral. Se da respuesta a la seguridad física mediante el saber tecnológico en constante evolución e innovación y a la seguridad psicológica, espiritual y social de manera personalizada, humana y ética, tratando en definitiva a la persona como un ser único e individual, capaz de tomar decisiones sobre su vida, dirigido hacia su bienestar dentro del propio ámbito de responsabilidad profesional en su desarrollo profesional.

La literatura especializada no deja lugar a dudas sobre la repercusión del aprendizaje significativo a partir de los profesionales reflexivos, responsables y conscientes del valor de la transmisión del rol profesional. Sin embargo, siguen existiendo contradicciones entre la teoría y la realidad asistencial, dificultades de relación, situaciones de poder en las instituciones (Medina, 2005a; Bardallo, 2010; Castillo, 2013).

2.3.3. Responsabilidad y compromiso profesional

En distintos estudios, Castillo (2013) menciona que hubo muchas similitudes entre los resultados de la investigación y las evidencias hasta ahora disponibles respecto a las actuaciones pedagógicas de los profesores expertos en diversos niveles educativos, incluido el universitario. No obstante, hubo una particularidad que es propia de la actuación de los buenos formadores en enfermería y que se relaciona con una potente coherencia en la acción. Son muchos los autores que han profundizado aspectos relacionados con el saber enfermero profesional y el actuar como formadora. Existe un espejo entre el vínculo que establece el profesional de enfermería con sus pacientes, frente al vínculo que establece con sus estudiantes.

El buen formador, en primer lugar siente un alto nivel de responsabilidad al ejercer el rol formador, al mismo tiempo que cuida a sus estudiantes no de manera paternalista ni estandarizada, sino mediante un cuidado altamente contextualizado que se adapta a las necesidades formativas de su estudiante. Es un cuidado humanizado basado en el respeto mutuo, en la confianza formativa y en la consideración del otro como protagonista de sus procesos formativos, lo cual hace este trabajo muy significativo, especialmente para quienes nos vinculamos de forma directa con el ámbito de la formación de profesionales de enfermería.

De los artículos revisados observamos la importancia del cuidado integral al paciente crítico, sin olvidar que la práctica enfermera se conforma a partir de una compleja constelación de conocimientos y competencias que interconecta aspectos intelectuales, físicos, emocionales, éticos, técnicos, clínicos y médicos. Las enfermeras integran y articulan en su práctica cotidiana toda una complejidad de dimensiones y actividades, en las que desempeñan un papel determinante para aportar un cuidado ético, seguro y satisfactorio (Medina, 2006). La enfermera hace de puente entre dos fuerzas aparentemente irreconciliables y distintas: la humanidad y la tecnología.

Por ello, como proceso natural de cambio en la adaptación a las nuevas circunstancias externas, destacan los cambios efectuados ya por la propia población, que progresivamente nos empuja y nos pide que seamos capaces de modificar el esquema mental clásico paternalista y maternalista, de tratar al enfermo como un agente pasivo, por un agente activo en su propia salud. Este hecho no cambia por encontrarse en una situación de enfermedad aguda o próxima a un proceso de muerte (Barrio, Simón y Pascua, 2004; Gracia, 2004).

Todo ello forma parte del entorno natural y sociocultural, según Dewey (1998), y tiene repercusión en el conocimiento. Así, el conocimiento práctico es un conocimiento construido, subjetivo y contextual (Johns, 1996). Varios aspectos pueden influir en la práctica y la producción de conocimientos prácticos en un espacio y un tiempo determinado, factores exógenos relacionados con la organización y los intrínsecos relacionados con los atributos personales.

En mi experiencia, las enfermeras de intensivos tienen un perfil de reflexividad constante en su manera de actuar. Siguiendo a Dewey (1998), considero que la reflexión implica una manera de ser de sus actores; no basta con el cumplimiento de determinadas directrices o técnicas, sino que envuelve en su totalidad a quienes son partícipes del proceso de enseñanza-aprendizaje y marca y dirige claramente las acciones que se deben llevar a cabo. Así, conduce a una preparación de profesionales que fomenta el pensamiento crítico, racional e intuitivo, que permite desarrollar las actitudes de liberalidad, responsabilidad y entusiasmo en el desempeño profesional tanto a nivel asistencial como docente.

La reflexividad conlleva, por parte del profesional, un proceso de autoconocimiento, autoevaluación y aprendizaje continuo, cuyo principal objetivo es la mejora de la calidad del cuidado, y que se corresponde a la atención de un profesional autónomo, pensativo y conocedor de su rol profesional, en tanto que sujeto autónomo con capacidad de juicio y toma de decisiones con responsabilidad profesional y formativa. Lo relevante en la formación de profesionales reflexivos es que requiere un convencimiento profundo y un compromiso con el aprendizaje del alumno para su futuro desempeño profesional (Schön, 1992; Dewey, 1998).

Cada vez más las características que distinguen a las enfermeras son las habilidades cognitivas sobre aquellas habilidades psicomotoras que, históricamente, han sido sobredimensionadas en el currículum académico. La reflexión es considerada la piedra angular en el ámbito de la práctica enfermera; gracias a ella se modifica la práctica. Los maestros reflexivos aceptan con frecuencia la realidad cotidiana y buscan alternativas para solucionar problemas.

El pensamiento reflexivo implica la consideración activa, persistente y cuidadosa de la creencia o la práctica teniendo en cuenta las razones que la sostienen y las consecuencias que puede tener en el futuro. La reflexión se considera una forma holística de atender y responder a los problemas, involucrando de forma sustantiva a los autores involucrados, por ser un proceso que va más allá de los procesos

racionales y lógicos. Debe retomarse la holística, como parte del proceso educativo, en el cual debe tener en cuenta la acción reflexiva y dentro de ella, las tres actitudes básicas de la acción reflexiva ya mencionadas anteriormente, condiciones básicas para el profesional reflexivo: mente abierta, responsabilidad y honestidad (Dewey, 1998). Como acción permanente, se inscribe dentro de una acción analítica y de soporte a la acción -Perrenoud (2004) considera que todo el mundo reflexiona en y sobre la acción-; ello no indica que sé de la reflexión, ya que podría ser episódica dentro de la cotidianidad.

2.4. Liderazgo en los cuidados

Los líderes pueden influir sobre las percepciones de justicia de los trabajadores y, a través de ellas, tener un impacto significativo sobre el bienestar y la salud de las personas, como clima amenazante o retador. Contribuyen a la creación de sentido, el poder, la socialización del profesional, el uso de recompensas, las emociones y respuestas afectivas compartidas, las respuestas emocionales del grupo mediante la interacción y los procesos de contagio. Puede contribuir al desarrollo de estrategias de afrontamiento co-activo y colectivo de la unidad de trabajo en su conjunto. Por último, puede influir en las estrategias colectivas para afrontar el estrés y, mediante el desempeño del liderazgo compartido, puede hacer las unidades de trabajo y las organizaciones más eficaces en el trabajo complejo, interdependiente y en la gestión del conocimiento (Peiró y Rodríguez, 2008).

El desarrollo de las obligaciones recíprocas y el compromiso construido sobre la base de la confianza y el respeto mutuos son aspectos cruciales para promover intervenciones eficaces. El apoyo social es una forma de reducir tensión, una influencia positiva sobre la satisfacción laboral mediado por la reducción de las percepciones de ambigüedad del rol. Tordera (2006) comprobó un efecto modular del liderazgo en la relación entre diferentes facetas del clima y varios indicadores del bienestar emocional. Es más probable que las experiencias positivas se produzcan cuando las demandas se viven como retos y oportunidades en lugar de amenazas; para ello, los líderes juegan un papel importante en el proceso de creación tanto de las condiciones como del significado de la situación.

Estas funciones se desempeñan mejor si existe un liderazgo carismático o transformacional que va más allá de las relaciones de intercambio, mediante la influencia idealizada, la motivación inspiracional, la estimulación intelectual y la

consideración individualizada (Bass y Rigió, 2006). La evidencia revisada por los autores contribuye a la congruencia de metas, la claridad del puesto, la satisfacción laboral, que la confianza está relacionada con la salud mental y muestra que genera nuevos recursos y/o mejora los ya existentes así como el afrontamiento proactivo y puede crear oportunidades para crecer.

En un estudio cualitativo utilizando el grupo focal con ocho grupos, encontraron que el apoyo social de los líderes se percibía como una forma de reducir tensión y un estudio con 432 profesionales agrupados en 43 equipos, encontraron que la conducta de iniciación de estructura de los líderes tenía una influencia positiva sobre la satisfacción laboral mediado por la reducción de las percepciones de ambigüedad del rol (Peiró y Rodríguez, 2008).

Perrenoud (2004) explica que todo el mundo reflexiona en la acción o bien sobre la acción y no por ello se convierte en un practicante reflexivo: para que sea una verdadera práctica reflexiva, es necesario que esta postura se convierta en algo permanente y se inscriba dentro de una relación análitica con la acción que se convierte en algo relativamente independiente de los obstáculos que aprecen. Una práctica reflexiva supone una postura, una forma de identidad. Su realidad es según el lugar, la naturaleza y las consecuencias de la reflexión en el ejercicio cotidiano, tanto en situaciones de crisis o de fracaso como a un ritmo normal de trabajo

El desarrollo descrito que ha permitido desarrollar diversas estrategias que promueven el pensamiento reflexivo y que han sido utilizadas en los distintos niveles de formación, entre ellos a nivel universitario, y particularmente en la formación de profesionales de enfermería. En tal contexto, las estrategias que promueven el pensamiento reflexivo son consideradas modelos de formación muy pertinentes para el aprendizaje práctico de los profesionales de enfermería, potenciando en ellos la construcción de un conocimiento práctico personal que les facilite un desempeño pertinente a la complejidad del mundo real que enfrentarán en su futuro profesional. De esta forma, los estudiantes de enfermería podrían reconocer que la realidad no es única, ni que todas las respuestas, acciones y soluciones a los problemas se encuentran predefinidos, sino que requieren de un proceso de construcción reflexiva de saberes contextualizados a cada situación particular

2.4.1. Gestión de los cuidados

La atención al paciente crítico precisa de enfermeras autónomas, reflexivas y con juicio clínico en la ejecución de su rol profesional. Han de estar formadas de manera continua para poder ser capaces de dar respuesta con prontitud a los problemas y necesidades alteradas de los pacientes, que no son solo físicas sino que están también ligadas a sus vivencias, valores, creencias y cultura. Con estas premisas podrán aportar seguridad física mediante el saber tecnológico y seguridad psicológica, espiritual y social de manera personalizada, humana y ética, manteniendo el equilibrio entre la atención tecnológica y humana para poder gestionar los cuidados de manera holística ejerciendo la autonomía profesional (Jover, 2009).

En este mismo sentido es importante considerar la influencia que ejerce un liderazgo en la unidad que promueva el bienestar /salud organizacional y laboral a nivel individual y colectivo; permitiendo y potenciando la transmisión por parte de los profesionales del saber profesional, que incide directamente en la transmisión del rol en el proceso de socialización del estudiante y promueve intervenciones eficaces, así como la implicación y coherencia de la dirección de enfermería en la contratación de personal formado (Medina, 2005a).

También es cierto que no se puede ignorar que el riesgo actual en las organizaciones complejas como son los Hospitales, radica en la posible deshumanización de la atención ofrecida a los enfermos y familias, o en la falta de visibilidad de los cuidados humanos, elevándose de forma exponencial en el área de atención al enfermo crítico por la alta complejidad y tecnificación de los cuidados.

Todo y que las corrientes filosóficas de enfermería y de calidad asistencial de los cuidados tienen claramente definidos los principios y valores de la persona, coinciden en la importancia, de la actitud de la enfermera en el cuidado que está dando, en el dominio del cuerpo de conocimientos científicos y práctico, y en la interrelación que se establece , encontramos en contraposición, a diversos autores que dicen, que las enfermeras no han interiorizado lo suficiente en la práctica asistencial los valores y principios de la profesión, debido a distintos factores: a) los relacionados con la cultura de la UCI; destacando el predominio del cuidado técnico frente al cuidado humano del paciente (Davis, 2011; Luis, 2007; da Silva y Aparecida, 2002; Gálvez et al., 2011), b) el control social de las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, alejando a las enfermeras de su visión humanista y

holística del cuidado (Zaforteza *et al.*, 2010a; Davis, 2011), c) la organización centrada en facilitar el trabajo de los profesionales y no centrada en el paciente (Luis, 2007; Davis, 2011) y d) la dificultad en la visibilidad o invisibilidad del rol específico de la enfermera (Gálvez *et al.*, 2011).

Otros autores afirman que son los propios profesionales, los que consideran la tecnología el poder de su desarrollo profesional, orientando su práctica hacia lo técnico y distanciándose de los valores morales, éticos, sociales y políticos (Escuredo, 2003; Foucault, 1986), que puede conducir a la falta de poder real percibido por las mismas enfermeras (2009). Cohen (1988) lo describe como la falta de apego al rol profesional «cuidar», y la dificultad durante las situaciones conflictivas cotidianas de resolver los problemas desde la identidad profesional, como el escaso valor otorgado al poder que tiene el cuidado para el bienestar y la salud del paciente, así como la falta de visibilidad dentro del equipo interdisciplinar y en la sociedad (van Manen, 1998; Zaforteza *et al.*, 2010b).

La falta de identidad en el rol profesional puede conducir a la deshumanización de los cuidados, debido a que altera la integridad de la persona, viola su dignidad y autonomía, con el consiguiente riesgo de ser reducidos a objetos en lugar de sujetos (Arredondo y Siles, 2009; Luis, 2007; Davis, 2011; Carper, 1997; Leal *et al.*, 2010) y por ende impide avanzar en el desarrollo profesional debido al rechazo por las propias enfermeras del conocimiento enfermero, rasgo propio de los grupos oprimidos como dice Freire (2005), la falta de visibilidad del cuidado como identidad propia (Cohen, 1988; Gracia, 2007) y la separación entre el saber y el saber hacer (Poblete y Suazo, 2007)

Además de la falta de conciencia del poder de las propias enfermeras o la subestimación del mismo poder, puede hacer que acaben careciendo de él según Lunardi *et al.*, 2006), la contradicción entre la teoría (como ciencia) y la realidad del comportamiento en la práctica asistencial, la falta de identidad profesional, así como la falta de sentir apego al rol profesional, conlleva a la consecuente dificultad en la transmisión de la identidad profesional, durante la socialización profesional (Cohen, 1988).

Problemas descritos por Delgado (2010) del análisis secundario de su investigación acción-reflexión dan información en relación con el poder. Aunque no es un fenómeno nuevo, estudios empíricos recientes continúan poniendo en evidencia su existencia; la falta de comunicación entre el equipo interdisciplinar y concretamente

entre enfermeras y médicos ha sido planteado en la literatura, el estudio Çobanoğlu y Argiel (2004) indicó que los principales problemas entre enfermeras y médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos fueron, entre otros, relacionados con la comunicación y las cuestiones de jerarquía.

Del mismo modo, otros estudios indican que a pesar de la disminución de la insatisfacción de las enfermeras y los médicos en su relación (la insatisfacción aumentó de 56% en 1991 al 43% en 2008), todavía hay evidencia a favor de esta insatisfacción, en algunos casos violencia verbal (Sirota, 2009).

La mayoría de las organizaciones hospitalarias son de tipo piramidal y están equipadas con un sistema bien codificado y jerárquico caracterizado por un modelo mecanicista o biólogo, y puede conducir a la aplicación ciega de la tecnología, que puede convertir a las enfermeras en técnicos. El problema de la tecnología reside en el significado asignado a las máquinas que le proporcionan los profesionales en un contexto complejo.

Delgado (2010) menciona que las consecuencias derivadas de este contexto institucional complejo y tecnológico, puede derivarse en el silencio de las enfermeras, por la dificultad de no saber responder adecuadamente, que puede conducir a preferir un silencio, que no puede hacerles daño (Perraut, 2001), como si fuera una estrategia para evitar conflictos y mantener el statu quo en el lugar de trabajo (Leyva, 2007; Roberts, DeMarco y Griffin, 2009), así, una forma de autoprotección es el silencio (van Dyne, Ang y Botero, 2003). El silencio contribuye a la disminución de la autoestima y la depresión y también causa la falta de participación en las decisiones importantes y la pérdida de control sobre sus vidas y su trabajo (DeMarco, Roberts y Chandler, 2005). Por lo tanto, el silencio se identifica como una característica de los grupos oprimidos (Roberts *et al.*, 2009).

Finalmente la expresión de un sentimiento general de falta de reconocimiento por parte de los médicos de la institución o sociedad, como también se ha demostrado en otros estudios de estos últimos veinte años (Sauvaige y Bouvet, 2004).

Pero también se ha de decir que distintos autores desde una epistemología sociocrítica afirman que la reflexividad de la enfermera es un punto clave, que incide en la actitud de respeto hacia la independencia, autodeterminación del ser humano y conecta directamente con la atención humanizada en la UCI (Dewey, 1998), teniendo

una relación directa sobre la recuperación y curación de los pacientes (Medina, 2005a).

2.4.2. Empoderamiento del cuidar

De la revisión realizada se desprende que el saber de enfermería, como dice Collière (1993), ha estado oculto por la hegemonía de la racionalidad técnica, ligada al saber médico y a los aspectos ligados al género, la falta de poder, la falta de apego al rol de cuidar y las propias actividades de enfermería del rol propio. Saber que ha quedado difuminado y oculto por la hegemonía del modelo biomédico, dentro de las organizaciones complejas como son los Hospitales. Al igual que otros autores Medina (2005a) pone de relieve, la percepción ambivalente y ambigua entre el papel independiente, autónomo y reivindicativo, que se pone de manifiesto en la realidad académica y la evidencia de las contradicciones que de forma cotidiana se viven en la realidad asistencial.

Por ello, en efecto, es necesaria la identidad, valor, estima y visualización del rol tanto a nivel personal, profesional como social para poder ejercer el empoderamiento del rol de cuidar dentro del equipo asistencial, de acuerdo con los valores éticos y morales de defensa de los intereses de los pacientes y sus familias. Hecho que implica disponer de las condiciones necesarias para aumentar la habilidad y la motivación de las personas, con el fin de que ellas mismas desarrollen y utilicen sus conocimientos y experiencias de forma constructiva (Medina, 2006; Schön, 1992; Freire, 1998a, 1998b; Miró, 2010).

No es suficiente con saber qué hacer para que nuestro proyecto de enfermería y de salud ocurra. Para hacer que esto suceda es necesario desearlo, tener la voluntad política, la motivación y la intención. Ser conscientes y responsables que es obligación de las enfermeras hacer visible la autonomía profesional y el poder que tiene el cuidado humanizado, frente a las decisiones que han de tomarse en el cuidado cotidiano. Ejercer el poder dirigido hacia la seguridad y el bienestar, tanto para los propios profesionales de enfermería, el equipo interdisciplinar, como para los mismos pacientes y la sociedad (Medina, 2005a; Miró, Gastaldo y Gallego, 2008).

Podemos decir que hoy en día el cuidado tiene una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social y espiritual sin obviar la perspectiva biológica (Escuredo, 2003). El cuidado requiere para todos los pacientes y sobre todo en el paciente crítico que la enfermera sea científica, reflexiva a nivel de los

procedimientos terapéuticos, desde la perspectiva analítica, empírica y experimental, y a la vez relacional por excelencia en la visión humanista, en todos los procedimientos que se llevan a cabo.

La reflexión de manera crítica en la acción de las enfermeras de intensivos sobre su práctica, se realiza de manera natural sin ser a veces las enfermeras muy conscientes de ello, debido a la necesidad de resolver problemas complejos de manera continua. Esta acción reflexiva genera efectos positivos como es la mayor capacidad para anticipar problemas, el desarrollar acertados juicios clínicos, la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma y crítica, la capacidad de evaluar la propia práctica e incorporar formación continua y de transmitirla al propio colectivo profesional (Medina, 2005a, 2006).

Reflexión que ha sido evidenciada en diversas investigaciones, realizadas tanto a nivel de cuidados físicos cómo de interrelación, con el fin de aportar cambios en la propia práctica a partir de los resultados obtenidos en relación a la comunicación (verbal y no verbal), las actividades o prácticas cotidianas y las relaciones que se establecen entre los pacientes, familia y profesionales. Estos resultados han ayudado a comprender el proceso de cambio hacia una acción enfermera que respeta y considera al paciente, que está más cercana a la familia, coordinando los cuidados y estableciendo una mejor colaboración entre ellas y el médico (Benner, 1984; Schön, 1992; Medina, 1994; Delgado, 2010; Zaforteza *et al.*, 2010b; Bardallo, 2010; Acebedo, 2012; Castillo, 2013) y que incide en la mejora de su salud y bienestar o de acompañamiento y respeto a las voluntades del paciente al final de la vida.

La reflexividad aplicada en la práctica asistencial es una estrategia para conseguir el empoderamiento, que se puede llevar a cabo en un clima organizativo que permita desarrollar el pensamiento reflexivo, con el fin de la mejora continua de la práctica de manera contextualizada y no reduccionista. Como dicen Medina (2005a), entre otros autores, el principal objetivo de la práctica reflexiva es la mejora de la calidad del cuidado a pacientes, mediante la atención de profesionales autónomos, reflexivos y expertos y avanzar en la producción de conocimiento (Dewey, 1998).

Es de relevancia comprender e interiorizar, como dice Freire (1998b), que los profesionales reflexivos desarrollan actitudes de comprensión e interpretación, respecto a las situaciones problemáticas de la práctica profesional (Miró, 2010) y que la reflexión ayuda a contextualizar los cuidados, a integrar la teoría y la práctica y a desarrollar la producción de conocimiento (Jiménez, 2009).

Castillo (2013: 283) puede decir que las prácticas pedagógicas de las mejores formadoras de enfermería nos brindan posibilidades de progresar, en primer lugar, respecto al significado del cuidado de enfermería como aspecto fundamental en la formación de futuros profesionales. En tal sentido, la práctica pedagógica de las mejores formadoras de enfermería está impregnada de un significado de cuidado humanizado, con elevados niveles de coherencia respecto a su actuar docente y a su efecto en los estudiantes como personas y futuros cuidadores.

Cuidar en toda su integridad supone un cambio de paradigma intelectual, como dice Torralba (2002), haciendo hincapié en el cuidado como acción directa sobre otro ser humano, sin descuidar en cómo se lleva a cabo dicha acción, ya que mientras intervenimos es relevante la actitud, el ser y estar, el tono, el tacto y, el cómo (Salazar y Martínez, 2008; Peter, 2007; Liaschenko y Peter, 2004, 2009). Por ello la enfermera ha de ejercer su responsabilidad ética y moral de cuidar, desde la identidad profesional, poniendo énfasis en la interrelación establecida durante todo el proceso (Falcó, 2005; Feito, 2009).

Para poder comunicar de forma significativa es necesario tener identidad de rol profesional. Para ello es necesario ser un profesional reflexivo que tenga claro su rol y que pueda ejercerlo dentro del equipo asistencial, que pueda cuidar a los enfermos con toda su complejidad, defendiendo los derechos inherentes del ser humano, la individualidad y la libertad ante las decisiones de su propia vida, ya estén conscientes o inconscientes.

Para tener empoderamiento es necesario tener condiciones creadas para aumentar la habilidad y la motivación de las personas con el fin de que ellas mismas desarrollen y utilicen sus conocimientos y experiencias de forma constructiva (Kanter, 1993 en Delgado, 2010). El empoderamiento se produce **a)** mediante la creación de una relación de colaboración entre las enfermeras, sobre la base de la igualdad, la verdad, el respeto mutuo y el intercambio de energía, **b)** el compromiso hacia un diálogo crítico que estimule el pensamiento crítico, la reflexión crítica, la creación de nuevo conocimientos y el descubrimiento de un significado personal, y **c)** la reflexión sobre la acción que permite el desarrollo de la comprensión de sus acciones y la toma de decisiones para mejorar o cambiar la práctica (Hills y Mullet, 2002 en Delgado, 2010).

Las enfermeras deben tener el convencimiento de que su trabajo es fundamental para el cuidado de los pacientes y deben desarrollar un fuerte sentimiento de

identidad y orgullo profesional. Necesitan analizar cuáles son sus responsabilidades reales en la atención a los pacientes (Peter, 2004; Ramió, 2005). Desde la responsabilidad profesional, es un imperativo ético asumir el liderazgo de los cuidados dentro del equipo multidisciplinar, desde la evidencia, el conocimiento, la experiencia clínica y la información acerca del contexto (García et al., 2010), así como la responsabilidad de transmitir nuestra identidad (Lunardi *et al.*, 2006).

Capítulo 3. Justificación del estudio

Ha quedado patente en la literatura especializada, que cada vez más, alude a las experiencias de las enfermeras sobre el uso de la reflexividad en la práctica asistencial y en el aprendizaje significativo, y el modo en que esta ha enriquecido y ha puesto de manifiesto la importancia que tiene en el avance del conocimiento profesional, el desarrollo del saber profesional desde la propia práctica y que produce cambios relevantes en la disciplina.

Hemos visto en el marco teórico, que de un tiempo a esta parte ha aumentado el número de investigaciones de tipo cualitativo que se interesan por la producción de conocimiento a partir de la práctica, a través de la reflexividad de la profesión enfermera, lo que refuerza el uso de esta herramienta como un verdadero potencial en el conocimiento y en el avance de la profesión, para influir mediante el desarrollo de la investigación en la esencia -del saber cuidar- tanto desde el punto de vista del docente, del discente y del propio paciente, así como también su aportación específica en el liderazgo de los cuidados, aportando calidad y seguridad en el trabajo multidisciplinar, dirigido a los pacientes.

También vemos que la reflexión emancipatoria permite pasar de la toma de conciencia a la concienzación y el empoderamiento de las enfermeras les permite identificar los conflictos y buscar soluciones. En consecuencia, se avanza a nivel de la práctica y del conocimiento hacia una identidad positiva y un fortalecimiento de la seguridad ontológica y una mayor autonomía profesional.

La literatura incide de manera reiterada en el riesgo actual en las organizaciones complejas como son los Hospitales, y de manera exponencial en las unidades de críticos, que por el hecho de ser unidades de alta tecnología y complejidad, se tiene la convicción que fácilmente se priorizan los cuidados desde un modelo biomédico, modelo fragmentado, centrado en los aspectos físicos y técnicos, que conducen fácilmente a la deshumanización de los cuidados, perdiendo de vista que se tiene a una persona, en el centro del cuidado complejo.

También contrariamente se evidencia en la literatura que es en las unidades de intensivos, en donde el proceso de reflexión o de reflexividad está situado en un lugar relevante para reconocer, desarrollar y mejorar el conocimiento práctico. Son muchos los autores que han escrito sobre el aprendizaje significativo y/o la práctica reflexiva. Así, ha quedado patente la preocupación de profesionales asistenciales y

de docentes por el análisis de la reflexividad y la constante búsqueda de un currículo integrado que posibilite la articulación teórico-práctica, como manera de favorecer el aprendizaje significativo.

Con claridad la ética del cuidado nos cuestiona continuamente y nos induce a la responsabilidad profesional de cuidar desde una visión integral de atención, que conlleva el respeto a los valores individuales y comporta una gestión responsable de respeto a la autonomía de los profesionales, que recupere los valores propios de la profesión, que desarrolle pautas de trabajo en equipo con todos los agentes implicados, mediante profesionales formados que tengan adaptabilidad y estén preparados para responder ante situaciones inesperadas con compromiso profesional.

En efecto, es necesaria la identidad, valor, estima y visualización del rol tanto a nivel personal, profesional como social para poder ejercer el empoderamiento del rol de cuidar dentro del equipo asistencial, de acuerdo con los valores éticos y morales de defensa de los intereses de los pacientes y sus familias. Hecho que implica disponer de las condiciones necesarias para aumentar la habilidad y la motivación de las personas, con el fin de que ellas mismas desarrollen y utilicen sus conocimientos y experiencias de forma constructiva (Medina, 2006; Schön, 1992; Freire, 1998 a,b).

Por ello pienso que es necesario conocer como se mueven las enfermeras dentro de las organizaciones complejas, ver si la aplicación de la reflexividad, o sea la utilización del juicio clínico en las decisiones que de manera continua han de tomar en el cuidado integral al enfermo y a su familia, incide en su autonomía y desarrollo del rol profesional y forman parte del saber profesional. Si son fieles a un modelo humanista, integral y transmiten los valores de la profesión, manteniendo la sensibilidad al sufrimiento de la persona y proporcionando cuidados humanos.

De hecho, la experiencia como enfermera con una amplia trayectoria en la UCI, relacionada con la humanización de los cuidados y la transmisión del conocimiento con el equipo de enfermeras de la UCI en el cuidado al paciente y su familia y la socialización profesional, me lleva a materializar mi inquietud personal, que responde a una motivación intrínseca, que es explorar y comprender cómo llevan a cabo el conocimiento práctico las enfermeras dentro de las unidades de intensivos y, por tanto, cómo cuidan y cómo transmiten este conocimiento, desde su experiencia personal en este contexto. Por ello, desde la hermenéutica y la dialéctica planteo

profundizar en los cuidados proporcionados a los pacientes por las enfermeras en las unidades de críticos.

Autores claves que han guiado mi reflexión, han sido: el pensamiento de Freire (1998), pensamiento de una pedagogía de comunicación, con que vencer el desamor acrítico del autodiálogo, quien dialoga, lo hace con alguien y sobre algo; es necesario superar la comprensión ingenua y desarrollar la crítica, lo principal es el concepto antropológico de la cultura, como aporte que el hombre hace al mundo, el hombre en el mundo y con el mundo, descubrir el valor de la persona, la dimensión humanista, el sentido trascendental de sus relaciones, incorporación crítica y creador, adquisición sistemática de la experiencia humana, en definitiva el papel activo del hombre en y con su realidad; Foucault (1986) en relación al valor que ha de desarrollar el profesional en cuanto a la tolerancia a la individualidad y la importancia de conceder libertad para pensar y actuar, cualidades necesarias para adaptarse al clima cambiante y para progresar en la profesión y en el cuidado holístico; la práctica reflexiva de Schön (1996), la teoría de socialización de Cohen (1998) y la utilización del juicio clínico en el cuidado integral del enfermo y familia, de Benner (1984), autores que inciden en ser profesionales capaces de transformar el mundo a través de la praxis: reflexión y acción, teniendo en cuenta la coherencia entre la teoría y la resolución de los problemas del propio colectivo en la práctica, elementos esenciales que forman parte del apego al rol profesional y la socialización profesional del propio grupo profesional. Así como la reflexividad de Giddens (1994) que por medio de una praxis reflexiva discursiva, conduce a la identidad de uno mismo vinculada al concepto de estilo de vida.

De todo ello surge la pertinencia de investigar y profundizar en el legado reflexivo del cuidado, en su estructura y en las relaciones e interacciones que se producen desde la perspectiva social y cultural. Junto con la perspectiva del paciente y de la enfermera, esta aproximación inentará delimitar con claridad y sin lugar a ambigüedades los aspectos positivos para el desarrollo profesional y los problemas que deben valorarse y tratar. Asimismo, sugerirá vías para conseguirlo desde el propio rol profesional, y para que dicho éxito se visualice tanto dentro del colectivo, como desde el equipo asistencial y desde la misma sociedad.

Así, se hace necesario visualizar todos aquellos aspectos que ya forman parte de la propia cultura humanista y reflexiva de la unidad: esta fue la motivación inicial de la presente tesis doctoral sobre la práctica reflexiva de las enfermeras de la UCI y su repercusión en los cuidados del enfermo crítico. Partí del diseño de las reflexiones

basadas en mi experiencia y describí los aspectos relevantes que yo había observado, que ya existían y que no son visibles, por lo que requieren un análisis profundo de los informantes (Morse, 2005). Dicho análisis ha de servir para comprender y describir las situaciones y comportamientos que configuran las competencias, el saber (conceptuales o pensamiento crítico), saber hacer (técnicas, habilidades, destreza), y saber ser y estar (interpersonales, los valores y las actitudes) en la manera de cuidar de las enfermeras de intensivos (Jover, 2009; Rué y Martínez, 2005), así como la conexión existente entre la teoría y los comportamientos de las enfermeras en la realidad asistencial y la coherencia en la transmisión del rol profesional.

De este modo, mi compromiso reflexivo en esta tesis está en íntima relación con la visión ontológica que se encuentra en los planteamientos epistemológicos; con la propia naturaleza del ser humano, la realidad que vive, la capacidad de seguir siendo persona; con la ética y moral profesional que conlleva la actitud profesional que permite que la persona siga teniendo dominio sobre su persona, que ejerza la autodeterminación, teniendo en cuenta la diversidad y el respeto por su individualidad. El profesional debe contar con el saber reflexivo que le proporciona el tono y el tacto suficientes para tener la sensibilidad en el cuidar, en los valores de la ética en el cuidar, en la cultura humanista en el ámbito tecnológico, y en la transmisión del rol.

Tener la voz de las enfermeras ha de servir de vehículo de ideas, teorías y reflexiones; con ello, espero poder dar visibilidad a los cuidados holísticos que ofrecen y aportar una mirada distinta de los mismos, que cuestione el tópico de que los cuidados enfermeros están dominados por el tecnicismo en las UCI, y a su vez poder corroborar con la vivencia expresada en primera persona, por parte de los pacientes cuidados por las enfermeras de críticos en la UCI.

Todo ello permitirá conocer las autopercepciones, creencias y experiencias personales, determinantes socioculturales, epistemológicos y políticos que han ido configurando el pensamiento reflexivo en el cuidado integral, y permitirá valorar la repercusión del rol profesional y su transmisión en los profesionales y en los pacientes críticos.

Por todo ello nos planteamos los objetivos que describimos en el capítulo siguiente.

Capítulo 4. Objetivos

En este capítulo están formulados el objetivo general y los objetivos específicos planteados en el desarrollo de la tesis y son los siguientes:

4.1. Objetivo General

El objetivo general de la presente tesis doctoral es explorar cómo la práctica reflexiva de las enfermeras de intensivos influye en la relación de cuidado con los pacientes, y qué tipo de repercusión tiene dicha práctica reflexiva en la socialización de los profesionales, en su aprendizaje y en su identidad profesional.

4.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos de la tesis son los siguientes:

- a) Describir la percepción que tiene la enfermera sobre las dimensiones reflexivas de su práctica profesional.
- b) Explorar la repercusión de la práctica reflexiva en el desarrollo del rol profesional.
- c) Identificar las interacciones entre los elementos de la cultura organizacional (clima, liderazgo organizacional), la práctica reflexiva y la construcción de la identidad profesional.
- d) Explorar la percepción de las enfermeras sobre las estrategias reflexivas que utilizan en su relación con los enfermeros y sus posibles conexiones con el cuidado humano.
- e) Explorar las repercusiones de la práctica reflexiva de las enfermeras y del clima organizacional de la UCI en el proceso de aprendizaje de los profesionales en formación posgraduada.

Capítulo 5. Aspectos metodológicos y diseño de la investigación

5.1. Fundamentación ontoepistemológica: algunos apuntes previos

Conozco la cultura humanista y tecnológica de las enfermeras de la UCI del Hospital de Sant Pau desde sus orígenes y, por ende, la cultura reflexiva que tienen y que transmiten a las enfermeras en formación. De ahí mi compromiso y responsabilidad moral de reflexionar sobre este equipo de enfermeras, a partir de su experiencia y de su práctica reflexiva, para comprender y mostrar sus valores esenciales en el cuidar, ya que, desde mi punto de vista, tienen incorporado el valor del cuidado humano además del tecnológico.

La actividad profesional de cuidar y la educación de profesionales de cuidados intensivos son prácticas complejas y multifuncionales que desempeñan distintas funciones con relación al sistema social y sanitario. Toda práctica social institucionalizada, como práctica del cuidado y la de su enseñanza parten de unas plataformas conceptuales, perspectivas ideológicas o estructuras de racionalidad sobre el cuidado y su enseñanza que las orientan y les dan sentido (Medina, 2002). Esta diversidad conceptual puede articularse en dos perspectivas: la racionalidad técnica y la racionalidad práctica. Donald Schön (1992) articuló de manera sistemática la segunda perspectiva como una nueva epistemología de la práctica, opuesta a la visión positivista de la acción racional. El autor sostiene que el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica, sino que es un práctico reflexivo, cuya acción se fundamenta en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción. En esta línea, Medina (2002) señala que «es importante reflexionar sobre nuestra imagen profesional, de cómo es y qué naturaleza tiene la práctica del cuidado porque de ella dependerá, en cierto modo, la conceptualización de la función de la enfermera docente/tutora de prácticas». Igualmente, el autor plantea que

«la formación de enfermeras está ligada al desarrollo de la investigación y al conocimiento pedagógico. Su concepción, comprensión y materialización derivan de las perspectivas conceptuales y marcos teóricos sobre la formación universitaria que son predominantes en el momento histórico concreto. Estos marcos contienen las definiciones de cuidado, salud, función profesional, currículo, enseñanza, investigación y

lógicamente también, la formación que transmiten las propias enfermeras, las cuales informan y determinan la formación de las futuras profesionales del cuidado» (íbid. 2002: 21).

Por otra parte, hoy sabemos, en torno a la noción de la reflexión, que también se ha de tener presente que el conocimiento académico no siempre ha sido coincidente con el profesional, debido a que cada persona lo integra de una manera personal y lo relaciona con el modo en que entiende la práctica del cuidado y con la utilidad que le reporta para interpretar la realidad y actuar en ella y sobre ella (Medina, 2006). Este hecho es todavía más notorio en la práctica de la enfermería, en que conviven diversidad de puntos de vista. Así, las enfermeras de la UCI, pese a tener una base conceptual y metodológica común para proporcionar cuidados seguros y de calidad al paciente crítico, y aunque disponen de los elementos clave para establecer una relación de ayuda delante del sufrimiento, dirigida a la comprensión, indagación y reflexión, que les permite afrontar la complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad, han desarrollado su comprensión a partir de sus propias convicciones morales y profesionales (Medina, 2006). Así, pues, el conocimiento de las diversas orientaciones conceptuales respecto a la formación práctica de las enfermeras es un factor imprescindible como elemento de análisis de los resultados de la investigación en enfermería, que ayuda a comprender su contexto y a interpretarlos (Medina y do Prado, 2009).

5.2. Paradigma constructivista

Dada la naturaleza social y simbólica de mi objeto de estudio, la aproximación metodológica adoptada debía ser capaz de ofrecer información acerca del sentido que la práctica asistencial del cuidado, la enseñanza y el aprendizaje del cuidado tiene para sus protagonistas y del contexto en el que esos procesos se desarrollan, en la propia unidad de intensivos. No me interesaban métodos que permitieran conocer, por ejemplo, qué tipo de estrategias formativas son utilizadas en las UCIs, cuáles son los instrumentos de evaluación más utilizados por las tutoras clínicas o cuál es el nivel de aprendizaje de las estudiantes en términos de competencia técnica. Al contrario; los objetivos del estudio requerían focalizar la atención en los motivos y razones, en sus creencias y valores de la práctica reflexiva en relación al cuidado con los pacientes, en la estrategia didáctica, respecto la transmisión educativa del rol profesional y en la interpretación que las enfermeras realizan de sus experiencias de aprendizaje. Así, me he centrado en el profesional asistencial, que a la vez es el profesional docente y referente que transmite el saber reflexivo del cuidar

en la práctica clínica de la propia unidad de intensivos, en la atención que proporciona a los pacientes críticos y a sus familias. Benner (1995) demostró que la enfermera es el profesional que, con su expertez, produce nuevos saberes en la propia práctica; por ese motivo, la tesis se centra en averiguar los aspectos del saber reflexivo con los que debe contar el profesional para obtener el tono y el tacto suficientes que aportan sensibilidad en el cuidar, en los valores de la ética en el cuidar, en la cultura humanista en el ámbito tecnológico y en la transmisión del rol.

A partir de las consideraciones anteriores, el paradigma elegido es el constructivista, basado en el relativismo epistemológico y la construcción de realidades específicas y locales. Este pretende la producción de conocimiento pragmático, subjetivo, construido por medio de la interpretación (hermenéutica) y la dialéctica (diálogo, discusión, relación entre las ideas), con la finalidad de comprender y crear sentido, a través del discurso producido por los participantes (Medina y Sandín, 2006).

A partir de estas reflexiones, dada la naturaleza social y simbólica de mi objeto de estudio, la etnografía será capaz de ofrecer información acerca del sentido que la práctica asistencial del cuidado, la enseñanza y aprendizaje del cuidado tiene para sus protagonistas y del contexto en el que esos procesos se desarrollan, en la propia unidad de intensivos.

5.3. Enfoque cualitativo de diseño etnográfico

La metodología de la etnografía adoptada en el presente estudio (Margalef, 2004; Hammersley y Atkinson, 1994) comparte los principios de la pedagogía crítica de Giroux y McLaren (1998) y de Beyer y Liston (2001), así como la idea de transformación social postulada por McLaren (1997). Este método consiste, en esencia, en una aproximación hermenéutica y emancipatoria a la vez que traspasa los objetivos de la descripción y la comprensión para asumir una postura más comprometida con la intervención y el cambio. Este enfoque me permite ir más allá en la comprensión del comportamiento humano desde la cultura del propio grupo de enfermeras de la UCI para adoptar una postura más comprometida con la intervención de las enfermeras en el cuidado humanizado del paciente crítico, y con la transmisión a las enfermeras a través del aprendizaje reflexivo en su labor diaria.

Dentro de este método se desdibujan los límites entre la etnografía y otras corrientes críticas de la investigación, para comprender el comportamiento humano desde la cultura del grupo y las otras corrientes críticas de la investigación. En concreto,

aparece especialmente interconectada con la investigación en la acción. Permite llegar al conocimiento *etic* (de la investigadora) e interior o *emic* de los propios involucrados (participantes) y descubrir sus propias perspectivas interpretativas. Asimismo, a través del proceso reflexivo continuo, nos planteamos qué se puede aportar a la producción del conocimiento enfermero (Medina, 2005a).

La etnografía ayuda a comprender mejor la creencia, la conducta, y las motivaciones e intereses de los profesionales en el desempeño del rol profesional a través de la práctica reflexiva. Con este método se ha podido explorar cómo las enfermeras transmiten su conocimiento en el período de socialización de los estudiantes de posgrado en enfermería intensiva, y también en el paso de enfermera novel a enfermera experta. Igualmente, el método ha permitido observar la repercusión que tiene sobre su sensación de comodidad para con su rol profesional el hecho de ser capaces de aceptar, rechazar o cuestionar su cultura profesional. Concretamente, ello se logra mediante el debate, la reflexión con los participantes, en su propio contexto y con su propia cultura (Hammersley y Atkinson, 1994; Meneses, 2007).

Ningún etnógrafo experimentado refutaría que el objeto de la etnografía es la descripción de los significados que las personas usan para comprender su mundo (Geertz, 1987), significados que la etnología se encargará de articular teóricamente. No obstante, las múltiples nociones de descripción en liza dan lugar a una serie de enfoques que hacen singularmente heterogéneo el campo de la disciplina etnográfica: la etnografía tradicional orientada a la descripción holística de los patrones culturales encarnada en autores clásicos de la antropología cultural, la semiótica cultural, la etnociencia o antropología cognitiva, la etnografía de la comunicación o la microetnografía, son una buena muestra de esa heterogeneidad.

Con todo, existen marcadas y fundamentales semejanzas entre todas ellas. En primer lugar, el interés por el horizonte simbólico de las personas a las que estudian y, en segundo, un modo específico y particular de estudiarlo. Ese planteamiento metodológico es el que ha orientado esta investigación y el que a continuación describo.

Cumple con los siguientes criterios necesarios de un estudio etnográfico: a) la presencia en el contexto de estudio, que en esta investigación tiene la particularidad de mantener una interrelación natural y con relaciones de confianza y colaboración recíproca (Guach, 2002) y b) reflexividad continua, para la comprensión de los significados que dichas personas manejan para dar sentido a su práctica asistencial

y docente (Geertz, 1987). Como ya hemos visto, los procesos asistenciales, de enseñanza y aprendizaje de la práctica, dentro de un contexto cultural humanista y en tanto que humanas, no pueden describirse inteligiblemente si se los separa de las expectativas, motivaciones e intenciones de las personas que los realizan. Para describir adecuadamente esa perspectiva de significado es necesario participar en esas prácticas durante un período de tiempo más o menos prolongado, que en mi situación concreta corresponde a una permanencia continuada en el contexto de la UCI desde hace 40 años. Esta se ve complementada por un conocimiento profundo de la UCI, debido a mi condición de miembro fundadora del inicio de la unidad de intensivos y miembro fundadora del posgrado de intensivos, con permanencia continuada próxima a nivel asistencial, docente y de investigación, en la misma unidad.

Con el objeto de cumplir con esas exigencias, y basándome en autores como Taylor y Bogdan (1987); Morse (1986); Goetz y LeCompte (1988); y Wolcott (1985) en Medina (2005a), y Guasch (2002: 37) «es la proximidad al fenómeno investigado lo que facilita el acceso al campo y a los escenarios» formulé los siguientes criterios metodológicos, que han orientado la investigación:

- 1º Formar parte del propio contexto cultural y en el universo simbólico de los participantes de un modo natural y no intrusivo.
- 2º Estar inmersa y atenta a todos los acontecimientos que se desarrollen durante el proceso de la investigación y que tengan repercusión en los pacientes y familiares, así como en el propio grupo profesional en los diferentes ambientes asistenciales y formativos en estudio.
- 3º Interactuar y tener en cuenta todas las interpretaciones que las enfermeras asistenciales, docentes y discentes, y los pacientes han llevado a cabo durante el proceso de la investigación, en lo concerniente al desempeño profesional de las enfermeras, en el contexto de la UCI.
- 4º Llevar a cabo la observación participante desde la confianza, el respeto mutuo y la colaboración con las enfermeras de la unidad, llevando a cabo el registro de todos los sucesos de interés que sucedan durante el proceso, mediante las notas de campo y las grabaciones que se lleven a cabo.
- 5º Situar me en el mismo nivel que los participantes, que me permita ver la realidad tal como los participantes la experimentan, y siempre desde una

perspectiva holística, con el tema en estudio, considerarme el principal instrumento de recogida de datos en la investigación.

6º Las estructuras teóricas e interpretativas resultado de la investigación han sido emergentes, descubiertas y construidas durante el proceso de investigación y no preconcebidas antes del desarrollo de la misma.

7º Validar los datos con los participantes en la investigación durante el proceso de la tesis.

8º Realizar los informes relacionados con la investigación; en ellos, fusionar el horizonte simbólico de las personas estudiadas con mis perspectivas de significado, para cumplir con la finalidad interpretativa de esta investigación.

5.4. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo a cabo en la UCI del HSCSP de Barcelona, que se encuentra situado en la parte este de Barcelona. Es un Hospital Universitario de tercer nivel. Dispone de 538 camas de hospitalización y anualmente atiende a más de 35.720 enfermos ingresados y 135.250 urgencias.

Tiene tres unidades de cuidados intensivos de adultos (generales, cirugía cardíaca y coronarias). Cada una de ellas tiene 10 boxes individualizados para pacientes críticos de procedencia médica y/o quirúrgica. El ingreso anual en las tres UCI es de 667 enfermos.

En cada una de las UCI pueden ingresar pacientes críticos de todas las especialidades tanto médicas como quirúrgicas, incluidos los coronarios y los pacientes de cirugía cardíaca en el posoperatorio inmediato debido a su gran complejidad. Así, pues, en la UCI conviven las tres especialidades médicas: Medicina Intensiva, Anestesia y Reanimación y Cardilogía (cardiólogos especialistas en pacientes críticos coronarios). A nivel de enfermería existe una única especialidad.

La dotación de las enfermeras de UCI es de 90 profesionales distribuidas en los 3 turnos de trabajo (mañana, tarde y noche) con una ratio de 1:2 en las tres unidades

por la complejidad de sus pacientes, demostrada a través de la medición del TISS¹⁰ 28 (Anexos 2 y 3).

Durante el largo proceso de llevar a término la tesis, debido al cambio del modelo organizativo de la Unidad (ver 6.1.1.), iniciamos un proyecto de investigación: «Percepción de los pacientes críticos en relación a la satisfacción de los cuidados enfermeros» con el objetivo de explorar y comprender la satisfacción de los pacientes ingresados en la UCI en relación a los cuidados enfermeros, presentando dicho proyecto, al Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona y obteniendo la financiación (PR-3663/10), así como del proyecto «Calidad percibida de los cuidados enfermeros por los pacientes críticos: un abordaje mixto», financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad) y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Nacional cuyo lema es «Una manera de hacer Europa», FIS (PI11/00447), siendo, por otro lado, presentado a las becas promovidas por la Dirección enfermera del centro y, obteniendo una beca para una enfermera asistencial del grupo, para poder llevar a cabo el estudio por la Fundación Privada del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (MIA).

Relacionado con las becas, durante el proceso de la tesis, ha permitido al grupo investigador llevar a cabo las siguientes publicaciones, en dos de ellas soy coautora y en una la primera autora:

Romero, M., de la Cueva, L., Jover, C., Delgado, P., Acosta, B., Sola, M., et al. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2): 51-62. Recibió el primer premio SEEIUC a la mejor comunicación presentada en el congreso Nacional de la SEEIUC, celebrado en Santander 2012

De la Cueva, L., Romero, M., Delgado, P., Acosta, B., Jover C., Ricart, M.T., et al. (2014). Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: research protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 201–210.

¹⁰ TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System-28. Escala validada que cuantifica el grado de intensidad de las intervenciones de enfermería (intervenciones terapéuticas) en pacientes de UCI.

Jover, C., Romero, M., Delgado, P., de la Cueva, L., Solà, N., Acosta, B., et al (2015) Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26 (1): 3-14. Recibió el segundo premio FEPIMCTI a la mejor comunicación presentada en el congreso Panamericano e Ibérico, celebrado en Madrid 2014.

Del proceso continuo reflexivo llevado a cabo durante la elaboración de la tesis; los resultados obtenidos en cuanto a la percepción de los pacientes en relación a los cuidados de las enfermeras (Romero et al., 2013), ha permitido tener en consideración los resultados obtenidos en las entrevistas y relacionarlo también con los resultados del grupo focal de las enfermeras (Jover et al., 2015) y de los pacientes (Romero et al., 2013), para poder avanzar en el conocimiento enfermero. Así, estos tres grupos configuran el conjunto de informantes de la tesis relacionados con la percepción de los pacientes en relación al cuidado de las enfermeras, que eran coincidentes con el tema en estudio.

5.5. Participantes: Población y reclutamiento

La población de estudio han sido las enfermeras principales expertas, formadas en el posgrado o máster en Enfermería Intensiva, que han decidido participar voluntariamente y que han cuidado a los pacientes críticos ingresados en la UCI del HSCSP. El muestreo ha sido teórico/intencionado de variación máxima, es decir, un muestreo heterogéneo y no espontáneo hasta alcanzar la saturación teórica de los datos (Kuper et al., 2008). La selección de la muestra de las enfermeras se realizó a través de los perfiles seleccionados como actores sociales de los discursos significativos, por medio de la base de datos informática. Se han seleccionado los perfiles de las enfermeras principales que cuidaron a los pacientes críticos, complejos, a partir de 48 horas de estar conscientes con Glasgow Coma Score de 15, orientados en tiempo, lugar y persona con CAM-ICU¹¹ negativo. Las enfermeras posibles informantes tienen diferentes años de experiencia asistencial y docente, edad, género y turnos de trabajo. De acuerdo con los perfiles, se buscó entrevistar a un mínimo de tres personas por perfil seleccionado, los 7 perfiles identificados: turno de mañana (TM), turno de tarde (TT), turno de noche (TN), y turno partido (TP) de contrato fijo de fines de semana alternos, contratos fijos de día que trabajan tanto de mañana como de tarde todos los fines de semana y contratos suplentes con

¹¹ CAM-ICU. *The Confusion Assesment Method for The ICU*. Instrumento de valoración de la presencia de delirio o disfunción cognitiva aguda.

variabilidad de días de trabajo y con todos los fines de semana trabajados, hombres y mujeres. Teniendo en cuenta el principio de saturación teórica de los datos, dejando de realizar entrevistas cuando no aportó ninguna información adicional a la recogida de datos (Blasco y Otero, 2008). Se solicitó el consentimiento verbal y escrito, se acordó el día, la hora y el lugar para la realización de la entrevista.

En cuanto a las enfermeras participantes del grupo focal, se realizó un muestreo teórico del personal fijo considerando las siguientes características: por un lado, se estudió sobre enfermeras expertas en el cuidado del paciente crítico con un mínimo de 10 años de experiencia en UCI. Por otro, estas debían haber aportado el consentimiento informado (Anexo 4). Para reclutar a los participantes del grupo focal, se realizaron reuniones con las enfermeras de todos los turnos de trabajo en las que se explicó el objetivo del estudio. Posteriormente, se dejó en cada unidad una hoja informativa del estudio y una parrilla donde las enfermeras interesadas apuntaron su edad, años de experiencia en UCI y turno de trabajo. Con los datos se procedió a la selección de las candidatas; se les solicitó el consentimiento escrito y se acordó el día, la hora y el lugar para la realización de la entrevista del grupo focal.

En cuanto a los pacientes participantes el muestreo fué teórico de tipo variación acumulativo y secuencial, hasta alcanzar la saturación teórica de los datos (Kuper et al., 2008). Se seleccionaron de acuerdo con los siguientes criterios: **a)** ser mayores de 18 años; **b)** haber estado ingresados como mínimo 48 horas en la UCI (8,35); **c)** ser capaces de testimoniar su experiencia a través de la herramienta CAM-ICU (The Confusion Assessment Method for the ICU) (39); **d)** tener un Glasgow Coma Score de 15; **e)** haber pasado más de 48 horas de estancia en la UCI, orientado en tiempo, lugar y persona con CAM-ICU negativo; **f)** dar el consentimiento informado; y **g)** saber expresarse, leer y escribir en catalán o castellano.

Para detectar a los posibles participantes, desde el ingreso del paciente en UCI hasta su alta se les pasó el CAM-ICU una vez al día y se valoró el Glasgow Coma Score y el nivel de orientación. La valoración de los dos últimos y su registro en la gráfica del paciente lo llevó a cabo la enfermera responsable del mismo en cada turno de trabajo. A los pacientes que no presentaron alteraciones cognitivas, delirio, y estuvieron conscientes y orientados durante 48 horas, se les pidió el consentimiento de manera verbal. Una vez dados de alta de la UCI y durante la primera semana (según las recomendaciones de diferentes autores (Johansson, Olèni y Fruidlund, 2002; Morse y Field, 1995), se les solicitó el consentimiento (Anexo 5) escrito y se les

informó del objetivo del estudio y de los aspectos metodológicos (Anexo 4), de la utilización de una grabadora audio, de la duración de aproximadamente de una hora así como la garantía del anonimato, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. Posteriormente, se acordó el día, la hora y el lugar para la realización de la entrevista.

En relación con la secuencia de la recogida de los datos, en primer lugar se realizó el estudio con los pacientes ingresados en la UCI para conocer la percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. En segundo lugar, se efectuó la recogida de datos de las enfermeras en grupo focal para determinar la percepción de las enfermeras en relación con el cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. En tercer lugar, se realizó la recogida de datos de las enfermeras para determinar la práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras en la atención al paciente crítico.

5.6. Estrategias de recogida de datos

Las estrategias de recogida de datos para esta tesis doctoral se ha articulado en seis procedimientos: la observación participante, la entrevista en profundidad, el análisis de la percepción de los pacientes críticos sobre los cuidados enfermeros, el análisis del grupo focal de las enfermeras (convergencias y divergencias entre los cuidados dados por las enfermeras), el diario de campo y otras fuentes documentales, y la reflexión continua por parte de la investigadora, según Strauss y Corbin (2002), Fontana y Frey (1998), Denzin y Lincoln (2005), Vallés (2009).

- 1) Durante todo el proceso de la tesis se realizó la **observación participante**, teniendo en consideración que la investigadora forma parte del grupo desde el origen de la UCI de manera continuada, habiendo desempeñado y desempeñando diferentes roles (asistencial, docente, investigador y de gestión). Este hecho permite estar dentro de las tres unidades de intensivos de manera natural, formando parte de la comprensión del escenario asistencial y docente, sin desentonar en la estructura natural del contexto de la Uci y con los profesionales.

He llevado a cabo los criterios descritos por Guach (2002): 1) He formado parte del propio contexto cultural y del universo de los participantes de manera natural y no intrusiva, 2) He estado inmersa y presente en los acontecimientos que se han llevado a cabo durante el proceso de

investigación, a nivel organizativo, de calidad de cuidados, formativos, 3) he interactuado y tenido en cuenta las intervenciones de los participantes, compartiendo las ideas, pensamientos y sentimientos en relación a las vivencias con los pacientes y las enfermeras, 4) he podido llevar a cabo la observación participante desde la confianza y el respeto mutuo entre las enfermeras, en relación a las vivencias personales y de equipo en relación al cambio organizativo en todos los turnos de trabajo a nivel grupal e individual con muchas enfermeras, teniendo en cuenta las emociones, sentimientos de la experiencia vivida e interpretada por los participantes, tratando de comprender su forma de ver la realidad en el contexto concreto de la UCI (Salamanca, 2013) desde el punto de vista de las enfermeras y registrando en el diario de campo, 5) por la experiencia en el contexto y con el equipo he podido situarme en el nivel de las participantes y a la vez realizar una reflexión social lo más horizontal posible, que me ha llevado a una reflexión ética en el desarrollo profesional, que refleja las contradicciones entre el pensamiento reflexivo, que es un pensamiento abierto, y la situación de cambio que precisa un tiempo para el cambio (Kaës et al,1977 en: Butelman, 1996), (parte de ello se refleja en el texto de elaboración propia que proviene del diario de campo, he podido situarme desde una mirada holística, 6) he mantenido un proceso continuo reflexivo en relación con todos los datos emergentes, y 7) los datos de las enfermeras he podido relacionarlos con los datos emergentes de los pacientes.

- 2) **Análisis de las entrevistas en profundidad** realizadas a los **pacientes**. Participé como oyente en varias de las entrevistas realizadas a los pacientes. Realicé el análisis individual de cada una de las entrevistas (Anexo 8), y después el análisis grupal con el equipo investigador de todas las entrevistas, siguiendo el método de la teoría fundamentada. Posteriormente analicé en profundidad los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los pacientes en el estudio de la percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros desde el análisis del cuidado. En primer lugar, desarrollé el análisis de la interrelación profesional-enfermo, durante las 24 horas del día, en los tres turnos; con el objetivo de recoger la máxima información de los patrones de conducta utilizados en cada momento. A partir del análisis realizado de los resultados del estudio con los pacientes (Romero et al., 2013), emergió la conceptualización de la satisfacción con los cuidados dados por la enfermera y las dimensiones de la satisfacción con el cuidado (Anexo

10), se perfiló el guión de la entrevista (Anexo 7) de acuerdo a los principales ítems identificados como relevantes en la interrelación establecida en el cuidado. En segundo lugar, busqué las interrelaciones con los resultados de los pacientes y los resultados de las entrevistas en profundidad a las enfermeras con relación a los objetivos planteados en la tesis (ver capítulos 7 y 8).

- 3) **Análisis del grupo focal realizado a las enfermeras de la unidad:** El análisis de los resultados del grupo focal se llevó a cabo con las enfermeras de los tres turnos de trabajo que cuidaron a los pacientes. En primer lugar se analizó individualmente el grupo focal, y posteriormente se realizó el análisis grupal con el equipo investigador, siguiendo el método de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). El microanálisis nos permitió realizar un análisis minucioso de los datos y una interpretación de los mismos. Se utilizó el método de comparación constante y la codificación abierta, axial y selectiva. Posteriormente, se efectuó el análisis en profundidad de los resultados obtenidos en el grupo focal en relación la conceptualización de la satisfacción con los cuidados dados por la enfermera y emergieron las 4 categorías coincidentes: las competencias profesionales, los cuidados humanos, técnicos y continuados. La combinación de estos elementos producen sentimientos de seguridad, tranquilidad, sentirse persona, permitiendo al paciente una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados. No se encontraron categorías divergentes en relación con la percepción del paciente. (Jover et al., 2015). En primer lugar, se desarrolló el análisis de la interrelación profesional-enfermo, durante las 24 horas del día, en los tres turnos; con el objetivo de recoger la máxima información de los patrones de conducta utilizados en cada momento. A partir del análisis realizado, se buscaron las interrelaciones con los resultados de los pacientes y los resultados del grupo focal, con las enfermeras con relación a los objetivos planteados en la tesis.
- 4) **La entrevista en profundidad:** Se perfiló el guión de la entrevista de acuerdo con los principales ítems identificados como relevantes en la interrelación establecida en el cuidado. En primer lugar, a través del análisis realizado en profundidad de la percepción del paciente en relación con los cuidados de la enfermera, durante las 24 horas del día, y de la entrevista de grupo focal con enfermeras de la UCI; con el objetivo de recoger la máxima información de los patrones de conducta utilizados en cada momento.

En segundo lugar, se realizó la entrevista en profundidad a las enfermeras de los tres turnos según los perfiles establecidos. Se entregó la información del estudio a las participantes (Anexo 6), que dieron su consentimiento para participar, verbalmente y por escrito. Las participantes escogieron el día de la entrevista, realizándose en un despacho tranquilo, confortable y con buena iluminación. Este es un espacio que conocían y en el que se sentían cómodas. Para el correcto desarrollo de las entrevistas se cuidó al máximo el entorno, el contexto y el momento para que la entrevista fluyera con la máxima comodidad para los entrevistados. La entrevista duró 1 hora aproximadamente y se realizó una por participante (Anexo 7). Como instrumentos de apoyo para la recogida de datos se utilizó la grabadora digital, que facilitó la transcripción de los datos y garantizando su fiabilidad.

En tercer lugar se analizaron los textos de las entrevistas y las notas de la observación a través de su codificación en unidades de significado. La transcripción del *verbatim* se hizo siguiendo a Morse y Field (1995), incluyendo las observaciones del entrevistador.

El análisis de contenido se realizó dejando que las categorías emerjieran por sí solas de los discursos producidos. Las fases del análisis fueron las siguientes: **a)** descubrimiento: lectura panorámica y establecimiento de las unidades del discurso; **b)** análisis: codificación y categorización; **c)** verificación/interpretación de los datos; **d)** identificación de las relaciones existentes entre las categorías y el contexto. En el primer nivel, una codificación nos permitió segmentar las transcripciones (entrevistas y diario de campo) en códigos o unidades de significado, categorías descriptivas y memos. En el segundo nivel de análisis, se determinaron los dominios o núcleos temáticos. En el tercer nivel de análisis, como resultado del análisis secuencial y transversal de las dimensiones o dominios, surge el último eslabón del análisis, es decir, la identificación de los vectores cualitativos que recogen, ordenan y facilitan la lectura e interpretación de los datos que constituyen la esencia del cuidado humano-tecnológico (Medina, Jarauta y Urquizu, 2005).

- 5) En el **diario de campo** y las **fuentes documentales**, paralelamente a la recogida de información con los pacientes y las enfermeras, se registraron, en el diario de campo se recogió los diferentes tipos de notas a lo largo de todo el proceso: notas observacionales (fruto de la observación participante

descrita anteriormente; sobre el fenómeno de estudios, los participantes, sus relaciones y el entorno), teóricas (estudio previo y continuado durante el proceso del tema) y metodológicas (adecuación de las técnicas empleadas, los períodos, del contexto, de las impresiones y reflexiones derivadas del proceso de reflexividad realizado durante todo el proceso: como han sido las relaciones e interacciones llevadas a cabo en el cambio de modelo organizativo y en relación a las reflexiones realizadas con los pacientes, alumnos y profesionales, descrito anteriormente).

- 6) **Reflexión continua de la investigadora:** durante todo el proceso de la investigación he adoptado un rol activo y reflexivo (Meneses, 2007).

Para el análisis se utilizó el soporte informático Nvivo10 (Cisneros, 2002), programa computacional que facilita la organización de las páginas transcritas a partir de la información recolectada, favoreciendo la búsqueda y recuperación de los *verbatim*s y la categorización para realizar el análisis.

Capítulo 6. Trabajo de campo

En este capítulo se describen los hechos, intervenciones y reflexiones realizadas durante el proceso de recogida de información. Responde, por tanto, al compromiso que adquirí de aplicar la reflexividad desde el inicio del proyecto hasta la finalización de la tesis.

6.1. Primeros contactos: Selección de participantes

El proyecto de la presente tesis doctoral, aprobado en 2011, comienza a plantearse en el año 2009 durante mi realización del máster de Liderazgo y Gestión en los Servicios de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Como se ha apuntado en apartados anteriores, mi motivación fue dar visibilidad al cuidado humano de las enfermeras de Intensivos del HSCSP de Barcelona, Hospital Universitario vinculado a la Universidad Autónoma de Barcelona. El estudio fue aceptado por la Directora de Enfermería de dicho hospital, así como por el Comité de Ética de la institución (Anexo 11).

Tanto en el diseño del proyecto, en su inicio, como en el posterior desarrollo para solicitar a la Universidad la realización de la tesis doctoral, me he sentido motivada por mi experiencia en la UCI y en el HSCSP, así como por mi reflexión sobre la necesidad de dar visibilidad a la atención humana a la vez que segura en la aplicación tecnológica y en el tratamiento específico, en los cuidados del paciente crítico que se llevan a cabo en la UCI. El planteamiento se debe a mi profundo convencimiento de que la atención que las enfermeras dan a los pacientes críticos y sus familias tiene incorporados los valores humanos.

Al ser la investigadora principal y por el hecho de formar parte de la cultura de la unidad, he adoptado un rol activo, aplicando la reflexividad (Meneses, 2007) durante todo el proceso del proyecto y del estudio. Ciertamente existe una influencia de mi formación de origen en la propia unidad, de los planteamientos de partida, en la perspectiva de abordaje del fenómeno en estudio, durante la recogida de datos y posteriormente en la interpretación de los significados de la investigación. Por ello durante todo el proceso he explicitado a los participantes la aplicación del criterio de reflexividad llevado a cabo durante todo el proceso, que es reconocido por la propia investigadora y los destinatarios de los resultados de la investigación y se ha dado a los participantes toda la información sobre el estudio y se ha explicitado que la

investigadora principal ha trabajado como enfermera asistencial, y trabaja como docente, investigadora y gestora en la misma unidad.

6.1.1. Proceso: Cambio de modelo organizativo de la UCI

De la observación participante, y dentro del proceso reflexivo, tengo que mencionar el cambio de modelo organizativo de la UCI iniciado en el año 2010, que pasa de un modelo de tres especialidades de UCI: UCI General, UCI Cardíaca, UCI Coronaria (separadas a nivel de estructura física), a un modelo de integración de las tres especialidades distribuidas en las tres UCI (en un mismo espacio físico), de aplicación en el momento del cambio del hospital histórico al hospital nuevo en el año 2011.

Dicho cambio generó una situación de crisis importante entre las enfermeras más expertas, la cual nos llevó a realizar un proceso reflexivo con todo el equipo de enfermeras y auxiliares de la UCI, para propiciar la adaptación al cambio antes de su implementación. Creí pertinente modificar la fecha de realización de las entrevistas en profundidad a las enfermeras, que a continuación describo por su importancia en el desarrollo de la tesis (Anexo 1). Proceso reflexivo del nuevo modelo de críticos, de elaboración propia).

Este modelo organizativo no diferencia cada unidad según las especialidades médicas, sino que los ingresos quedan distribuidos según la gravedad del paciente y la disponibilidad de box, sin priorizar la ubicación por especialidad médica como anteriormente ocurría en la antigua organización. Ello supone la mezcla de pacientes en cada una de las unidades y la movilidad de los médicos.

Debido a la necesidad de dar respuesta de box en el menor tiempo posible, se ve claramente que es indispensable que todas las enfermeras expertas tengan todo el conocimiento de cada especialidad. Así, durante el primer año se organiza un programa formativo impartido por las enfermeras más expertas de cada especialidad médica, para transmitir el conocimiento. Ello permite tener siempre enfermeras expertas en las tres unidades de las tres especialidades sobre la misma base formativa del máster en enfermería intensiva.

Sin embargo, quedaba un largo camino por recorrer en la nueva organización, para que las enfermeras dejaran de sentirse inseguras y se abrieran a un proceso

reflexivo que les permitiera adoptar nuevas formas de trabajar en equipo con seguridad y complicidad profesional. Durante el primer año de formación no se llevó a cabo la rotación planificada. Este periodo de tiempo era un espacio abierto a la reflexión y al diálogo en la fase de crisis que experimentaban las profesionales, dejando margen de recuperación ante el cambio (Butelman, 1996).

Transcurrido este año, se siguió con el proceso reflexivo para permitir que las enfermeras propusieran sus propias ideas para hacerlas partícipes del proceso y que pudieran vivir con mayor seguridad y naturalidad el inicio de la rotación entre las tres unidades. Durante el periodo comprendido entre septiembre de 2011 y septiembre de 2012 aún seguíamos inmersos en el proceso de cambio. Se trataba de una situación compleja en el ámbito de la enfermería, con sentimiento de pérdida por el inminente cambio del equipo habitual (Butelman, 1996).

A continuación se presentan los hitos más importantes de este **proceso de cambio organizacional** y de cultura profesional:

- a) Se tuvo en cuenta durante todo el proceso la participación de todas las enfermeras de las tres unidades del hospital histórico, con la creación de una comisión de trabajo formada por profesionales representantes también de las tres unidades, y participación conjunta en distintas reuniones de equipos, para poder llegar al consenso del momento más adecuado para formar un solo equipo de enfermeras, capaces de sentirse seguras en el cuidado de los pacientes críticos de cada una de las distintas especialidades.
- b) Se consideró que todas las enfermeras tenían un mismo nivel de conocimientos con el máster de Enfermería intensiva, y se mantuvo para las nuevas incorporaciones el mismo nivel formativo específico.
- c) Se estableció un programa formativo interno, impartido por las enfermeras de mayor expertez en cada una de las enfermedades según especificidades, como son enfermos coronarios, cardíacos, neurológicos, respiratorios y renales. También se realizaron sesiones formativas para los tres turnos de trabajo, por parte de las enfermeras expertas de cada área de conocimiento. Posteriormente se llegó a los acuerdos necesarios para lograr la unificación de criterios de actuación.

d) Para que las enfermeras se sintieran seguras, se respetó el incremento de tiempo sin rotación, solicitado por las enfermeras. Este paso resultó necesario para la adaptación a la nueva organización durante el periodo de formación interno.

Transcurrida la formación y el tiempo solicitado, se inició la rotación con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente de manera continuada. La supervisora y yo misma hemos llevado a cabo un liderazgo participativo, con el equipo de enfermeras en las tres unidades, con el objetivo claro de preservar la identidad profesional, la autonomía, la independencia y el liderazgo enfermera en el rol de cuidar.

Iniciada la rotación de las enfermeras en enero de 2013, **la nueva situación organizativa**, presentaba las siguientes características:

a) Las enfermeras tienen la misma filosofía de cuidados integrales, humanos y seguros en la atención a todos los pacientes críticos que se encuentran en la UCI, en la aplicación de las diferentes tecnologías según la enfermedad y especialidad. Tienen un alto nivel de competencia, de responsabilidad profesional humana y segura, así como, enfermeras expertas según las distintas especialidades.

b) A pesar de tener la misma formación específica tecnológica y humanista de cuidado al paciente crítico, la realidad es que las tres unidades partían de diferentes culturas organizativas, de liderazgo y de empoderamiento del rol enfermero, con las diferencias que ello conlleva en la relación interdisciplinar, la relación de poder y la autonomía de las enfermeras. Aspecto importante que implicó seguir trabajando la identidad del grupo profesional, con un liderazgo claro en relación al rol de la enfermera, en el equipo interdisciplinar.

c) La rotación de las enfermeras expertas, ha permitido la transmisión de los conocimientos, habilidades y destrezas en la tecnología y cuidados específicos, en cada una de las especialidades médicas. Incidiendo en la socialización de todos los profesionales, ya que en la práctica diaria observan cómo las enfermeras expertas, resuelven los distintos problemas que surgen; permitiendo la igualdad organizativa, la equidad de oportunidades, la autonomía, y el respeto individual y colectivo.

d) Existe un liderazgo de cuidados, comprometido con la profesión y las personas, con una fuerte personalidad, que preserva la equidad, confianza, e identidad del rol de todos los profesionales.

- e) La vivencia del beneficio al cambio, requiere un proceso de asimilación e identificación, para adaptarse positivamente a él (Butelman, 1996). El proceso se desarrolló con más rapidez y naturalidad en el turno de tarde que en los de mañana y noche. Cabe destacar que agrupa a las enfermeras en niveles eficiente y/o competente, según la clasificación de competencia y habilidades de Benner (1984), con relación al total de enfermeras expertas en mayor número en el turno de mañana y noche.
- f) Se vivió una mejora notable en las tres unidades, en cuanto al liderazgo de los cuidados enfermeros, en relación a la confianza competencial, el respeto individual y colectivo en la relación de poder con el equipo médico.
- g) Se ha de tener en cuenta que para el equipo de UCI general, que ya trabajaba con autonomía y respeto profesional, fue una pérdida la rotación llevada a cabo. Para el equipo supuso un esfuerzo y desgaste personal, el caminar hacia la conversión de un equipo grande, importante y potente de enfermeras de críticos con identidad profesional, cohesionado y con sentimiento de pertenencia y de compromiso a la totalidad del equipo. La vivencia como valor profesional que yo pensaba que tendría un gran peso y fuerza para poder ser el motor del cambio, requería de un proceso de recuperación más lento para asimilar la reflexión comprensiva individual, antes de llegar a la colectiva (Anexo 1).
- h) El equipo siguió avanzando en la confianza en sí mismas y viendo la coherencia entre las ideas y la realidad cotidiana, progresando en la identidad profesional. Tenían las mismas oportunidades, y se ayudaban a través de las enfermeras expertas.

Desde la observación participante y la reflexividad, dejé transcurrir un tiempo para la recuperación de las enfermeras y la mía propia, en la reconstrucción de las relaciones y en la reformulación del propio modelo reflexivo, antes de realizar las entrevistas en profundidad.

Este tiempo de espera me permitió tener una mayor comprensión del contexto y del fenómeno en estudio, para no generar reactividad, poder mantener la representatividad de los participantes y ser fiel a la realidad cultural, con relación a los valores éticos, humanos y tecnológicos de las enfermeras con los cuidados que

dan a los pacientes críticos. En definitiva, tener la visión auténtica de la esencia del cuidado de las enfermeras de la UCI (Kawulich, 2005).

La espera también permitió que emergieran en las palabras de las enfermeras el pensamiento, visión y mirada más reflexiva con relación al cuidado del paciente crítico y de sus familias en la UCI. Con ello se minimizó la contaminación que, unos meses antes (en pleno proceso de cambio) se podía dar en los resultados de las entrevistas, debido a la resistencia al cambio, ya que esta resistencia se vivió con gran intensidad y negatividad durante varios meses. Con todo, en ese momento se mitigó en algunas enfermeras y desapareció en otras; las enfermeras ya podían reflejar su carácter y actitud reflexiva natural en su labor diaria.

Durante este periodo de tiempo, tuvo lugar una crisis económica importante, con decisiones directivas de ahorro, que provocaron el cierre de 4 boxes en dos fases, pasando de 34 iniciales a los 30 actuales, distribuidos en las 3 UCI, con 10 boxes en cada unidad. Se llevó a cabo una revisión profunda y optimización de la gestión de los recursos humanos, manteniendo la ratio 1:2 para las enfermeras y 1:5 para las auxiliares.

6.1.2. Técnicas de obtención de información

La recogida de información de los participantes se inició en enero de 2011. Entre octubre de 2012 y abril de 2013 se recogió la información de las enfermeras entrevistadas en profundidad. La recogida de información se realizó entre enero de 2011 y octubre de 2012, al igual que la recogida del grupo focal de enfermeras.

Este proceso se articuló dentro de un proyecto financiado sobre la «Percepción de los pacientes críticos en relación a la satisfacción de los cuidados enfermeros», financiado con una beca del Colegio de Enfermeras de Barcelona (PR3663/10), así como una beca de la Muy Ilustre Administración de la Fundación Privada del HSCSP (MIA), destinada a que durante un año una enfermera de la UCI pudiera investigar y aumentar el conocimiento enfermero y posteriormente obtuvo un FIS (PI11/00447) al proyecto «Calidad percibida de los pacientes críticos: un abordaje mixto».

6.1.2.1. Entrevistas en profundidad de los pacientes ingresados en UCI

Con las entrevistas se buscaba explorar y comprender la satisfacción de los pacientes ingresados en la UCI polivalente del HSCSP de nivel III en relación con los cuidados enfermeros (Romero *et al.*, 2013). Más concretamente se planteó: **a)** explorar las percepciones de los pacientes sobre los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en la UCI, **b)** identificar las dimensiones del concepto de satisfacción en base a su experiencia vivida y **c)** conocer las expectativas de los pacientes sobre los cuidados enfermeros durante su estancia en UCI.

A pesar de encontrarnos inmersos en el nuevo modelo organizativo, las entrevistas se desarrollaron durante el curso 2011-2012. Los participantes del estudio fueron los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: **a)** ser pacientes mayores de 18 años; **b)** haber estado ingresado como mínimo 48 horas en la UCI; **c)** ser capaces de testimoniar su experiencia valorado a través del instrumento CAM-ICU (*The Confusion Assessment Method for the ICU*); **d)** tener un Glasgow Coma Score de 15; **e)** haber estado más de 48 horas de estancia en la UCI orientado en tiempo, lugar y persona con CAM-ICU negativo; **f)** haber dado el consentimiento informado; y **g)** que pudiera expresarse, leer y escribir en uno de los dos idiomas oficiales (catalán o castellano). El muestreo fue teórico de tipo variación máxima (acumulativo y secuencial), hasta alcanzar la saturación teórica de los datos (Kuper *et al.*, 2008). En un principio se identificaron 9 perfiles en base a los criterios estructurales de edad, tiempo de estancia en UCI e información previa al ingreso en UCI, pero a medida que se recogían los datos, se constató que el criterio sobre la información previa al ingreso en UCI no influía en la percepción del paciente sobre su estancia en UCI y se redujeron los perfiles de 9 a 7.

Para detectar a los posibles participantes, desde el ingreso del paciente en UCI hasta su alta se les pasó el CAM-ICU una vez al día y se valoró el Glasgow Coma Score y el nivel de orientación. La valoración de los dos últimos y su registro en la gráfica del paciente lo llevó a cabo la enfermera responsable del mismo en cada turno de trabajo. A los pacientes que no presentaron alteraciones cognitivas, delirio y estuvieron conscientes y orientados durante 48 horas, se les pidió el consentimiento de manera verbal. Una vez dados de alta de la UCI y durante la primera semana, según las recomendaciones de diferentes autores (Johansson *et al.*, 2002; Morse y Field, 1995) se les solicitó el consentimiento escrito y se les informó del objetivo del estudio y de los aspectos metodológicos, la utilización de una grabadora audio, la duración de aproximadamente de una hora así como la garantía del anonimato, la

confidencialidad de los datos y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. Posteriormente, se acordó el día, la hora y el lugar para la realización de la entrevista.

La entrevista en profundidad se realizó por dos personas que jugaron el rol de entrevistador y observador (ninguna de ellas había atendido directamente a los pacientes entrevistados). Tuvo lugar en un ambiente tranquilo y confortable (Strauss y Corbin, 2002; Fontana y Frey, 1998; Denzin y Lincoln, 2005; Vallés, 2009). En el momento de la entrevista se valoró el CAM-ICU, Glasgow, orientación, estabilidad hemodinámica, respiratoria y la ausencia de dolor incapacitante medido por escala de dolor EVA. En caso de que alguna de las anteriores valoraciones estuvo alterada se acordó con el paciente otro día para la entrevista. Como instrumentos de apoyo para la recogida de datos mediante la entrevista se utilizó el diario de campo de los investigadores y las fuentes documentales se utilizaron para recabar información sobre temas de interés surgidos y no previstos inicialmente.

La entrevista se realizó siguiendo las recomendaciones de Vallés (2009) tanto a nivel del procedimiento a seguir como de los aspectos a tener en cuenta en la relación entrevistador-participante. Se elaboró un guión específico a partir de los objetivos específicos del estudio. El guión, que fue modificado después de las dos primeras entrevistas y adaptado en cada entrevista concreta teniendo en cuenta el nivel sociocultural del paciente entrevistado. Se inició la entrevista con unas preguntas generales, abiertas y no dirigidas con el fin de facilitar la expresión de su experiencia en UCI en relación a los cuidados enfermeros recibidos (Anexo 8). Las preguntas iniciales fueron: «¿Me podría explicar con sus propias palabras qué significa para usted estar satisfecho con los cuidados enfermeros que ha recibido mientras estaba ingresado en la UCI?; Póngame un ejemplo de un cuidado enfermero recibido en la UCI del que esté satisfecho y otro del que no lo esté; ¿Cómo cree que debería ser un cuidado enfermero para que usted pueda decir que está satisfecho con él?». Durante la entrevista se introdujeron otras preguntas relacionadas con el discurso de los participantes. Algunas de ellas fueron: “¿Qué factores o elementos han influido para que se sienta satisfecho o no con los cuidados enfermeros que ha recibido en la UCI?; ¿Cómo esperaba que hubieran sido los cuidados enfermeros que recibió en la UCI?; ¿Que cambiaría de los cuidados enfermeros que recibió en la UCI?; ¿Cómo se ha sentido mientras las enfermeras lo cuidaban en la UCI?».

Las entrevistas se realizaron en un ambiente tranquilo y confortable (Johansson *et al.*, 2002; Morse y Field, 1995; Fontana y Frey, 1998; Denzin y Lincoln, 1998) fuera

de la UCI, en una sala de la unidad de hospitalización, en donde se encontraba el paciente. Se utilizó grabadora digital para proporcionar y certificar la fiabilidad de la transcripción de los datos.

6.1.2.2. Grupo focal con enfermeras de la UCI

El siguiente paso del estudio consistió en la realización del grupo focal de las enfermeras en mayo del 2011, con el objetivo general de explorar las convergencias y divergencias entre sus percepciones y las de los pacientes entrevistados.

Para reclutar a las enfermeras se realizaron reuniones en todos los turnos de trabajo explicando el objetivo del estudio. Posteriormente se dejó en cada unidad una hoja informativa del estudio y una parrilla donde las enfermeras interesadas apuntaron su edad, años de experiencia en UCI y turno de trabajo.

De la población de 90 enfermeras que conformaban la plantilla fija de la UCI, se realizó un muestreo teórico en base a las siguientes características: a) enfermeras expertas en el cuidado del paciente crítico con un mínimo de 10 años de experiencia en UCI, y b) dar el consentimiento informado. Participando, finalmente 7 enfermeras. Tras la selección de las candidatas se les solicitó el consentimiento escrito acordándose el día, la hora y el lugar para la realización de la entrevista del grupo focal.

La moderación del grupo fue realizada por una enfermera con experiencia en el desarrollo de esta técnica de obtención de datos; formaba parte del equipo investigador, pero no del equipo asistencial de la UCI, y en esta tarea la acompañó un observador que tampoco formaba parte del equipo de enfermeras de la UCI. No conduje personalmente al grupo porque las enfermeras se hallaban inmersas en el proceso reflexivo relacionado con el cambio de modelo de la UCI, que se prolongó hasta septiembre del 2012.

El guión utilizado (Anexo 9), constaba de unas preguntas generales, abiertas y no dirigidas con la finalidad de favorecer la expresión de su perspectiva en relación a los cuidados enfermeros satisfactorios que proporcionaban a los pacientes críticos durante su estancia. Las preguntas iniciales fueron: «¿Qué quiere decir estar satisfecho con los cuidados que dan las enfermeras?»; «Explicad ejemplos de un cuidado enfermero satisfactorio para el paciente dado por las enfermeras en la UCI y otro que no lo sea»; «¿Cómo creéis que debería ser un cuidado enfermero para que vosotras pudierais decir que el paciente está satisfecho con él?». Asimismo, durante

la realización del grupo focal se introdujeron otras preguntas relacionadas con el discurso de las enfermeras, como las siguientes: «¿Qué vivencia tienes en relación con los cuidados que das?»; «¿Cómo tendrían que ser los cuidados ideales para que tú te sintieras satisfecha y, si puedes incluir al paciente, qué elementos crees que serían los más importantes?»; «¿Crees que el paciente percibe los cuidados que recibe?»; «¿Qué características tienen que tener las enfermeras de intensivos?»; «¿Qué consideráis que podéis transmitir?»

El grupo focal se realizó en un ambiente tranquilo y confortable (Johansson *et al.*, 2002; Morse y Field, 1995; Fontana y Frey, 1998; Denzin y Lincoln, 1998) fuera de la UCI. Se utilizó grabadora digital para proporcionar y certificar la fiabilidad de la transcripción de los datos.

6.1.2.3. Entrevista en profundidad a las enfermeras de la UCI

Transcurrido el periodo de tiempo de recuperación del equipo de enfermeras debido al nuevo modelo organizativo de la UCI, decidí realizar las entrevistas en profundidad entre finales de octubre del 2012 y el mes de abril de 2013. Llegado ese momento, las enfermeras ya habían comenzado a trabajar conjuntamente como un equipo con identidad profesional, cohesionado y comprometido con la profesión. Las modificaciones en la entrevista forman parte del proceso de reflexividad y constituyen un material esencial para la consecución de los objetivos planteados en la tesis.

Ciertamente, los datos que emergieron de las entrevistas a los pacientes y del grupo focal no permitían visualizar en toda su complejidad la comprensión de la pregunta de la investigación ni los objetivos que me planteé sobre la manera de trabajar de las enfermeras. Partí en el inicio del diseño del guión de la entrevista (Anexo 7) de las reflexiones basadas en mi experiencia y describí aquellos aspectos relevantes que yo había observado y que sigo pensando que ya existían y que no son visibles, por lo que requería un análisis profundo de los informantes (Morse, 2005), para comprender y describir las situaciones y comportamientos que configuran las competencias, el saber (conceptuales o pensamiento crítico), «saber hacer» (técnicas, habilidades, destrezas) y «saber ser y estar» (interpersonales, los valores y las actitudes) en la manera de cuidar de las enfermeras de intensivos (Jover, 2009; Rué y Martínez, 2005).

Se inició la entrevista con unas preguntas generales, abiertas y no dirigidas, con el fin de facilitar la expresión de la experiencia de las enfermeras en UCI en relación

con los cuidados enfermeros que proporcionan a los pacientes críticos, para conocer su opinión, pensamientos, vivencias, actitudes, y la perspectiva que tienen respecto del cuidar, sus experiencias, su vida, sus decisiones.

La pregunta inicial fue: ¿Qué entiendes por cuidar al paciente crítico?

A partir de esta pregunta se articuló el discurso de la enfermera, a través del cual fui indagando sobre aspectos de interés desde la perspectiva de las enfermeras. En la entrevista, las enfermeras expresaron sus creencias, valores, opiniones, concepciones, sentimientos y vivencias con toda naturalidad, y las relacionaron con su periodo inicial y actual en la UCI. La conversación se desarrolló de manera respetuosa y empática, manteniendo en todo momento una actitud reflexiva que trataba de favorecer la expresión del interior del mundo de cada uno de los participantes.

El hilo conductor de la entrevista lo configuró una guía de preguntas semiestructuradas; en cuestiones como las siguientes: ¿qué significa para ti cuidados enfermeros?, ¿qué haces tú cuando cuidas?, ¿qué piensas que suponen para el enfermo crítico los cuidados que le proporcionas? Asimismo, algunas preguntas invitaban a la participante a situarse en el box en un día de trabajo: ¿qué haces?, ¿cómo lo haces?, ¿cómo crees que perciben los pacientes los cuidados?, ¿qué crees que piensan de ti?, ¿qué crees que necesitan de ti?, ¿qué crees que captan de ti?, ¿crees que tu manera de trabajar tiene importancia para el paciente?, ¿crees que captan los cuidados profesionales?, ¿crees que se sienten seguros con los cuidados que das?, ¿crees que relacionan los cuidados con su recuperación/curación?, ¿cambiarías algo?, ¿cómo crees que debería ser un cuidado dado por la enfermera? Se pedía también que pusieran un ejemplo de un cuidado dado del que estuvieran satisfechas y otro del que no lo estuvieran. Finalmente, se invitaba a la reflexión sobre la transmisión de conocimiento a las alumnas de posgrado, con preguntas como: ¿qué le explicas que es una enfermera de uci?, ¿qué crees que le transmites?, ¿qué crees que le tienes que transmitir?

No tomé parte ni a favor ni en contra de lo planteado por cada uno de los participantes; mantuve una actitud abierta y atenta a cada respuesta para profundizar, enriquecer o aumentar la posibilidad de comprensión de sus palabras (Eisner, 1998; Vallés, 2009; Blasco y Otero, 2008).

Las transcripciones se devolvieron a las personas entrevistadas, para verificar que se correspondían a lo expresado verbal y no verbalmente. Asimismo, se garantizó el anonimato y la eliminación de las transcripciones y grabaciones una vez finalizada la investigación.

Realicé las entrevistas en el periodo de tiempo comprendido entre finales del mes de octubre del 2012 y el mes de marzo del 2013, en el momento que el equipo vivió con más naturalidad el cambio hacia un equipo con identidad profesional, cohesionado y comprometido con la profesión.

La muestra de enfermeras fué teórica e intencionada de variación máxima, heterogénea y no espontánea, hasta alcanzar la saturación teórica de los datos (Kuper et al., 2008). Como se ha explicado en el capítulo 5, dicha saturación tuvo lugar cuando realizar más entrevistas no me aportó ninguna información adicional a la recogida de datos (Blasco y Otero, 2008).

De la población de 90 enfermeras de la UCI HSCiSP de Nivel III, entrevisté a enfermeras de las tres unidades y de los tres turnos de trabajo (M, T, N), con distintos años de experiencia en las tres unidades de intensivos, edad y género. Todas ellas trabajaron en el periodo de ingreso de los pacientes entrevistados y dieron su consentimiento oral y escrito de voluntad de participación.

Me planteé realizar tres entrevistas de una hora, a cada uno de los 7 perfiles identificados: turno de mañana (TM), turno de tarde (TT), turno de noche (TN), y turno partido (TP) de contrato fijo de fines de semana alternos, contratos fijos de día que trabajan tanto de mañana como de tarde todos los fines de semana y contratos suplentes con variabilidad de días de trabajo y con todos los fines de semana trabajados, hombres y mujeres. Se ha de tener en cuenta que las enfermeras que son suplentes, es personal formado que mantienen una continuidad laboral, con distintos contratos laborales por distintos conceptos contractuales; como puede ser: por baja de riesgo cubriendo la posterior baja materna, cobertura de reducción laboral por conciliación familiar, baja por enfermedad, por vacaciones, relevo por prejubilación durante un periodo de cuatro años y por movimientos internos que generan posteriores convocatorias.

Llegué a la saturación teórica de los datos tras 14 entrevistas: el resultado fue una muestra de entre tres y dos enfermeras por perfil, en los distintos turnos o tipos de contrato y experiencia; debido al bajo número de hombres en la unidad, realicé una

entrevista, al no encontrar diferencias relacionadas con el género en el análisis del contenido realizado .

6.2. Criterios de rigor y credibilidad

Los procedimientos y estrategias utilizados en la investigación para alcanzar los niveles de rigor, credibilidad y validez en el conocimiento producido a partir de la recogida, análisis e interpretación de los datos (Medina, 2005a) y las etapas fueron dinámicas, flexibles, interactivas, se solapaban, estaban en sincronía, y formaban parte activa de un todo (Noreña, Alcaraz, Rojas y Rebolledo, 2012).

Seguí los criterios de fiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln (2000), y la reflexión ética de Gastaldo y McKeever (2002), mediante la reflexividad continúa a lo largo de la investigación y la autorreflexión, permitiendo la honestidad y transparencia, calidad, validez, creatividad, crecimiento personal y la autoactualización.

6.2.1. Credibilidad

Los datos recogidos de las distintas fuentes se corresponden a los significados de las relaciones establecidas entre enfermeras y pacientes en nuestro contexto y se contrastaron mis intuiciones, conjeturas e interpretaciones (Guba y Lincoln, 2000).

Las estrategias utilizadas fueron: conocimiento profundo y permanencia natural del campo de estudio, observación participante, triangulación de métodos, sujetos y de investigadores, corroboración estructural y adecuación de las fuentes documentales (Medina, 2005a):

a) **Permanencia natural y continua en el campo:** se llevó a cabo de manera natural, debido a mi condición de profesional implicado con la UCI desde sus orígenes, tanto a nivel asistencial, docente, formativo y de investigación. Tengo un amplio conocimiento de todos los aspectos del contexto. No he tenido dificultad a la hora de formar parte del universo del grupo profesional. Igualmente, todo y ser la responsable del área, las profesionales me ven implicada en el desarrollo profesional, tanto a nivel asistencial, docente como de investigación.

El análisis lo llevé a cabo desde una mirada multidimensional y multidisciplinar, que me ha permitido ampliarla con la realidad actual. La reflexión propició mi objetividad, el análisis profundo de los resultados con una predisposición al análisis *emic* del cuidado en su compleja dimensión científico-técnico-humana, en los ámbitos de la atención a los pacientes y sus familias, así como en el

desarrollo profesional de las enfermeras y en la transmisión del conocimiento al propio colectivo profesional.

- b) **Observación participante:** Observé y registré en el diario de campo el seguimiento de la atención asistencial y docente, la repercusión de las decisiones organizativas, así como la estrecha implicación en relación con el nuevo modelo organizativo y con el avance profesional a nivel del desarrollo de las enfermeras referentes, enfermeras expertas, calidad asistencial, formación interna, externa y al extranjero, así como la divulgación del conocimiento.
- c) **Juicio de expertos:** En este sentido tengo que mencionar a mis tutores, que además de ser el Dr. Medina experto en la práctica reflexiva, son enfermeros e intensivistas. He contado con sus conocimientos sobre el ámbito en estudio y con la riqueza reflexiva de las enfermeras del servicio y de enfermeras docentes de la Universidad de Barcelona, miembros del equipo investigador, que habían formado parte del propio grupo profesional de la UCI.
- d) **Triangulación:** El rigor y la credibilidad en la triangulación de los sujetos se ha llevado a cabo mediante los diferentes perfiles de los participantes y la comparación de los datos; de métodos mediante: entrevistas en profundidad y focal, la observación participante, el diario de campo y las fuentes documentales, así como el envío de la transcripción a los entrevistados para que validaran el contenido, pidiéndoles ampliar las aportaciones si lo creían necesario; de investigadores ha tenido lugar con el análisis de los investigadores en la primera fase y directores de la tesis.

6.2.2. Transferibilidad

La descripción relacionado con el contexto todo y no ser transferible a otros contextos, puede ayudar a cambiar el discurso generalizado de la perspectiva deshumanizada de las UCI. Los resultados obtenidos, al igual que otras UCI pueden aportar otra visión, que se corresponde más con la realidad reflexiva y humana existente. Por ello se ha presentado con detalle el proceso y los resultados y para dar la posibilidad de transferir algunos aspectos de la investigación a otros contextos (Medina, 2005a; Castillo, 2013).

6.2.3. Dependencia

Se han seguido los criterios de Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2010), explicitando con claridad el diseño utilizado, la posición y rol del investigador, los criterios de selección, la muestra elegida, las estrategias de recolección de datos, el

trabajo de campo y el rol del investigador, el método de análisis de datos, las fuentes utilizadas.

6.2.4. Confirmabilidad

Para conseguir la objetividad compartida y reconstruida, con el proceso, he llevado a cabo el compromiso reflexivo; igualmente, han contribuido a la confirmabilidad la expertez de mi tutor en relación con el tema y el contexto de la enfermera de la UCI y la triangulación de sujetos.

6.3. Aspectos éticos

Se han aplicado criterios de reflexión ética de Gastaldo y McKeever (2002) y de calidad de Calderón (2002), que implican la reflexividad, en tanto que conciencia autocrítica de la investigadora de manera continua durante todo el proceso, dirigido hacia la honestidad, transparencia, calidad y, validez de los resultados, y estímulo de creatividad y el crecimiento. Para la autenticidad, se ha establecido una relación de empatía ya desde el inicio del proceso con todos los participantes, generando confianza y acuerdos para que se sintieran seguros. Se ha pedido el consentimiento a los participantes, se les ha implicado en el estudio, se les han explicado los propósitos y el procedimiento de la investigación, así como cuáles son las expectativas de su colaboración. Se ha mantenido el anonimato y la confiabilidad de los datos mientras se recogen y durante la transcripción, devolviendo los resultados a los participantes. Se han codificado las entrevistas de tal forma que no conste ningún nombre, previa autorización firmada de la grabación de la voz de los informantes.

Respecto a la ética del proceso de participación, las relaciones sociales se estudian desde su cotidianidad. De forma voluntaria, los participantes acceden a participar, previa información del tipo de estudio y de sus objetivos, antes de firmar el consentimiento informado. Así, pues, tienen un cierto grado de control sobre el estudio porque pueden denegar y abandonar en todo momento su participación.

Para minimizar el posible impacto por ser parte del grupo y, responsable del área, he seguido el criterio de transparencia, posicionalidad y reflexividad constante a través de todo el proceso de la investigación.

Esta tesis obtuvo la autorización de la directora de enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y del comité de ética de investigación clínica (CEIC) de la institución (Anexo 11), siguiendo las recomendaciones de Eisner (1998).

Capítulo 7. Análisis de los datos

Como indican Vidich y Lyman (2000) en Margalef (2004), los etnógrafos postmodernos entran en un mundo en el que ellos mismos participan como ciudadanos a la vez que como observadores participantes en el análisis de los datos. El análisis de los datos ha contemplado una reflexión continua, paralela a la recogida de datos que ha guiado la reflexión de esta investigación de etnografía durante todo el proceso (Medina 2005a).

El análisis de los datos se ha realizado de manera simultánea con la recogida de datos y junto con la reflexión continua ha ido guiando el estudio. A medida que íbamos disponiendo de las primeras informaciones, su análisis nos obligaba a centrarnos en ciertos aspectos en la siguiente recogida de información, y así sucesivamente. Se trata, así pues, de un proceso infragmentable de espiral cíclica.

Conceptualmente, en este proceso se pueden distinguir tres fases en el análisis: la segmentación y codificación de las unidades de significado, la identificación de los dominios principales emergentes, y la integración e interpretación del núcleo central y los vectores cualitativos que atraviesan el conjunto de conocimiento tratado.

Como señala Medina (2005a), estas tres fases no son tres momentos diferenciados del proceso analítico, sino, más bien, el proceso que permite hacer un solo proceso infragmentable, recurrente, inductivo-deductivo y circular sobre el interior de los datos, aportados por los participantes. A través de la descomposición inicial en unidades de significado, desde una perspectiva *emic*, se ha alcanzado una dimensión interpretativa, que corresponde a los marcos teórico-conceptuales del propio investigador (perspectiva *etic*). Esta orienta la indagación que ha permitido llegar a la interpretación atravesando todo el proceso analítico, constituyendo una doble hermenéutica (Giddens, 1979, en Medina, 2005a) con la finalidad de reducir la distancia cognitiva entre ambas concepciones y con el objetivo de que la investigación permita comprender la realidad.

Las enfermeras entrevistadas nos han permitido acceder al conocimiento interior o *emic* de los propios profesionales y descubrir sus perspectivas interpretativas (Margalef 2007), así como construir descripciones de fenómenos globales en sus diversos contextos y determinar, a partir de ellas, «las complejas conexiones de causas y consecuencias que han afectado al comportamiento y las creencias en relación con dichos fenómenos» (Goetz y Le Compte, 1988: 28-29). De acuerdo con

la propuesta de Tedlock (2000), el análisis de datos desde la metodología etnográfica aplicada para las entrevistas en profundidad a las enfermeras también ha contribuido a comprender la creencia de las personas, la conducta de las prácticas habituales — tanto las manifiestas como las ocultas—, así como los modos de socialización de las enfermeras en la práctica asistencial, en su liderazgo y su desarrollo profesional.

Por último, la reflexividad continua, parte del conocimiento *etic* del investigador, me ha llevado a permanecer en constante conversación interna en torno a la experiencia del proceso de investigación, al mismo tiempo que han ido emergiendo los datos. A la vez he intentado tener la mente abierta, desde el proceso individual de deconstrucción, para acceder a otras lógicas y formas que me han permitido una «mirada» que va más allá de los límites y las estructuras, para tener en cuenta nuevas aproximaciones a la realidad profesional y a mantener un pensamiento crítico (Derrida, 1989) acerca de todas las voces emergentes.

En el apartado siguiente se describen las características de los participantes. A continuación, se detalla el proceso del análisis de los datos.

7.1. Participantes

Al inicio del proyecto, se había establecido que los informantes de la tesis serían enfermeras expertas entrevistadas en profundidad. Más adelante, a raíz del proceso continuo reflexivo llevado a cabo durante la elaboración de la tesis, se consideraron también los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los pacientes y enfermeras en el grupo focal (Romero *et al.*, 2013; Jover *et al.*, 2015). Así, estos tres grupos configuran el conjunto de informantes de la tesis, como se ha descrito en el Capítulo 6. Entendemos que los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los pacientes, con relación a la satisfacción sobre los cuidados que han recibido de las enfermeras, tienen que formar parte del análisis sobre la práctica reflexiva de las enfermeras de la UCI y el liderazgo de los cuidados. Por ello describo las características de los informantes: pacientes, grupo focal y enfermeras.

7.1.1. Pacientes de UCI: Entrevistas en profundidad

Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos, para garantizar que no presentaron alteraciones cognitivas, ni delirio y estuvieron orientados durante 48 horas en la UCI, implicó la valoración diaria del CAM-ICU, Glasqow Score y nivel de orientación. Se les pidió verbalmente el consentimiento para participar en el

estudio. Una vez dados de alta de la UCI se confirmó su consentimiento tras la explicación del estudio acordándose el día, hora y lugar de la entrevista. Los participantes, hasta llegar a la saturación de los datos, finalmente fueron 19. De los cuales 6 pacientes eran mujeres y 13 hombres, con una media edad \pm desviación estándar de 51,42. años (mín. 24- máx. 77). El 47,4% tenían estudios universitarios y el 57,9% estaban casados. En cuanto a aspectos clínicos, la estancia media en UCI fue de 13,58 días \pm 15,91 (mín. 3-máx. 65); la media de horas de ventilación mecánica fue de 140,68 horas \pm 258,79 (mín. 0-máx. 960); el 15,8% de los pacientes estaban con medidas de aislamiento en UCI; y el 78,9% no había tenido ingresos previos en UCI (Tabla 2).

Tabla 2. Datos sociodemográficos y aspectos clínicos de los pacientes entrevistados.

Datos Sociodemográficos del paciente	Género	6 mujeres y 13 hombres	
	Edad	Media 51,42 \pm 14,63 años	mín. 24 - máx. 77 años
	Estudios	El 47,4% tenía estudios universitarios	
	Estado civil	57,9% de ellos estaban casados	
Aspectos clínicos	Estancia en la UCI	Media 13,58 \pm 15,91 días	mín. 3 - máx. 65 días
	Ventilación mecánica	Media 140,68 \pm 258,79 h.	mín. 0 - máx. 960 horas
	Medidas aislamiento	Aplicadas al 15,8 % de los pacientes	
	Ingresos previos	El 78,9 % no habían tenido ingresos previos	

7.1.2. Enfermeras de la UCI: Grupo focal

De las 7 enfermeras participantes 6 fueron mujeres. La edad media fue de 44.14 años [mín 36- máx 52] y una media de 19.57 años de experiencia [mín 11- máx 31]. En cuanto a los turnos de trabajo, 2 de las enfermeras trabajaban de mañana, 3 de tarde y 2 correspondieron al turno de noche. El 100% de las enfermeras habían cursado posgrado/máster en Enfermería Intensiva (Tabla 3).

Tabla 3. Datos de las enfermeras entrevistadas en el grupo focal.

Datos personales	Género	6 mujeres y 1 hombre	
	Edad	Media 44,14 \pm 14,63 años	mín. 36 - máx. 52 años
	Estudios	Todos con postgrado / master en Enfermería Intensiva	
Aspectos laborales	Permanencia media UCI	Media 19,57 años	mín. 11 - máx. 31 años
	Turnos de trabajo	2 de mañana, 3 de tarde, 2 de noche,	

7.1.3. Enfermeras de la UCI: Entrevistas en profundidad

Llegué a la saturación teórica de los datos tras 14 entrevistas: el resultado fue una muestra de entre tres y dos enfermeras por perfil, en los distintos turnos o tipos de contrato y experiencia. Debido al bajo número de hombres en la unidad, realicé una entrevista a un varón; no realicé más entrevistas a enfermeros varones por no encontrar ningún tipo de diferencias relacionadas con el género en el análisis del contenido realizado.

En cuanto a sus características sociodemográficas, las 14 enfermeras están formadas con el posgrado/máster en Enfermería Intensiva. Todas ellas trabajan en intensivos; son 13 mujeres y 1 hombre, con una edad media de 41,5 años (mínimo 30 y máximo 54). 12 vivían en pareja y/o casadas y 8 tienen hijos. Su experiencia media en UCI es de 16,21 años (mínimo 3, máximo 34). Y la condición contractual es fija con fines de semana alternos de M(3), T(3) y N(2), TP(2), fija de contrato denominado “canguro” (2), que quiere decir que trabajan todos los fines de semana de mañana o de tarde y suplentes que trabajan de mañana y/o de tarde, cuyos datos se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Datos personales y laborales de las enfermeras entrevistadas.

Enfermera entrevistada	Género	Edad	Estado civil	Hijos	Tipo de contrato	Turno	Año diploma Enferm.	Año curso Enferm. Intensiva	Años en la UCI
E01	mujer	36	v.e.p.	1	fija	TT	1998	1999	14
E02	mujer	44	v.e.p.	2	fija	TN	1991	1992	25
E03	mujer	48	soltera	-	fija	TP	1989	1990	23
E04	mujer	52	v.e.p.	2	fija	TM	1980	1981	32
E05	mujer	47	v.e.p.	1	fija	TM	1987	1990	23
E06	mujer	44	soltera	-	fija	TT	1992	1995	18
E07	mujer	44	casada	2	fija	TM	1991	1992	21
E08	mujer	45	casada	2	fija	TP	1988	1990	23
E09	mujer	46	casada	2	fija	TN	1989	1990	23
E10	mujer	30	v.e.p.	-	canguro	día	2004	2006	7
E11	mujer	54	v.e.p.	1	fija	TT	1979	1981	34
E12	hombre	36	v.e.p.	-	suplente	día	2001	2008	5
E13	mujer	28	v.e.p.	-	suplente	día	2007	2010	3
E14	mujer	30	v.e.p.	-	canguro	día	2004	2006	7

Abreviaturas: **v.e.p.** = vive en pareja, **TM**=turno mañana, **TT**=turno tarde, **TN**=turno noche, **TP**=turno partido

7.2. Proceso de análisis

He analizado los textos de las entrevistas y las notas de observación a través de la codificación en unidades de significado. La transcripción del verbatim se ha realizado de acuerdo a Morse and Field (1995) incluyendo mis observaciones. El análisis del contenido han emergido de los discursos producido por las enfermeras. Las áreas iniciales exploratorias para la primera fase de análisis han sido las siguientes:

- a) habilidades cognitivas en relación con la integración de los conceptos teóricos en la práctica, entendimiento de la práctica, pensamiento crítico, análisis del aprendizaje reflexivo, análisis de la práctica reflexiva;
- b) habilidades afectivas, en relación con la autoconfianza, habilidades de observación y escucha;
- c) habilidades relacionales en relación a la interrelación, el tacto terapéutico y tono, la sensibilidad en la escucha;
- d) actitud proactiva hacia la práctica profesional, expresada a través de los sentimientos implícitos, las percepciones y necesidades que generan en el ejercicio profesional y su repercusión en los enfermos;
- e) identificación del rol;
- f) elementos que inciden en la seguridad, confianza, bienestar, libertad, en relación con las aportaciones de los profesionales que creen que son de ayuda y generan seguridad a los enfermos;
- g) captación de los elementos que inciden en la inseguridad del paciente, en relación con el entorno, la situación que viven, los cuidados que provocan angustia, miedo, soledad, insatisfacción;
- h) autonomía en los cuidados al paciente crítico, en relación con su responsabilidad ética y moral, percepción de la fuerza, de empoderamiento, en el liderazgo de los cuidados y la reflexión acerca de cómo utilizan su poder; y
- i) transmisión del conocimiento de la enfermera referente del alumno de postgrado de enfermería intensiva, expresada a través de su experiencia en la interrelación que tiene con los alumnos y que considera que es importante que transmita o que transfiera a las futuras enfermeras intensivistas sobre el cuidado al paciente crítico.

7.2.1. Niveles de análisis

El proceso para llegar a los 3 niveles de análisis ha constado de diversas fases, a saber: a) descubrimiento: realización de la lectura panorámica, que me ha permitido intuir las unidades del discurso; b) de análisis: codificación y categorización; c) verificación/interpretación de los datos; y d) identificación de las relaciones existentes entre las categorías y el contexto, siguiendo con el carácter reflexivo continuo y la perspectiva sobre la realidad que el informante tiene. Con este fin, en primer lugar he realizado una inmersión profunda de cada entrevista realizada a las enfermeras (*emic*). Para el análisis de las transcripciones, he realizado un esquema manual de la primera lectura que me ha permitido tener una visión global y entrelazada de los discursos de las enfermeras (Anexo 12: manuscrito del esquema analítico de la voz de las enfermeras) Para la segunda lectura he utilizado el soporte informático Nvivo10 (Cisneros, 2002). A continuación describo con detalle los tres niveles de análisis del trabajo.

7.2.1.1. Nivel 1

En el primer nivel de análisis se encuentra la voz de los participantes, (especifico en detalle a las enfermeras), segmentada en unidades de significado, identificadas y agrupadas en categorías descriptivas de primer orden (*emic*) siguiendo a Morse (2005).

Surgen 507 unidades de significado. Cada uno de estos fragmentos ha sido codificado respetando su narración genuina, y se ha cuantificado la frecuencia con la que fueron citadas (1640 en total), por ser considerado un dato muy relevante en este primer estadio (Anexo 13). De esta forma, hemos confeccionado estos datos de primer orden observando las indicaciones de van Manen (1983).

Avanzando en este primer nivel de análisis, y sin dejar de observar la perspectiva *emic*, hemos agrupado las unidades de significado en categorías descriptivas, que representen la compleja estructura de conocimientos, aptitudes y actitudes, los comportamientos, las creencias, motivaciones e intereses que tienen los profesionales en el rol de cuidar a enfermos en estado crítico y sobre el modo en que transmiten los valores a los alumnos y a sus propios compañeros. Estos datos nos ayudan a comprender cómo y cuándo se sienten seguras, cómodas, satisfechas en el desempeño de su rol profesional.

De estos segmentos identificados y posteriormente agrupados por afinidad temática han surgido las 35 categorías que se describen en la Tabla 5, detallando las unidades de significado y su frecuencia.

Tabla 5. Definición de categorías: Unidades de significado y frecuencia.

DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORIAS (C)		Unidades significado	Frecuencia
C1	Concepto de cuidado integral del paciente crítico. Descripción de la atención enfermera al paciente desde el cuidado humano-tecnológico (proceso que implica formación y experiencia dentro de un contexto complejo y cultura concreta).	16	136
C2	Contenido del conocimiento profesional a través de la formación especializada , para poder atender en toda su integridad al paciente crítico. Descripción de una formación reflexiva y analítica que permite la comprensión de la enfermedad, el tratamiento específico aplicado y la persona.	8	15
C3	Concepto de enfermera novel . Descripción de las características que condicionan la necesidad del dominio tecnológico, en el cuidado al paciente crítico.	3	20
C4	Distinción entre enfermera novel y experta . Descripción de las distintas fases (período de tiempo) que transcurren para adquirir la seguridad tecnológica, que permite poder ver a la persona enferma antes o a la vez que las máquinas y cuidar de manera integrada.	17	17
C5	Concepto de enfermera experta . Descripción de los elementos clave que permiten tener el juicio clínico, y la sensibilidad en el cuidar, como proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente delante de la situación crítica en toda su complejidad.	7	53
C6	Concepto de formación continuada desde la propia práctica asistencial. Descripción de la formación adquirida en el desarrollo profesional, que se lleva a cabo durante la práctica asistencial con las enfermeras expertas.	4	14
C7	Dominio de la enfermera experta. Descripción de las características de la enfermera humana, científica, y del cambio en el saber cuidar , que implica una mirada distinta, que primero permite ver al paciente en toda su realidad antes de actuar.	11	17
C8	Cultura humana de la UCI. Percepción del equipo de enfermeras en la propia realidad práctica. Descripción de las habilidades, conocimientos y cualidades en la práctica asistencial y en la resolución de situaciones complejas en el desarrollo profesional.	4	18
C9	Perfil personal . Descripción del proceso de desarrollo de la personalidad que conecta con los valores éticos y morales de defensa hacia la individualidad de la persona.	2	68
C10	Perfil profesional . Descripción de la actitud reflexiva en la práctica asistencial de la enfermera de intensivos, características básicas de la reflexividad que conectan con la atención integral (humano-tecnológica) de la enfermera de	9	14

	atención al paciente crítico.		
C11	Conceptos éticos y morales que conducen al respeto individual y de los valores, la autodeterminación y la libertad de la persona.	18	39
C12	Competencias profesionales. Descripción de las competencias que permiten tener el conocimiento, la habilidad, la destreza, el juicio clínico y el saber hacer profesional, que conecta con la atención integral reflexiva.	8	8
C13	Cuidado integral. Descripción del significado del cambio de visión de la enfermera, que pasa de una visión parcelada o fragmentada a integral: capta a la vez tanto a nivel biológico o físico como psicoemocional y espiritual.	26	151
C14	Comportamientos profesionales. Descripción de los comportamientos humano-tecnológicos que realizan las enfermeras, que permiten la seguridad y el bienestar del paciente crítico.	21	38
C15	Cuidado continuado. Análisis de la atención continua que permite anticipar las necesidades del paciente y prevenir la aparición de problemas y resolverlos con prontitud.	20	49
C16	Cuidado individualizado. Análisis de la atención personalizada y su relación con los cuidados humanos y científicos que producen seguridad y bienestar.	4	85
C17	Concepto de pensamiento reflexivo y analítico de las enfermeras en su trabajo asistencial. Descripción del proceso cíclico de reflexión continuada sobre la acción, de evaluación crítica y de toma de decisiones en el cuidado continuo. Percepción que tiene la enfermera sobre el juicio clínico.	13	65
C18	Naturaleza y desarrollo de actividades cognitivas. Análisis de la reflexividad cognitiva de la enfermera con el paciente.	7	39
C19	Naturaleza y desarrollo de actividades afectivas. Análisis de la reflexividad afectiva de la enfermera con el paciente.	5	11
C20	Naturaleza y desarrollo de las habilidades relacionales. Relación de ayuda. Análisis de la reflexividad de las enfermeras y la relación con el desarrollo personal y profesional.	44	116
C21	Vivencias de las enfermeras con relación al reconocimiento de los sentimientos propios de las enfermeras que emergen en el cuidado con el paciente y la familia.	7	17
C22	Vivencias de las enfermeras con relación al reconocimiento de los sentimientos emergentes del paciente y su familia.	11	6
C23	Relación paciente-enfermera, que permite la expresión de los sentimientos que el paciente siente. Consideraciones acerca de la actitud de la enfermera delante de la relación interpersonal.	11	17
C24	Relación paciente-enfermera, que permite trabajar la situación de vulnerabilidad e indefensión, incidiendo directamente en el bienestar del paciente. Consideraciones de la relación terapéutica pedagógica.	10	20
C25	Relación familia-enfermera que permite trabajar la situación de vulnerabilidad e indefensión incidiendo directamente en el bienestar del paciente. Consideraciones de la relación terapéutica pedagógica.	5	3
C26	Sentido del saber profesional. Trabajar con el enfermo. Análisis de la conexión entre los sentimientos del paciente, su vivencia y la interface con el tratamiento (interface paciente/técnica) consecuencia de los cuidados a nivel	21	70

	físico, emocional y espiritual.		
C27	La identidad profesional desde la autonomía del cuidado . Trabajar con el paciente, familia, equipo interdisciplinar.	11	23
C28	Apego al rol profesional . Consideraciones sobre la visión que tiene la enfermera de su rol específico, de atención al paciente crítico en cuanto a su relación con el cuidado integral y reflexivo.	28	84
C29	Dimensiones de la actitud proactiva hacia la práctica profesional, expresada a través de los sentimientos implícitos; las percepciones y necesidades que generan en el ejercicio profesional y su repercusión en los enfermos. Análisis de la responsabilidad profesional con la persona y la sociedad.	13	40
C30	Formas y relaciones del desempeño profesional del equipo de enfermeras. Percepción de los pacientes y de las enfermeras del cuidado que dan las enfermeras. Reflexión-acción.	28	31
C31	Liderazgo de los cuidados . Dimensiones de identidad del rol con relación a la cultura humana y reflexiva del saber profesional y del equipo de enfermeras.	7	9
C32	Descripción del liderazgo de los cuidados en los pacientes de la unidad. Análisis de los factores que inciden en el clima de la unidad , en la responsabilidad profesional y en el equipo interdisciplinar.	38	57
C33	Evolución del rol profesional . Proceso de enseñanza-aprendizaje humanotecnológico. Concepciones, creencias y actitudes que se transmiten de la propia cultura reflexiva. Descripciones y vivencias del proceso de enseñanza y aprendizaje desde la mirada de la enfermera en su propio período de aprendizaje.	12	89
C34	Transmisión del rol profesional . Proceso de enseñanza-aprendizaje. Concepciones, creencias y actitudes que se transmiten de la propia cultura reflexiva. Descripciones y vivencias del proceso de enseñanza y aprendizaje desde la mirada de enfermera referente de prácticas.	13	106
C35	Visión del profesional en el proceso de socialización profesional . Análisis de los factores que conducen a la base de la socialización profesional. Actitudes que se captan en la esencia de cuidar. Coherencia entre el conocimiento teórico y el práctico. Percepción de la integración entre la teoría y la práctica de manera reflexiva en el cuidado del paciente crítico.	45	95
Total		507	1640

7.2.1.2. Nivel 2

Posteriormente, en el **segundo nivel** emergen dominios desde la perspectiva *etic*, que corresponden al modo en que el propio investigador, desde el yo construido, busca entender y comprender al otro en el trabajo interpretativo (Medina y do Prado, 2009, en Rodríguez, 2012). Desde este modo de interpretación, con el que he definido las 35 categorías identificadas, surge la necesidad de agruparlas por afinidad de significado y ordenarlas en 9 dominios descriptivos, como se muestra en la Tabla 6. En ella se relaciona el número de categorías afines a cada dominio, las unidades de significado asociadas a esa relación, y la frecuencia de las experiencias relatadas.

Tabla 6. Dominios en relación a las categorías afines en el segundo nivel de análisis

DOMINIOS (D) ENFERMERAS		Relación de categorías (C) afines a cada dominio (D)		Unidades de significado		Frecuencia	
D1	Cuidado holístico	C1	2.9 %	16	3.2 %	136	8.3 %
D2	Formación especializada (máster) y formación continua	C2, C3, C4, C5, C6, C7	17.1 %	50	9.9 %	136	8.3 %
D3	Cultura humanista	C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16	25.7 %	112	22 %	470	28.7 %
D4	Reflexividad en la relación interpersonal	C17, C18, C19, C20	11.4 %	69	13.6 %	231	14.1 %
D5	Capacidad de captar la vivencia enfermera/paciente/familia	C21, C22, C23, C24, C25, C26	17.1 %	65	12.8 %	133	8.1 %
D6	Identidad profesional	C27, C28, C29	8.6 %	52	10.3 %	147	8.9 %
D7	Empoderamiento del rol de cuidar	C30, C31	5.7 %	35	6.9 %	40	2.4 %
D8	Liderazgo en los cuidados	C32	2.9 %	38	7.5 %	57	3.5 %
D9	Transmisión reflexiva del saber	C33, C34, C35	8.6 %	70	13.8 %	290	17.7 %
Total			100 %	507	100 %	1640	100 %

7.2.1.2.1. Definición de los dominios identificados

Seguidamente describo los 9 dominios identificados en el segundo nivel de análisis, y al final quedarán reflejadas, detalladamente en la Tabla 7, las categorías emergentes en cada dominio.

D1. **Cuidado holístico:** En este dominio temático quedan englobados todos los aspectos relacionados con la esencia del cuidar al paciente crítico, que implica por parte de la enfermera cuidar a una persona que necesita tratamiento tecnológicamente especializado y complejo a la vez que sentirse cuidada como ser humano. Quedan reflejadas las concepciones y creencias que tienen las enfermeras acerca de la naturaleza y finalidad del cuidado del paciente en toda su integridad, en una situación vital de total vulnerabilidad. Contiene los aspectos que permiten comprender el cambio de visión para cuidar de manera integrada a nivel humano y tecnológico a la vez. Permite el conocimiento que conduce a proporcionar cuidados continuos, individualizados, para garantizar la seguridad y el bienestar a nivel físico, psicológico y espiritual de la persona enferma.

- D2. **Formación especializada y continua:** Este dominio está muy relacionado con el anterior, e incluye todos los factores relacionados con la formación especializada desde una vertiente holística de atención al paciente crítico, recoge todos los aspectos pedagógicos -didácticos que permiten tener y mantener una formación reflexiva para poder cuidar de manera humano-tecnológica. Incluye los aspectos pedagógicos que mantienen una unidad en formación permanente, tanto para la actualización de los conocimientos necesarios para la actividad asistencial, como para la actividad docente a las futuras enfermeras intensivistas de las enfermeras que están en la UCI, Contiene las actividades de formación necesaria para adquirir, actualizar y mejorar todas las competencias necesarias para seguir atendiendo de manera segura y humana a los pacientes críticos.
- D3. **Cultura humanista:** Este dominio contiene aquellos aspectos que se relacionan con los valores, creencias, normas y reglas que conforman la cultura humana de las enfermeras a nivel personal y del propio equipo. Contiene todos los factores que configuran el perfil personal y profesional del cuidar, teniendo un respeto profundo por el ser humano, la individualidad de la persona, su autodeterminación y decisión ante las situaciones que está viviendo. Recoge aquellos aspectos cruciales para la cultura humana que corresponde a la coherencia entre la teoría y la práctica y que corresponde a la resolución de conflictos a nivel individual y de equipo.
- D4. **Reflexividad:** Este dominio refleja la actitud reflexiva de las enfermeras en la práctica asistencial y en la práctica docente. Permite ver la estructura que se desarrolla en los diferentes niveles de competencia de manera progresiva y auténtica, así como adquirir el juicio clínico y la sensibilidad suficiente para conectar y dar respuesta con inmediatez a las necesidades de los pacientes y las familias de manera natural e integral.
- D5. **Capacidad para captar la vivencia:** En este dominio se reflejan las concepciones e interrelaciones de las enfermeras asistenciales acerca de la naturaleza del conocimiento enfermero relacionado con la disciplina a nivel de la relación de ayuda, la comunicación y la habilidad y destreza cognitivas y afectivas que permite a la persona expresar y trabajar los sentimientos implícitos de la situación que vive.
- D6. **Identidad profesional:** Este dominio incluye el proceso de la enfermera de tener el sentimiento de identidad profesional y los factores que le permiten

identificar su aportación específica al cuidado del paciente y al trabajo en equipo. Igualmente, se tienen en consideración los elementos personales, de equipo y de liderazgo, que permiten el desarrollo y crecimiento profesional.

- D7. **Empoderamiento del rol:** Este dominio incide en los factores y elementos de la identidad profesional que se reflejan en la relación de colaboración entre las enfermeras, sobre la base de la igualdad, la verdad, el respeto mutuo y el intercambio entre profesionales. También incluye todos los aspectos relacionados con el pensamiento crítico y la reflexión crítica como el camino que permite la comprensión de las acciones, así como tomar conciencia, decisiones y mejorar la práctica de los equipos interdisciplinarios.
- D8. **Liderazgo en los cuidados:** Este dominio incluye las convicciones, las concepciones de un liderazgo coherente con el desarrollo profesional de la enfermera. Descripciones de la enfermera como miembro autónomo del equipo, de su función propia y asunción de responsabilidad profesional. Se describe la realidad asistencial y se pueden analizar las diferencias existentes según el discurso biomédico.
- D9. **Transmisión reflexiva del saber:** Este dominio está vinculado a la identidad profesional y al desempeño del rol desde la autonomía profesional del cuidar. Se recoge la visión que tienen las enfermeras en los valores, creencias y pautas de comportamiento de la cultura profesional en el desarrollo profesional. Igualmente, se recoge la visión que tienen en la transmisión del saber cuidar de manera integral desde el cuidado humano-tecnológico del paciente crítico. Describen las vivencias en su periodo de estudiantes y como profesoras y referentes de las enfermeras en formación especializada.

Tabla 7. Relación detallada de las categorías afines a cada dominio.

DOMINIOS (D)		CATEGORIAS (C)	
D1	Cuidado holístico	C1	Concepto de cuidado integral al paciente crítico
D2	Formación especializada (máster) y formación continua	C2	Conocimiento profesional: formación especializada
		C3	Concepto de enferma novel
		C4	Distinción entre enfermera novel y experta
		C5	Concepto de enfermera experta
		C6	Concepto de formación continua
		C7	Dominio de la enfermera experta: saber cuidar
D3	Cultura humanista	C8	Habilidades, conocimientos y cualidades en la práctica profesional y en la resolución de situaciones complejas
		C9	Perfil personal. Conexión con valores éticos y morales
		C10	Perfil profesional. Actitud reflexiva práctica profesional
		C11	Conceptos éticos y morales: respeto y autodeterminación
		C12	Competencias profesionales
		C13	Cuidado integral
		C14	Comportamientos profesionales
		C15	Cuidado continuo
		C16	Cuidado individualizado
D4	Reflexividad en la relación interpersonal	C17	Pensamiento reflexivo y analítico
		C18	Naturaleza y desarrollo de actividades cognitivas
		C19	Naturaleza y desarrollo de actividades afectivas
		C20	Naturaleza y desarrollo de las habilidades relacionales
D5	Capacidad de captar vivencia enfermera/paciente/ familia	C21	Reconocimiento sentimientos propios de la enfermera
		C22	Reconocimiento sentimientos emergentes paciente/familia
		C23	Relación que permite expresión de lo que el paciente siente
		C24	Relación que permite trabajar vulnerabilidad e indefensión
		C25	Relación familia-enfermera para incidir bienestar paciente
		C26	Sentido del saber profesional: interface paciente / técnica
D6	Identidad profesional	C27	Trabajar con el paciente, familia y equipo interdisciplinar
		C28	Apego al rol profesional
		C29	Dimensiones de la actitud proactiva
D7	Empoderamiento del rol de cuidar	C30	Formas y relaciones del desempeño profesional
		C31	Identidad al rol en la cultura humana y reflexiva
D8	Liderazgo en los cuidados	C32	Análisis factores que inciden en el clima de la unidad
D9	Transmisión reflexiva del saber	C33	Evolución del rol profesional
		C34	Transmisión del rol profesional
		C35	Visión del profesional en el proceso de socialización

7.2.1.2.2. Intersección de dominios entre enfermeras pacientes y grupo focal

Se ha buscado asimismo el punto de intersección entre las categorías de primer orden (*emic*) y de segundo orden (*etic*), siguiendo en el proceso reflexivo con el esfuerzo hermenéutico señalado por Gadamer (1988) de comprensión del detalle y del todo, en el sentido y actitud que tiene la enfermera de intensivos en el cuidado ofrecido al paciente crítico y el *feedback* percibido por el paciente y la enfermera tanto en las entrevistas en profundidad como en el grupo focal:

- a) En el proceso reflexivo encuentro **puntos de intersección** entre las **enfermeras y los pacientes** en los dominios cuidado holístico (D1), cultura humanista (D3), reflexividad (D4), capacidad de captar vivencia (D5) y transmisión del saber (D9), referidos a las **215** unidades de significado.

Tabla 8. Dominios coincidentes de los **pacientes** en relación a las enfermeras.

DOMINIOS coincidentes pacientes/enfermeras		Categorías afines a cada dominio	Unidades de significado		Frecuencia	
D1	Cuidado holístico	C1	37	17.2 %	282	20.9 %
D3	Cultura humanista	C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16	44	20.5 %	407	30.2 %
D4	Reflexividad en la relación interpersonal	C17, C18, C19, C20	63	29.3 %	421	31.2 %
D5	Capacidad de captar la vivencia enfermera/paciente/familia	C21, C22, C23, C24, C25, C26	55	25.6 %	204	15.1 %
D9	Transmisión reflexiva del saber	C33, C34, C35	16	7.4 %	35	2.6 %
Total			215	100 %	1349	100 %

- b) En el proceso reflexivo encuentro puntos de intersección entre las enfermeras y el grupo focal en todos los dominios, o sea cuidado holístico (D1), formación (D2), cultura humanista (D3), reflexividad (D4), capacidad de captar la vivencia enfermera/paciente (D5), identidad (D6), empoderamiento (D7), liderazgo (D8) y transmisión del saber (D9), referidos a las **112** unidades de significado.

Tabla 9. Dominios coincidentes del grupo focal con las enfermeras.

DOMINIOS coincidentes enfermeras/grupo focal		Categorías afines a cada dominio	Unidades de significado		Frecuencia	
D1	Cuidado holístico	C1	26	23.2 %	44	19.3 %
D2	Formación especializada (máster) y formación continua	C2, C3, C4, C5, C6 y C7	5	4.5 %	16	7.0 %
D3	Cultura humanista	C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15 y C16	24	21.4 %	31	13.6 %
D4	Reflexividad en la relación interpersonal	C17, C18, C19 y C20	16	14.3 %	34	14.9 %
D5	Capacidad de captar la vivencia enfermera/paciente/familia	C21, C22, C23, C24, C25 y C26	7	6.3 %	12	5.3 %
D6	Identidad profesional	C27, C28 y C29	14	12.5 %	27	11.8 %
D7	Empoderamiento del rol de cuidar	C30 y C31	8	7.1 %	36	15.8 %
D8	Liderazgo en los cuidados	C32	8	7.1 %	18	7.9 %
D9	Transmisión reflexiva del saber	C33, C34 y C35	4	3.6 %	10	4.4 %
Total			112	100 %	228	100 %

El análisis y la relación entre los códigos, categorías, dominios del análisis del discurso de todos los participantes subrayaron, de manera recurrente, que las enfermeras deben disponer de los conocimientos y las actitudes científicas tecnológicas y humanas para atender a la persona de manera integral. También que tienen que dispensar de forma continua los cuidados que van dirigidos a proporcionar seguridad, bienestar y confianza. En este sentido, coincidieron con la definición de los pacientes ingresados en UCI que consideraban que los cuidados enfermeros eran satisfactorios cuando se dispensan de forma continuada, y van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza y diferían en cuanto a la “combinación humanística y tecnológica” en el discurso de los pacientes y el grupo focal en relación a la “integración humanística y-tecnológica” en las enfermeras entrevistadas en profundidad.

7.2.1.2.3. Nuevos dominios en el análisis de las enfermeras.

La reflexión sobre la práctica reflexiva de las enfermeras en el cuidado del paciente crítico, así como su desarrollo profesional en el liderazgo de los cuidados, avanzó en el proceso reflexivo del análisis como una parte más del trabajo de campo. Es posterior a los datos que se han obtuvieron gracias a las entrevistas realizadas a los pacientes y al grupo focal con las enfermeras que los habían cuidado. Los resultados

me permitieron seguir en la reflexividad de la propia investigación, hacia una mayor comprensión para asumir una postura más comprometida con la intervención en la propia práctica, con la socialización y, por ende, con la transformación social, la visibilidad del rol y el desarrollo profesional.

7.2.1.3. Nivel 3

En el **tercer nivel** de análisis (cf. Figura 1: vectores cualitativos identificados, de elaboración propia), busqué relaciones de la información obtenida del conjunto de participantes y, desde el marco del pensamiento complejo y de la revisión de la literatura, me di cuenta de que todo giraba siempre alrededor de un punto central, que formaba parte del saber reflexivo, y que daba el sentido del cuidado del paciente crítico, que era el núcleo central que se correspondía a la **integración humanotecnológica** en el cuidar. Para que esto fuera posible, como resultado del análisis secuencial y transversal de las dimensiones obtenidas, el último eslabón del análisis fue la identificación de dicho **núcleo central** y de **tres vectores cualitativos**. Estos recogían, ordenaban y facilitaban la lectura e interpretación de los datos que recorren la esencia del cuidado de forma transversal (Medina et al., 2005), ya que permiten avanzar en la comprensión de los elementos clave, lo cual nos ayudará a visualizar cómo se comportan las enfermeras cuando cuidan a un paciente crítico desde la **integración humano-tecnológica**.

7.2.2. Núcleo central y vectores cualitativos

Los vectores cualitativos identificados en la integridad humano-tecnológica (cuidado integrado) son los siguientes:

- La práctica reflexiva o praxis reflexiva o reflexividad en la relación interpersonal.
- La cultura humanista, o cuidado humanista en el equipo.
- La socialización profesional o Transmisión reflexiva del saber.

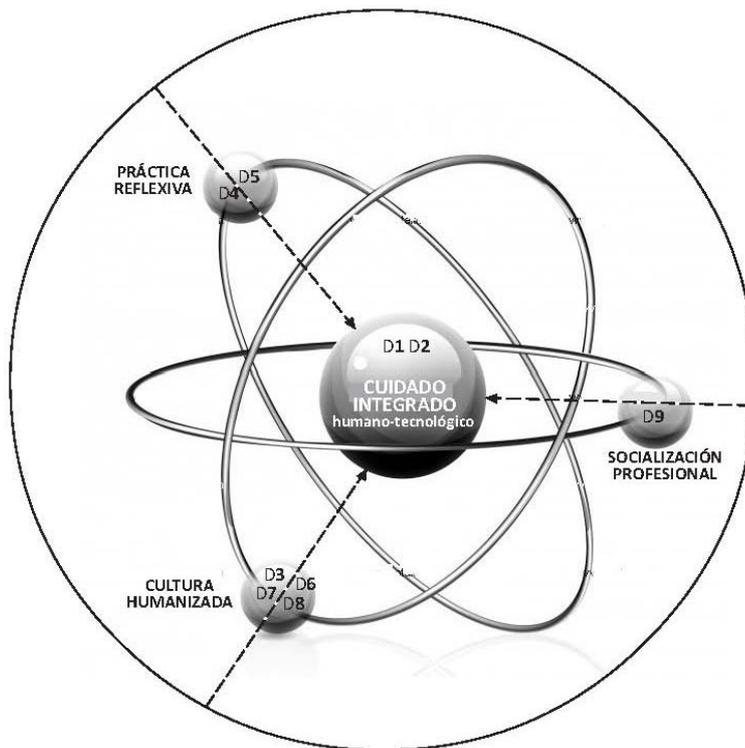


Figura 1. Núcleo central y vectores cualitativos identificados (elaboración propia).

La relación de estos vectores cualitativos en el cuidado integral desde la integración humano-tecnológica queda representada en la Figura 1, que representa el esquema de comportamiento de los tres vectores entre sí y su relación con el núcleo.

El esquema muestra el comportamiento de los tres vectores o ejes entre sí: estos confluyen en un punto central que forma parte de la esencia del saber reflexivo de las enfermeras de intensivos en el cuidado que dan. Se trata de la integración entre el conocimiento y la comprensión del cuidado técnico-científico y el cuidado de la persona de manera holística. Dicha metodología supone la integración humanotecnológica en el cuidado del paciente crítico y se produce en el seno de la práctica reflexiva en la atención (inter) transpersonal que se da entre el paciente y la enfermera y en el equipo interdisciplinar, en el cual la cultura humanista y la transmisión del saber enfermero tienen un papel preponderante. Así, no es posible

ofrecer a los propios profesionales y los alumnos el cuidado humano-tecnológico sin un perfil humano en las enfermeras, sin esta reflexividad continua y sin la transmisión reflexiva y coherente del saber en la práctica diaria en el cuidado del paciente crítico. Los resultados que emergen de las entrevistas en profundidad realizadas a las enfermeras, así como del proceso continuo de reflexividad por parte de la investigadora, conforman la comprensión del saber reflexivo en el cuidado. Esta guía sus cuidados a pacientes críticos en una UCI polivalente de tercer nivel (UCI General, Cardíaca, Coronarias), el desempeño del rol profesional en el trabajo en equipo multidisciplinar, el liderazgo que desempeñan en los cuidados y en la transmisión del conocimiento y la identidad profesional.

7.2.3. Cuadro de codificación

La relación entre las dimensiones, categorías, unidades de significado y frecuencia queda reflejada en el Anexo 13 (ver en páginas 322 a 341), mostrando el sistema de codificación obtenido desde las unidades de significado, frecuencia, categorías y dominios.

Capítulo 8. Resultados de la investigación

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos en el proceso de análisis de los datos que han emergido de los participantes en el estudio, se presentan las evidencias encontradas, y se realiza asimismo una interpretación y vinculación con referentes teóricos y empíricos.

La presentación se estructuró a partir del núcleo central y los tres vectores cualitativos identificados de esta tesis, configurados en el tercer nivel de análisis, que corresponden al saber reflexivo de las enfermeras en el cuidado del paciente crítico y que recorren de manera transversal e interconectada las nueve dimensiones emergentes. En primer lugar, la integración humano-tecnológica, que queda situada en el centro del saber reflexivo del cuidado humano-tecnológico. En segundo lugar, confluyen los tres vectores cualitativos, que articulan la manera reflexiva de cuidar de las enfermeras a través de la cultura humanista en su rol profesional, la práctica reflexiva en su desarrollo profesional y la transmisión reflexiva-experiencial del cuidado en la socialización profesional. Dichos núcleos temáticos dieron respuesta a los interrogantes establecidos al inicio de este estudio.

Como se ha dicho, la finalidad de esta investigación era explorar y comprender cómo se expresa el conocimiento práctico de las enfermeras dentro de las unidades de intensivos y, por tanto, cómo cuidan y cómo transmiten las enfermeras este conocimiento, desde su experiencia personal en este contexto. También se pretendía hacer explícitos los cuidados humano-tecnológicos que ofrecen las enfermeras y aportar una mirada distinta, que cuestione el tópico de que los cuidados enfermeros están dominados por el tecnicismo en las UCI.

Estas finalidades se materializaron en los siguientes interrogantes que orientaron este estudio:

- a) ¿Cuáles son los rasgos más destacados de la práctica reflexiva de las enfermeras de la UCI del HSCSP?
- b) ¿Qué repercusiones tiene la práctica reflexiva en la socialización profesional de las enfermeras de la UCI, y más específicamente en el desarrollo del rol profesional?
- c) ¿Existen relaciones entre el clima y liderazgo organizacional, la práctica reflexiva y la construcción de una determinada identidad profesional? Si existen, ¿qué elementos las caracterizan?

- d) ¿Existe alguna relación entre la práctica reflexiva y el cuidado humanizado en la UCI? Si existe, ¿cuáles son sus rasgos esenciales?
- e) ¿Qué repercusión tiene la práctica reflexiva en la socialización profesional durante el periodo formativo de posgrado?

Los resultados que se presentan a continuación dan respuesta a las preguntas planteadas, relativas a los tres niveles de análisis mencionados en cuanto a los rasgos más destacados que tienen las enfermeras en relación con su práctica reflexiva. Así, dan cuenta de la repercusión de dicha práctica reflexiva en el cuidado humano-tecnológico del paciente crítico y en el propio desarrollo profesional y empoderamiento del rol. La producción de conocimiento práctico está en relación al concepto de cuidar al paciente crítico en sus diferentes dimensiones, y también en los comportamientos profesionales, que percibe la enfermera en el paciente y en ella misma. Profundizamos asimismo en la cuestión de la transmisión del conocimiento vinculado a la realidad asistencial, que se lleva a cabo de manera continuada en la UCI y está vinculada a la cultura humanista. Finalmente, exploramos los puntos de intersección entre la percepción y vivencia de las enfermeras y la vivencia expresada por los pacientes.

El primer interrogante se identifica con el núcleo temático central, **integración humano-tecnológica en el cuidado**, donde se incluyen todas las características personales y profesionales adquiridas de las enfermeras, y que permite proporcionar un cuidado continuo, personalizado e integral, tanto a nivel individual como grupal a los pacientes críticos dentro de la complejidad de la UCI. Incluye ineludiblemente un proceso inicial formativo específico, que permite integrar las competencias y capacitar a las enfermeras para proporcionar cuidados seguros y humanos. Lo complementa un proceso continuo de formación relacionado con los avances tecnológicos que afectan a los tratamientos que recibe el paciente, el cual, debido a su gravedad, se encuentra en situación de vulnerabilidad. En esta dimensión central humano-tecnológica destaca el aprendizaje relacionado con la propia experiencia profesional, que conduce a la enfermera a adquirir una sensibilidad especial en la comprensión del paciente y de su familia. Dicha sensibilidad permite a la profesional cuidar desde una perspectiva realmente humana; queda patente la necesidad de la confluencia de los tres ejes reflexivos identificados: la cultura reflexiva, la práctica reflexiva, y la socialización profesional.

La **cultura reflexiva** corresponde a uno de los tres vectores mencionados anteriormente, que entre sí confluyen en el punto central —integración humano

tecnológica— del cuidado, y da respuesta a la segunda pregunta planteada. Se refiere a los valores, creencias, actitudes y pautas de comportamiento de la propia cultura humanista y tecnológica de las enfermeras de la unidad, que está interiorizada de manera individual y colectiva. Se corresponde con una manera de ser y estar, que implica cuidar de manera personalizada, integral, continua y reflexiva tanto al paciente como a la familia. El estudio de dicha cultura nos ayuda también a comprender cómo resuelven los profesionales los problemas que se plantean de manera cotidiana, teniendo en cuenta que están dentro de un contexto multidisciplinar, complejo e incierto, y a ver la relación que existe con el desarrollo y empoderamiento del rol profesional.

El análisis de la **cultura reflexiva** responde igualmente a la tercera pregunta: en él se incluyen aquellas características y condiciones que determinan la coherencia entre la teoría y la práctica natural reflexiva de las enfermeras, teniendo en cuenta nociones de seguridad y liderazgo. Así, destacan las actitudes que las enfermeras valoran y que consideran imprescindibles para proporcionar cuidados humanos integrales y seguros. Además, surgen elementos clave que permiten visualizar el liderazgo del rol de las enfermeras, desde la autonomía y la responsabilidad profesional que construye una determinada manera de saber hacer dentro del equipo interdisciplinar, que se corresponde con la identidad profesional en relación con su *expertise* en la práctica clínica.

El vector de la **práctica reflexiva continua en el cuidado integral** da respuesta a la cuarta pregunta, con la que nos planteamos si la práctica reflexiva guarda relación con el cuidado humanizado en la UCI. Este vector nos permite ver que, a medida que son más expertas, junto con su evolución reflexiva y de reconstrucción continua de la realidad, las enfermeras de la UCI son capaces de integrar los valores éticos y morales de la profesión y de la persona de manera reflexiva, mediante la utilización continua del juicio clínico. Permite igualmente comprender la interrelación que se establece, tanto a nivel físico y psicológico como espiritual, con la vivencia del paciente. Se ponen de manifiesto el desarrollo de las habilidades cognitivas, afectivas y relacionales de las enfermeras en el seno de la práctica reflexiva en la atención y comprensión (inter)transpersonal del paciente y en el trabajo con el equipo interdisciplinar.

Por último, el tercer vector cualitativo es la **socialización profesional o transmisión reflexiva del saber**: da respuesta a la última pregunta en relación con la repercusión que tiene la práctica reflexiva en la socialización profesional durante el periodo

formativo de posgrado. En este eje se visualizan los aspectos culturales, de aprendizaje significativo continuo y laboral de las enfermeras expertas de la unidad, desde el desarrollo de su propia experiencia como alumnas de posgrado, profesionales y profesoras referentes de alumnas del máster. La socialización desde esta perspectiva humanista y científica de las enfermeras expertas permite transmitir de manera significativa el rol de cuidar, la identidad profesional, el empoderamiento en su desempeño como enfermeras y formadoras mediante la coherencia entre la teoría y la realidad práctica en su trabajo diario con otros profesionales, con el paciente y con su familia.

En resumen, este capítulo presenta una aproximación teórica a la práctica reflexiva aplicada en la práctica asistencial de la enfermera experta de intensivos. La práctica reflexiva, en definitiva, conlleva la integración humano-tecnológica en el desempeño y transmisión del rol profesional en el cuidado del paciente crítico. Se observaron igualmente los procesos personales, culturales y sociales por los cuales llevaron a cabo la transformación auténtica del cuidado, que pasa de una mirada desde el procedimiento técnico a una mirada que da significado al rol de cuidar, que otorga el auténtico liderazgo de los cuidados enfermeros y que permite avanzar en el empoderamiento del rol y del desarrollo profesional en el trabajo en equipo multidisciplinar.

El sistema de notación para presentar los resultados será el siguiente para cada una de las partes con las que se ha desarrollado el estudio:

- a) las enfermeras están identificadas con la letra E y la numeración 01-14 (p. ej., E03);
- b) los pacientes están identificados con la letra P y la numeración 01-34 (p. ej. P22);
- c) las enfermeras del grupo focal están identificadas con las letras EF y la numeración 01-07 (p. ej. EF02).

8.1. Integración humano-tecnológica, como esencia del saber profesional

Así, el núcleo central (integración humano-tecnológica) emerge de la totalidad de los discursos de las enfermeras y se encuentra en la esencia o en el sentido profundo del rol profesional del cuidar. Dicha integración se percibe en la claridad de sus

palabras. Mi reflexión me permitió ver y comprender desde el principio (Anexos 12 y 13) cómo enlazan la atención integral a su visión holística de la persona.

De la voz de las propias enfermeras entrevistadas sobre la cuestión de qué entienden ellas por «cuidar», se dilucida que, en el cuidado del paciente crítico en la UCI como práctica profesional cotidiana, coexisten aproximaciones filosóficas, antropológicas, psicológicas, sociales y espirituales, sin obviar la perspectiva biológica, así como la concepción ética y moral de los valores profesionales en el cuidar (Consell de Col·legis d'infermeres. Código de ética, 2013). Estos conducen en primer término al reconocimiento del ser humano, lo cual implica el respeto por la individualidad y por los valores de la persona, desde la ética de la responsabilidad (Mayeroff, 1971). Así lo expresa una de las informantes del estudio¹²:

E10: «[...] Bé, per a mi cuidar és el que faig cada dia. Vull dir que no te més, però clar, és molt complexe d'explicar, perquè fas moltes coses, i a part de l'aspecte tècnic i les tècniques i tot això, per a mi cuidar és intentar ajudar la persona que tens davant en el procés que està vivint, bàsicament, i això pots fer-ho de les maneres que fem sempre tothom. Són coses senzilles, encara que a vegades siguin complexes per la situació que que s'està vivint: la parla, l'escolta, la comprensió, que estiguis a prop de la persona, el tacte visual, o la comunicació no-verbal, que més podria ser... És que és tot, és que allò d'estar allà durant tota l'estona i facilitar que la persona visqui el procés amb naturalitat. Que sigui ella, però amb l'ajuda d'algú que la pugui guiar en segons quins aspectes desconeguts o no desconeguts, perquè necessita ajuda...»

En esta integración, la enfermera sabe mirar de manera personalizada y relaciona el estado anímico del paciente, sus preocupaciones, incertidumbres y miedos, con la respuesta de su organismo al tratamiento sustitutivo que lleva. Una mirada holística, propia de los expertos:

E05: «[...] yo lo que hago es mirar al enfermo en general, como un todo. Sí: mirar al enfermo en general, y es como si me lo hiciera mío. Y... bueno, miro la historia, miro la analítica, miro la medicación, miro todo, y cuando ya me he hecho una idea de la patología que lo ha traído aquí, eso es a las siete, cuando hacemos el cambio, entro y... No sé, es como si lo viese entero, ¿no? Y ya entras, hablas con él y, bueno, ya estructuras un poco, lo valoras... Lo valoras

¹² En las transcripciones se han introducido pequeños cambios que solo afectan a la corrección gramatical de las estructuras usadas por las informantes.

hablando con él, mirando los datos objetivos, mirando a los lados; miras las alarmas, mientras hablas con él, todo eso lo haces mientras lo saludas. Le preguntas: ¿Cómo está? Y lo tocas... Y ya empiezas la manera de establecer la relación, yo veo cómo lo haces tuyo... Y ya empiezas a hacer los cuidados, los tratamientos, lo que sea. No sé cómo decírtelo, pero es así de manera global, como si lo hicieras tuyo. Con la familia también...»

En el grupo focal surge también la idea de que a la hora de cuidar es necesario ver a la persona como un todo, lo cual implica saber mirar, entender en el contexto. Esto es posible a través de la observación de la persona en su realidad, que corresponde a la formación y práctica reflexiva, así como al perfil general de la enfermera.

EF03: «[...] Llavors jo entro en un box, es lo que dice ella, le ves la cara, ves el contexto i ja saps lo que passa, ja saps el que té el pacient, però a mi m'ho van ensenyar, jo potser tenia *un puntito de curiosidad*, un puntet de, però això t'ho han d'ensenyar una mica...»

EF01: «[...] Necesitas cuidarlos físicamente y psicológicamente...»

De las palabras de los pacientes se deduce que la manera de cuidar es percibida por ellos como la cobertura de sus necesidades de manera integral. Expresan a su vez con claridad que el cuidado es todo, y cuando dicen todo, se refieren, al igual que las enfermeras, a la globalidad de la persona y a la actitud que tiene la enfermera en el cuidado que da. Nos dicen que se dan cuenta de que las enfermeras atienden a la persona en todas sus dimensiones, tanto cuando proporcionan los cuidados, dan y valoran el tratamiento, como cuando establecen la relación. Sienten que la manera de cuidar les proporciona ayuda, apoyo, cariño y ánimo, e incide directamente en su necesidad interior o espiritual:

P05: «El cuidado es todo, para mí es el trato, la manera de tratar a la persona. Me ayudaban a levantar la moral, aparte de cuidarme. La medicación me ha ido curando, pero por mucho que me den medicación y tal, si no ves un apoyo o no ves un cariño, una ayuda también tiene mucho que ver, te ayuda muchísimo. No es solo curar y ya está, la manera de tratar... ¿Sabes lo que te quiero decir?»

Los resultados que emergen del análisis de la voz de todas las enfermeras nos permite identificar con claridad y fuerza en todos los participantes la integración humano-tecnológica, como esencia del cuidar reflexivo en los tres vectores cualitativos que confluyen en dicho punto central y en todas las dimensiones identificadas. Se trata de la integración entre el conocimiento en el cuidado técnico y en el cuidado de la persona de manera holística, como un eslabón más en la

comprensión de la humanización de los cuidados, que permite entender mejor el cuidado integral que se da al paciente crítico. Este es contemplado como un todo indivisible.

Dicha integración, observada por las enfermeras de la UCI entrevistadas en profundidad, se encuentra en total conexión con la combinación humano-tecnológica obtenida en los resultados de los pacientes (Romero *et al.*, 2013) y en consonancia con el grupo focal de las enfermeras (Jover *et al.*, 2015), en el sentido de que consideraban que los cuidados enfermeros eran satisfactorios cuando estos se caracterizaban por la combinación humanística y científica, se dispensaban de forma continuada e iban dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza.

En las palabras del paciente podemos ver que capta que el cuidado de las enfermeras es humanizado y personalizado. Expresa con toda claridad que dicho cuidado está relacionado con la actitud y el saber hacer cuando la enfermera cuida. Alude sin duda a la integración humano-tecnológica, descrita en la atención al paciente crítico:

P12: «[...]A mí lo que me ha hecho sentirme bien ahí han sido las enfermeras. Por supuesto las maquinarias que yo haya tenido y todas estas cosas que es lo que... Porque claro, las enfermeras no curan, las que curan son las maquinarias. Las enfermeras te limpian, te atienden, te medican, te ponen las maquinarias en su momento, pero... Sin ellas... ¡imagínate que desastre! ¡Imagínate!... »

P37: «[...]Todas se han portado muy bien. Pero el cariño que te tratan, la comprensión que te tienen, y como te cuidan. Tot això, me ha llenado mucho ¿eh?. La verdad que sí... »

En todos los participantes podemos decir que el cuidado que dan las enfermeras tiene la parte esencial de la naturaleza del cuidar. A la vez que realizan las técnicas complejas, poseen las cinco características relacionadas con la naturaleza del cuidar, descritas a partir del análisis de Morse, Solberg, Neander, Bottorff y Johnson (1990, en Acebedo, 2012): el rasgo humano, un imperativo moral o ideal, un afecto, una relación interpersonal y una relación terapéutica.

A continuación describo las características personales y profesionales que emergen de los participantes y que permiten proporcionar un cuidado continuo, personalizado

e integral, tanto a nivel individual como grupal, de los pacientes críticos dentro de la complejidad de la UCI. Incluyo en mi descripción el proceso formativo específico inicial y continuo.

8.1.1. El cuidado holístico del paciente crítico

Las enfermeras de intensivos consideran que los cuidados que dan a los pacientes críticos se fundamentan en una filosofía de cuidado holístico. Ante las alteraciones de las necesidades básicas del paciente, buscan el bienestar de este no solo teniendo en cuenta los aspectos biológicos o físicos, sino también los emocionales y espirituales, ya que dichas alteraciones se manifiestan en todos estos niveles. Así, pues, la enfermera trabaja en la capacidad para captar estas manifestaciones del paciente, como lo expresa la informante:

E14: «[...] para mí el cuidar en la enfermera de UCI es como proporcionar el bienestar a la persona, bienestar ya no solo físico sino también psicológico, de bienestar como integral, de todo lo que hay en la persona, en ese momento en que estás falto de tus necesidades para estar bien. Nosotras le ayudamos a suplir las cosas que no puede hacer, pero también, en este momento de enfermedad, a sentirse lo mejor posible...»

El paciente resalta que la enfermera sabe lo que le hace, lo hace partícipe de todos los cuidados, y capta la naturaleza tanto humana como tecnológica de estos cuidados que, según afirma, le hacen sentirse persona:

P17: «[...] hi ha infermeres que entren i diuen “mira, ara farem això, tal, tal, tal, tal”. Pum, i ho fan. I pràcticament t’ho han anat dient mentre agafaven el material. Vull dir que tampoc han perdut temps. A mi em va molt bé, perquè penses: “Bueno, ara m’estan fent això, m’ho expliquen”. I et fan sentir com més persona...»

8.1.2. La intervención ética en la vulnerabilidad del paciente

La atención integral durante este proceso de vulnerabilidad del paciente supone el trabajo de profesionales competentes y capacitados que sepan enfrentarse a la complejidad del fallo multiorgánico. Para garantizar la seguridad del paciente se aplica el tratamiento tecnológico específico y se fomenta la sensibilidad. Ambos aspectos contribuyen a una relación terapéutica significativa de ayuda y respeto, la

cual deja espacio para la participación y decisión del paciente en el proceso que está viviendo. La enfermera E10 lo expresa de la siguiente manera:

E10: «[...] Que són persones i que decideixen, i que moltes vegades només fa falta escoltar-los o mirar-los, o que la persona estarà fràgil pel procés que està passant, però té dret a decidir i la seva opinió compta i, clar, tu has de respectar al màxim dintre del que s'ha d'anar seguint. Llavors això sí que ho tinc molt en compte, encara que a vegades costi una mica...»

El paciente, a pesar de sus múltiples limitaciones provocadas por su estado, capta la actitud de la enfermera y expresa su autenticidad y sensibilidad, a la vez que la define como capaz de transmitir apoyo y bienestar. El paciente capta la acción con tacto; el filósofo Schleiermacher (en van Manen, 1998) señala que no se trata de un simple afecto o hábito que se puede aprender, sino que puede favorecerse y desarrollarse a través del desarrollo de la educación humanista:

P34: «[...] Primero, sentir lo que haces en el trabajo. Y, a través de esto, como lo sienten, lo hacen tan a gusto, que te transmiten a ti la sensibilidad de ellas, y el apoyo, y tú te sientes bien...»

8.1.3. La actitud de la enfermera en el cuidado integral

Todas las enfermeras participantes expresan que, para poder llevar a cabo los cuidados desde dicha integridad humanotecnológica y científica, hay un momento en que sienten que realmente cuidan de manera integral. Lo expresan como un proceso de aprendizaje que conlleva un **cambio de mirada y de actitud**: primero, mirar a la persona; después, ver y actuar; finalmente, supone un proceso interactivo con el paciente y su tratamiento. Por ejemplo, la participante lo expresa de la siguiente manera:

E03: «[...] cuando una enfermera es demasiado tecnológica, normalmente le da primero los buenos días al monitor y después al paciente, y cuando se unen las dos cosas la enfermera entra al box mirando al paciente con un ojo y mirando el monitor con el otro. Tienes que tener un ojo en el paciente y el otro en la situación de gravedad en sí, y no superponer una cosa a la otra, ser muy neutrales en eso, pienso yo...»

Así pueden captar sus necesidades, percepciones, sentimientos y emociones vinculados a su situación de enfermedad. Esta actitud está relacionada con la manera de comunicarse, ya sea verbalmente —mediante una interacción participativa durante todo el proceso de su enfermedad— o no verbalmente —

interacción establecida a través de la mirada, gesto, sonrisa, la estructura y posición corporal con el paciente y su familia, que indica proximidad, atención y comprensión—. Las enfermeras lo describen en estos términos:

E08: «Sí sí, és, a veure, és un **aprenentatge**. I sobretot amb les relacions humanes, i la nostra professió és, bàsicament, de relació humana, val? Amb molta tecnologia pel mig, però bàsicament és relació humana, és ajudar la persona que tens allà i les persones del seu entorn, o sigui, acompanyar les persones, fer el procés per conèixer-les per veure a on pots ajudar i com pots ajudar. És un procés en què vas coneixent el pacient i les famílies i vas veient com la teva paraula i la teva actitud interacciona i com ells responen al que tu estàs fent. Perquè sempre que tu dius o que fas una cosa provoca una resposta en la persona amb qui estàs interaccionant, i aquesta resposta tu la processes i veus el que has fet i com això ha significat un canvi d'actitud o un canvi en el que sigui...»

El paciente expresa que los cuidados de la enfermera son continuos, de total apoyo con una actitud atenta y comunicativa:

P05: «[...] a mí lo que me dieron fue mucho apoyo. Todo con delicadeza, cuando me bañaban... Y las enfermeras eran las que más estaban conmigo. En la UCI yo no tenía que llamar nunca, siempre había alguien...»

De estas afirmaciones se desprende el profundo respeto que las enfermeras tienen hacia la persona, su individualidad, sus valores y sus decisiones. Asimismo, queda explicitada la interrelación que se establece y que fomenta la autonomía y autodeterminación del paciente sobre su vida; la enfermera cuida de tal forma que lo ayuda a vivir el proceso de su enfermedad sintiéndose persona. Se respeta su dignidad, su autonomía y sus propios valores; se contribuye a que el paciente sienta bienestar dentro de la fragilidad; se da un cambio de paradigma: el paciente deja de ser un mero objeto de la atención sanitaria para convertirse en un sujeto activo del sistema sanitario y de su propia salud (Redmond y Sorrell, 1999; Staniszewska y Ahmed, 1999).

El análisis y la relación entre los códigos, las subcategorías, categorías y los vectores cualitativos de los tres niveles de análisis del discurso de los participantes subrayan de manera recurrente que, para que se dé la integración humanotecnológica en el cuidado, es necesario adquirir las competencias mediante una formación específica reflexiva para la atención integral al paciente crítico. Igualmente, se impone la necesidad de una formación continua que permita la constante actualización de

conocimientos sobre la propia práctica reflexiva, para el avance profesional. Finalmente, se deben reunir las características personales humanas y profesionales que configuran la cultura reflexiva de la UCI (relacionadas con el segundo vector cualitativo del estudio).

8.1.4. La formación específica, desde el aprendizaje reflexivo

Como hemos descrito, la integración humanotecnológica exige una **formación específica o especializada**, la cual permite adquirir las competencias necesarias para ser competente en el cuidado del paciente crítico. En todos los discursos de las enfermeras se percibe la necesidad de formación específica: aseguran que sin formación no es posible ni trabajar ni proporcionar cuidados seguros al paciente crítico.

Las enfermeras dan por sentado que, para cuidar al paciente crítico en toda su complejidad, han de tener esta formación especializada antes de trabajar en la UCI. Todas ellas reconocen que el máster en enfermería intensiva les ha proporcionado todas las competencias necesarias para el cuidado del paciente crítico:

E03: «[...] Creo que es una verdadera barbaridad pensar que una enfermera de tres añitos de carrera, o cuatro quizá, la metamos con un embudo, aunque sea por falta de personal, es mi opinión, ¿eh? Para cuidar a ese paciente que está rodeado de un montón de cosas ¿no? Y que se merece que la enfermera que se dirija a él y le dé los buenos días, aparte, sepa manejar con cierta agilidad el resto de cosas, ¿no? Es que ese paciente se merece lo mejor, lo mejor en aparataje y lo mejor en enfermería, ¿no?...»

E09: «[...] Yo cuando llegué a la UCI, lo siento, para mí lo más importante no era el paciente. Era la inseguridad que yo sentía. Y manejar todo esto... Una bomba que sonaba y no entrara aire, y otra que no se qué... Yo con las bombas y los respiradores... Cuando te sabías uno...»

Las informantes coinciden en cuanto a la necesidad de experiencia para sentir que cuidan de manera integral, que ya no se sienten inseguras acerca de toda la tecnológica que manejan. La seguridad tecnológica les permite darse cuenta de que la tecnología se aplica a la persona y de que la persona es el centro de los cuidados:

E01: «[...] Me'l mirava igual quan passava una estona, però abans m'obsessionava molt amb el respirador, tot, tot, m'obsessionava que no fallés res de la part tècnica, però no pensava en la persona. I no hi pensava de debò,

eh? Vull dir, sí que després feia les cures, que pogués estar còmode, els banys, el que sigui...»

Como se ha mencionado, las enfermeras subrayan la importancia del periodo formativo del posgrado, como paso previo a su desarrollo profesional en la UCI:

E03: «[...] Yo pensaba: “Una muchacha recién acabada, que no sabe por qué pita aquello, no tiene ni idea y en medio hay un paciente... Por respeto, yo me veo en la solemne obligación de formarme... Yo recién salidita no me siento preparada, tengo que madurar ¿no?” Y ese fue mi planteamiento: yo no sé lo que tengo que hacer, de repente alguien me habla de que existe un posgrado, y pregunto “¿De qué va ese posgrado?”, ¿no? “Oh, pues es un año”. “Me da lo mismo; a mí me gusta la UCI, ¿dónde tengo que ir?”. “Pues el mejor que hay es en Sant Pau”... Pues aquí que me vine y empecé el posgrado... Y encantadita de la vida...»

En el HSCSP, tener la formación específica forma parte de nuestra cultura reflexiva; es más, con la creación —hace 34 años— del curso de especialización, se cuenta con un equipo de enfermeras formadas y reflexivas en el cuidado al paciente crítico, tanto en la práctica educativa, como en la práctica asistencial. El pensamiento reflexivo de las enfermeras está dentro del contexto de la práctica reflexiva de la UCI, en el cual se llevan a cabo procesos de reflexión sobre la propia práctica, dentro de una cultura desarrollada con el fin de mejorar la práctica asistencial y docente de los profesionales. La formación y la docencia forman parte de la cultura de la UCI y están integradas con naturalidad desde el inicio de la UCI y del inicio laboral de las enfermeras (Jover, 2009; Tuning, 2006). De este modo, podemos decir que las profesionales han recibido la misma formación específica y que a la vez de manera natural han hecho su proceso de asimilación y han sido transmisoras del cuidado del paciente crítico:

E10: «[...] Es viu d'una manera natural, però sí que és veritat que les experiències et donen eines o habilitats que tu fas servir dia a dia per poder desenvolupar tot el coneixement que tens per cuidar...»

En el grupo focal también se destacó la importancia del aprendizaje significativo: aprender no consiste tan solo en adquirir conocimientos, sino que la enfermera experta ayuda a que el estudiante los integre en el paciente, que aprenda a tener criterio y juicio clínico. Sin embargo, es consciente de que el perfil personal y los valores influyen en el trato profesional:

E13: «[...] Para ser enfermera de UCI tienes que saber, pero también tienes que ser persona...»

EF03: «[...]S'ensenya el coneixement, que s'ha d'ajudar a integrar, i el sentit comú, i el criteri, yo creo que se nace, es pot fomentar, però el que no el té... Jo que porto molts anys fent classes a alumnes, no lo adquieren, lo siento, los que no lo tienen, no lo adquieren...»

También los pacientes captan la cultura formativa de la UCI. Uno de ellos lo expresa con estas palabras:

P17: «[...] Però dir “mira, ara farem això”, jo m'he trobat la majoria d'infermeres i infermers que m'han cuidat m'ho han dit, eh? Vull dir que entren, no sé si en la formació ho diuen o és el tarannà de la persona o què, però la majoria entren i “ara farem tal”, i tu “vale”. I ja està, i jo això ho agraeixo...»

En relación con el aprendizaje significativo, también destaca la importancia de la actitud activa, esto es, la actitud de reflexión continua, que conduce a la enfermera a no “acomodarse en la rutina”. La profesional busca en todo momento medidas de mejora. Para ello, se vale de reflexión, motivación y esfuerzo, los cuales le permiten estar siempre formada y avanzar en los cuidados integrales y seguros:

E05: «[...] Crec que és una lluita diària que requereix energia, de forma activa amb un esforç, que passivament no es pot fer, que si no estàs disposat a fer-ho és molt difícil treballar bé aquí, i que és una lluita... És una voluntat de ferro a tots els nivells, eh? Però a nivell professional totes les professions quan acaben continuen preparant-se, un professional d'infermeria no ha d'acabar mai...»

Así, entienden que el objetivo de la formación específica es transmitir la complejidad del cuidado al paciente crítico, proporcionando mediante el aprendizaje significativo las tres grandes dimensiones: conceptual o pensamiento crítico; interpersonal, basado en los valores y actitudes; y técnicas, que son las habilidades y destreza técnicas. Las tres contribuyen a que las enfermeras muevan los recursos necesarios para: a) **saber qué hacer**, que implica tener los conocimientos específicos; b) **saber cómo hacerlo**, esto es, tener las habilidades y destreza relacionadas con el tratamiento específico; y c) **saber ser y estar**, que implica tener la actitud necesaria para cuidar en toda la globalidad del paciente, es decir, cuidar teniendo en cuenta toda la dimensión de la persona (Tuning, 2006):

E03: «[...] Me enseñaron a dilucidar que en medio de aquel maremágnum, para cuidar a ese paciente que está rodeado de un montón de cosas, [este] se

merece lo mejor, lo mejor en aparataje y lo mejor en enfermería, ¿no? Y esa persona que se dirige a él y le da los buenos días y le coge del brazo ha de saber analizar al mismo tiempo que se está hipotensando, que esos ojillos están tiritando y a lo mejor puede estar convulsionando. Con un solo golpe de vista poder analizar el conjunto de la situación, y creo que eso merece, pues, una formación muy seria, una experiencia, un rodaje, y ese paciente, pues, necesita las dos cosas ¿eh? Tanto el tacto como persona y con educación, ¿no? Con todo lo que sabemos que tenemos que tener, y una profesionalidad especial, ¿no?»

No podemos olvidar la influencia cultural humanista y científica que lleva a cabo el propio colectivo profesional en su trabajo diario. De manera natural, la convivencia de las enfermeras expertas y las enfermeras de posgrado sirve para transmitir la responsabilidad competencial (Cohen, 1988; Medina, 2005a):

E08: «[...] L'aprenentatge té una part molt de veure que fa l'altre, com ho fa i quina actitud té quan fa les coses, eh? Llavors ja depèn de la teva opció personal que vulguis o no vulguis agafar el que estàs veient. Però jo penso que el fet que et vegin com fas les coses influeix en la visió que tenen. És donar-los cartes per veure que el malalt és important, i jo quan faig això ho faig d'aquesta manera perquè penso, ho ha de captar ara, perquè el malalt és la primera persona que ha d'estar en el nostre organigrama, ha d'estar aquí al mig i tots hem de ser-hi... Per tant, jo ho faig d'aquesta manera...»

Las participantes reconocen y reviven su periodo de formación en el posgrado/máster como un valor formativo relevante en su desarrollo profesional. Expresan que les transmitieron el conocimiento, el saber práctico, la relación entre la teoría y la práctica aplicada a la persona, y el juicio clínico siempre a partir de su manera de cuidar. Asimismo, es notorio que captaron el apego al rol profesional de cuidar a través de la autenticidad de las enfermeras expertas de la UCI, sus referentes. Podemos describir reflexiones en tres aspectos pedagógicos significativos de la formación que recibieron durante el curso; mediante el aprendizaje significativo del contenido teórico, del contenido teórico-práctico o seminarios y la práctica asistencial:

E09: «[...] Esto que dijo este paciente, "Yo en la UCI no vi máquinas vi enfermeras", a mí es que me llegó al alma. Porque es que yo lo veo así. Vale, sí, hay muchas máquinas y pitan, pero es que la máquina es importante en un momento puntual. Luego, la máquina no tiene que ser lo más importante. La máquina está ahí y sirve para lo que sirve. Que es importante, pero yo pienso que tiene que ser mucho más importante todo lo demás.»

El contenido teórico impartido antes de realizar la práctica asistencial y durante todo el curso tiene intercalados periodos de aprendizaje teórico-práctico, que son seminarios participativos en grupos reducidos en la propia UCI. Estos permiten a los enfermeros-alumnos llevar a la práctica las técnicas estudiadas, así como aclarar las múltiples dudas que genera la atención al paciente crítico:

E05: «El que passa és que hi ha alumnes que vénen contaminats, en moltes coses. Però almenys els del curs d'intensius, com que es dóna la teoria i la relació, això està... es dóna..., quan ho veu, ho veuen aplicat, veuen l'exemple de com han de relacionar-se amb el malalt, però també els ho hem d'explicar, cal verbalitzar-ho, perquè, tot i que surt i que és molt emocionant, doncs, s'ha de portar al cap estructurat que tu això ho fas d'una forma voluntària amb un objectiu, que això després et porta alegria i felicitat a la feina, però que això es fa amb un objectiu de poder relacionar-te bé amb el malalt. Cal dir-ho als alumnes, bueno, tu has d'anar i no posar-te nerviosa quan tu estàs practicant. Tu has d'anar amb seguretat i els ho has de transmetre: no només serveix que mirin; els ho has d'explicar...»

En el **plano teórico**, el programa del máster contiene todos los conocimientos específicos de la enfermedad en situación crítica. La informante E13 alude al hecho de que la formación en enfermería intensiva conlleva adquirir muchos conocimientos teóricos:

E13: «[...] Hombre, teóricos muchos, teóricos [...] muchos, muchos, muchos... Me acuerdo de que aprendí mucho de todo lo que se tiene que hacer cada día: tienes que lavarlo, curar las heridas, mirar el monitor, el respirador, el dolor...»

En el **plano teórico-práctico**, a través de distintas actividades formativas reflexivas, mediante las cuales las profesionales pueden desarrollar el pensamiento reflexivo, las enfermeras docentes facilitan la aplicación práctica del conocimiento teórico. En este plano, los estudiantes asimilan la comprensión del tratamiento en relación con la enfermedad y la respuesta que tiene el paciente asociada a su situación física, emocional, y/o espiritual. Así lo describe la enfermera:

E02: «[...] Són les dues parts: és una part molt mecànica de mirar la màquina i alarmes, i totes aquestes coses... Però després hi ha tota la part de... de que el malalt es senti segur i que, o sigui, dues coses, que se senti segur amb el suport tecnològic que està rebent, però a més, que ell amb la màquina rebi la terapèutica, i rebi el tractament, i que s'adapti a la màquina, i que se senti confortable, que se senti ben portat per la màquina, són les dues coses.»

En la **formación práctica**, las enfermeras transmiten su conocimiento a través de la enseñanza reflexiva como filosofía de formación del conocimiento práctico. Esta cubre el «saber qué», que comporta el conocimiento teórico implícito, y el «saber cómo», que se activa con la acción enfermera, la cual permite el reconocimiento instantáneo de situaciones problemáticas y respuestas intuitivas características de una práctica profesional experta. Polanyi (1958) describe este conocimiento práctico como inefable, tácito, e inherente del modo de actuar frente al paciente crítico. Las enfermeras recuerdan cómo aprendieron de sus enfermeras formadoras todas las dimensiones cognitivas, conceptuales, emocionales, procedimentales y morales requeridas para un cuidado competente. La siguiente intervención hace referencia a cómo aprendieron a «tener criterio»:

E03: «[...] Me enseñaron a dilucidar que en medio de aquel maremágnum de alarmas y de cosas yo podía llegar a entender que aquel paciente estaba en peligro de presión de vías aéreas “¡Ostras!, puede provocarle un neumotorax.” ¡Caramba!, esto es importante”...»

La misma enfermera hace hincapié en la idea de educar a partir de la reflexión de su praxis; entendiendo que el juicio clínico se adquiere con experiencia y conocimiento:

E03: «[...] O sea, yo creo que no se pueden separar nunca las dos cosas, creo que sería un error para mí, ¿no? De hecho, a mí me pasó con un paciente en edema agudo de pulmón: me dio por cambiarle de postura y luego pensé: “Esto es aberrante, lo que estoy haciendo”, pero me di cuenta después... Pero mi afán de que estuviera cómodo y de que se sintiera bien, de que respirara bien, me parecía que necesitaba un cambio postural, fíjate, y no supe valorar y luego yo misma me sentí mal, por no haberlo valorado bien y eso me dio pena, porque profesionalmente yo había cometido un error y empeoré el estado del paciente y para mí eso... Por eso pienso que no se pueden separar las dos cosas... Tienes que tener un ojo en el paciente y el otro en la situación de gravedad en sí y no superponer una cosa a la otra, eso pienso yo...»

Otra enfermera se refiere al «saber estar»:

E10: «[...] Bé, pues per a mi el cuidar es el que faig cada dia. Vull dir que no té més, però, clar, és molt complexe d'explicar-ho perquè fas moltes coses, i a part de la part tècnica i les tècniques, pues per a mi és intentar [ajudar] la persona que tens al davant en el procés que està vivint, bàsicament, i això pots fer-ho de les maneres que fem sempre tothom, encara que a vegades siguin complexes per la situació que que s'està vivint, la parla, l'escolta, què més, és que infinitat de coses que ara no em passen pel cap, la comprensió, que

estiguis a prop de la persona, el tacte visual, o la comunicació no verbal, què més podria ser... És que és tot...»

Así como a entender la complejidad del cuidado:

E13: «Me acuerdo de que en mis primeras prácticas en la UCI, mi enfermera de referencia me enseñó primero la continuidad y el saber hacer diario. Empecé a entender la complejidad y la cantidad de tiempo que podía estar un paciente en la UCI. Aprendí mucho: que si diariamente tienes que hacer eso, esto, aquello y lo otro, lavarlo, curarle las heridas, mirar el monitor, el respirador, el dolor...»

E09 alude a la importancia de la continuidad en los cuidados y la relación que tiene con la seguridad que siente el paciente:

E09: «Yo pienso que más que nada [...] es la seguridad que les damos. De que tú llamas y aunque no vayas a atender enseguida lo que dices, por ejemplo, “Un minuto”, “Dos minutos”, “Ahora estoy ocupada”. Y ellos lo entienden enseguida, pero saben que estás ahí, que tienen la presencia continua en un momento que para ellos...»

Igualmente, las informantes subrayan el hecho de integrar cuidados físicos y humanos:

E13: «Al cabo de un tiempo te sabes las preferencias del paciente, y te he dicho antes que no hay que mimarlos, pues no es que los mimes; es que simplemente haces que el box de la UCI sea como una segunda casa. Porque claro, estando un mes y medio, es que no queda...»

Las participantes explican que la enseñanza reflexiva y la enfermera docente reflexiva referente en su periodo práctico influyeron como facilitador y modelo de aprendizaje reflexivo en su posterior desempeño como profesional reflexivo. La pericia clínica de la enfermera experta le permitió desvelar el verdadero conocimiento clínico (Castillo, 2013) y, así, el juicio clínico se conformó en gran medida durante el periodo práctico; este incide directamente en el desarrollo de la capacidad reflexiva, que permite llevar a cabo la valoración integral de la persona con criterio, dominio técnico y clínico. Supone asimismo la capacidad de priorizar, prever y discernir delante de toda la complejidad del tratamiento y de la persona. Gracias a él se sabe qué es lo más adecuado en cada momento del proceso del paciente y se logra cuidar de manera acertada, eficiente y sin miedo, teniendo en cuenta la tecnología aplicada a la persona. Al reflexionar sobre su periodo de aprendizaje, las enfermeras también

ponen de manifiesto que es durante la práctica cuando perciben la importancia de la continuidad de los cuidados y el beneficio que reporta al paciente:

E03: «[...] Yo tuve de enfermera referente en prácticas a MP y, francamente, para mí era una profesional como la copa de un pino, porque igual que le afeitaba, le limpiaba, le ponía una torunda para que no se deformara la mano, lo sentaba, lo ponía en la cama y no le importaba estar de pie todo el tiempo, no se sentaba para nada. Cuando estaba el paciente descansado, se iba a montar un respirador y todo a punto para que no fallara nada, era un conjunto, a mí me transmitió preocupación y ocupación por aquel que lo está necesitando... Tenía su carácter, tenía lo que tuviera, pero a mí me transmitió una dinámica por la que yo le estaré agradecida siempre, siempre, y yo creo que es un poco lo que hemos de intentar hacer con las generaciones que vienen, ¿no? Ese vibrar por aquella persona que está enferma...»

E09: «[...] A veces te dicen: "Es que tengo dolor". Digo, bueno, realmente tiene dolor -porque claro ya le ves la cara, pero a lo mejor no es exactamente dolor. Digo: "Bueno, ¿realmente es dolor o le preocupa algo?" Y entonces empezamos: "Bueno, realmente no, es que estoy como un poco intranquilo". Dices: "Bueno", pues a partir de ahí pues ya haces unas cosas o haces otras, pero hay otros que tienes claro que tienen dolor. O sea que no hace falta que ni te lo digan, porque ya lo ves y le dices: "¿Que le pasa algo?" Porque ya lo ves, que está más taquicárdico... "Sí. Es que hace un rato que tengo un dolor." Digo: "¿Por qué no me ha avisado?" "Ay, es que no quería molestar, no quería molestar". "Pero si no molestas". Claro que las caras de las personas te dicen algo.

Las enfermeras del grupo focal y los pacientes coincidían en relación con los cuidados recibidos que dan seguridad, bienestar y satisfacción cuando se dispensan de forma continuada las 24 horas del día. Así lo explicaban los pacientes:

P20:«[...] El enfermo está tratado, vaya, que la gente está encima de él constantemente.»

P06: «[...]Te hacen sentir seguro: de que están por ti, de que están trabajando en ello, de que están...»

P38: «[...]Cada enfermera tiene su librito. Todos servían para lo mismo. Unas eran una tirita de celo y otras un..., ¿Me entiende? Yo decía: "Todas tenéis vuestro librito". Librito profesional, ¿sabes? Pero todas han cumplido su objetivo, el cuidado.

Las enfermeras del grupo focal reconocen que el trabajo es continuado, ven que donde no llega la enfermera de un turno, llegará la siguiente con la misma intensidad y responsabilidad hacia la persona cuidada:

EF05: «[...] Yo eso creo que es muy importante, porque tenemos que sacarnos de la cabeza que no somos ni *superwoman* ni superhombre: si no he visto un rojito que hay aquí, pues quizá lo vea mi compañera de después, y no pasa nada.»

EF01: «[...]Esperan de ti que seas un buen profesional, por supuesto.»

El objetivo que tiene la enfermera es que el paciente se sienta lo más cómodo posible. En este sentido, en su tesis doctoral, Rodríguez (2012: 118) hace hincapié en la importancia de tener una formación desde la práctica reflexiva, que permite relacionar las experiencias de aprendizaje y la reflexión a partir de los tres elementos importantes en el proceso reflexivo: a) volver a la experiencia describiéndosela a los demás, b) prestar atención a la descripción y a los sentimientos asociados a dicha experiencia y c) reevaluar la experiencia después de prestar atención a la descripción y a los sentimientos (Brockbank y McGill, 2002, en Rodríguez, 2012: 119).

Entendiendo que ha de continuar con la parte comprensiva que permite asimilar e **integrar la teoría en la práctica**, la participante expresa su vivencia como alumna en relación con el aprendizaje reflexivo y describe su evolución como enfermera de la UCI. Afirma que es capaz de integrar la teoría en la práctica, y cuidar del paciente desde esta integridad, que supone una visión holística de la persona con toda la tecnología; valorarla en su conjunto y de forma específica:

E02: «[...]¿Cuál es el punto? Pues cuando te llenas de..., ¿no? La reflexión. Tú te puedes llenar de conocimientos, te puedes llenar de lo que aprendes por mimetismo, te puedes llenar..., pero es cuando tú consigues integrar todo esto, cuando eres capaz de ser crítica y decidir en vista de todo lo que tienes, todo el abanico, porque una cosa sola no tiene ningún sentido. Por eso es tan complejo, yo creo, ¿no? Porque abarcas muchos campos, tienes que ser capaz de analizar la situación y ver el trasfondo de todo, de cualquier cosa puedes pensar, bueno, pues algo tan sencillo como puedes decir hacer una higiene,

antes de ponerte a hacer una higiene, la de situaciones que te han pasado hasta llegar tú a decidir si haces una higiene o no la haces, o cómo la haces, o por dónde empieza, ¿no? ¿Por qué? Porque piensas: “Pues, mira, como tiene fiebre está destemplada: voy a ir enseguida. Un trocito y la tapo y, no sé, que para que después no tenga sensación distérmica, mmm... síí... síí, a mitad lo tolera mal, sí... ¿no? Es como que estás analizando ABSOLUTAMENTE todo; y tú, si me miras desde fuera, dices: “está haciendo algo mecánico, está cogiendo una esponja y le está lavando” ¡NO! Está totalmente analizando toda la situación, además de todo lo que involucras en la manera de tocar, secar, es que es TODO, es que es todo. Es que no es, dices, bueno, o sea, ahora es mimetismo, no. No, es algo todo mucho más complejo y es coger de todo y ser capaz de analizar todo y transmitir todo...»

Emerge la conciencia y la autorreflexión de las enfermeras sobre la importancia social de su acción práctica en el desempeño del rol profesional y, en consecuencia, en la **transmisión de la esencia del saber cuidar**. Se dan cuenta del proceso de integración y coherencia entre la teoría y la práctica a partir de la reflexión individual y colectiva.

Las enfermeras asumen su rol como **transmisoras de la esencia del saber cuidar**. Así, con el tiempo, surge entre ellas el interés por ir modificando, en función de su experiencia, el modo de transmitir el conocimiento complejo en el contexto de la persona y su enfermedad, que quedará más explicitado en el vector de la socialización.

Las enfermeras expresan que, después de un proceso formativo específico, el cual proporciona las competencias necesarias para cuidar de manera integral al paciente crítico, se dan cuenta de que a pesar de creer que cuidan de manera integral del paciente, no consiguen ese objetivo hasta transcurrido un tiempo indeterminado para comprender la esencia del cuidar. Dicho tiempo de consolidación varía para cada enfermera en concreto y se deriva del conocimiento previo formativo y de la conjugación con la expertez clínica adquirida durante la propia práctica asistencial en su desarrollo profesional (Benner, 1984).

E01: «Jo, quan vaig acabar, mirava totes les coses que pensava que se'm podien passar, i de debò que no mirava, i me n'adono ara, eh? En aquell moment pensava que potser sí que li donava totes les cures globals, però no ho feia, no ho feia, segur. Feia el que tocava, però no m'importava gaire... A veure, sembla que és com molt fred, no? Però sí que és veritat; no pensava tant en la persona ni en la família, en el context, no?»

Este tiempo indeterminado de experiencia es el que permite adquirir seguridad con la tecnología y vencer la inseguridad, el miedo ante la responsabilidad de cuidar al paciente crítico, el cual, como bien sabemos, en la fase más aguda de la enfermedad, debe su salud o supervivencia a muchas máquinas que sustituyen órganos vitales. Transcurrido este tiempo indeterminado, las enfermeras afirman sentirse seguras con la tecnología; es entonces cuando se dan cuenta de que **son capaces de ver primero a la persona, junto con las máquinas**, de una manera realmente integral, es decir, con una **visión holística de la persona**, en lugar de ver a las máquinas independientemente de la persona, o de verla solo después de realizar las intervenciones relacionadas con la seguridad tecnológica y farmacológica.

La participante E03 lo expresa de la siguiente manera:

E06: «Cuando una enfermera es demasiado tecnológica, normalmente le da primero los buenos días al monitor y después al paciente, y cuando se unen las dos cosas la enfermera entra al box mirando al paciente con un ojo y mirando el monitor con el otro. Tienes que tener un ojo en el paciente y el otro en la situación de gravedad en sí, ¿no? Y no superponer una cosa a la otra, ¿no?, ser muy neutrales en eso, pienso yo.»

Así, pues, una dimensión fundamental en el cuidado que proporcionan a los pacientes críticos es la **integración humano-tecnológica**, que forma parte de la **esencia del saber profesional** y que **se encuentra en el centro del cuidado** que proporcionan las enfermeras. Este cuidado humanizado se produce en el seno de una práctica reflexiva en la relación interpersonal con el paciente, y se encuentra inmerso en una **cultura humanista** en la unidad de intensivos, donde se lleva a cabo la transmisión reflexiva del saber tanto a nivel de los estudiantes como del mismo equipo de enfermeras.

E01: «Sí que es veritat que noto que ara em miro més el pacient, bueno, me'l miro a ell, a la persona, sí, que abans no me'l mirava... Llavors ara sí que entro en un box, sempre li pregunto més coses, sempre m'hi fixo més psicològicament, potser, com està, tot i que jo potser a vegades no sé resoldre moltes coses, però l'escolto més a ell, sí que miro els números, perquè, a veure, sí que són importants en una UCI...»

8.1.5. La formación continua desde el aprendizaje reflexivo

Las enfermeras de la UCI han de desenvolverse dentro de una realidad multidimensional y compleja, construida a partir de múltiples relaciones, entre personas, prácticas, instituciones y saberes, que precisa de una formación continua y una adaptación constante al cambio (Medina y Sandín, 2006).

Como se ha señalado en el apartado anterior, a la vez que expresan la necesidad de formarse, las enfermeras reconocen que no se atiende de manera integral, como un todo, al paciente crítico, hasta que no ha pasado un tiempo de experiencia. Este tiempo permite asimilar todas las competencias y ponerlas en práctica en toda su dimensión; requiere formación específica, experiencia y dominio de dichas situaciones.

De manera implícita, los informantes se refieren también a la **formación continua**, que de manera natural realizan a nivel personal y de servicio en la UCI, para poder mantener su conocimiento actualizado e incorporar las innovaciones tecnológicas y de cuidados inherentes al tratamiento del paciente crítico. Consiste en cursos externos o internos impartidos por las mismas enfermeras u otras disciplinas, como las sesiones clínicas que inciden directamente en compartir y aumentar el conocimiento y el saber hacer de la disciplina enfermera (Abreu, 2004), así como la transmisión entre profesionales que se da en la unidad, en el diálogo vivo y constante entre ciencia y práctica en el día a día, el cual conduce al desarrollo del conocimiento de la práctica del cuidado (Benner, 1997):

E13: «[...] Jo tinc ja una manera de fer: l'experiència m'ha sumat a aquesta manera de fer, he anat agafant dels meus companys com resolen els problemes, i això a mi m'ha donat eines per treballar i desenvolupar el cuidar.»

E13: «[...] Jo diria que s'aprèn de tothom! S'aprèn de tothom.»

La formación sigue teniendo un papel clave dentro de la UCI: está siempre presente en la trayectoria profesional, durante las distintas fases del proceso de adaptación y comprensión de la complejidad del cuidado del paciente crítico. Por este motivo, las enfermeras se dan cuenta de que cuando comienzan su carrera profesional en intensivos, a pesar de contar con los conocimientos, habilidades y destrezas, indispensables, se sienten perdidas y necesitan de las compañeras, las enfermeras expertas, que son referentes para su actuación.

La enfermera E10 hace hincapié en la necesidad de las compañeras en la fase posterior a los estudios de máster:

E10: «[...] Yo pienso que, evidentemente, sin alguien de referencia y algunas pautas no puedes empezar, porque te ves perdido, un mundo súper amplio; es algo que no me lo acabo, dices: “No me lo acabo”, cuando empiezas.»

La formación de expertos en técnicas y los nuevos tratamientos, desde la competencia enfermera, permiten visualizar el rol propio dentro del equipo interdisciplinar. Un ejemplo es el curso de tratamiento depurativo continuo en el paciente crítico (V_V)¹³, curso abierto que llevamos a cabo desde hace tres años. Una de las enfermeras experta en el tratamiento V_V mencionó la importancia de la formación de expertos, en la autonomía del rol, en una jornada de expertos mayoritariamente médicos:

E03: «Un médico alemán me preguntó en un congreso “y todo esto de que las enfermeras decís que os tenéis que formar...”, porque yo hablé de la formación enfermera, que es fundamental para ser autónomas en el cuidado de las técnicas continuas, sobre todo en un hospital de tercer nivel, tanto por los costes como por la seguridad del paciente. Bueno, el mensaje principal era si la enfermera de UCI no está preparada no puede llevarse a cabo este tratamiento a pacientes tan inestables y tampoco sería posible llevar a cabo todas las investigaciones que habían expuesto: no serían nada sin la preparación enfermera. Este era el mensaje principal, entonces les hablé de fortalecer la preparación enfermera y la preparación médica y de que a nivel enfermera nosotros teníamos un curso de expertos...»

Durante su formación, las enfermeras expertas pueden presentar a la Dirección Enfermera un proyecto de ampliación de conocimientos para optar a unas becas internas de la institución de la Muy Ilustre Administración (MIA). Estas ayudas les permiten realizar una estancia en centros hospitalarios de excelencia para profundizar en temas de interés y específicos para el cuidado del paciente crítico. Durante los últimos cuatro años, las solicitudes presentadas por las enfermeras de la UCI han sido seleccionadas, de modo que se han podido realizar estancias en Italia, Francia e Inglaterra, en centros expertos en tratamientos de Plasmafiltración, Citrato,

¹³ Creación del Curso de tratamiento depurativo continuo en el paciente crítico (V:V). Diseñado y llevado a término por enfermeras expertas en dicho tratamiento depurativo del propio servicio de la UCI, dentro del programa Penélope de Sant Pau, con el objetivo de proporcionar una formación específica en la depuración continua que permita a las enfermeras liderar la aplicación y cuidados de los distintos tratamientos depurativos que pueda precisar el paciente crítico.

Ventilación mecánica no invasiva o Soporte ventricular. La formación de las enfermeras expertas en los distintos tratamientos específicos forma parte del avance en nuestra disciplina y aporta elementos nuevos a nuestro campo de conocimientos a partir del intercambio con enfermeras de otros centros hospitalarios y con una clara repercusión en el equipo de enfermeras. Así se refiere a ello una de las informantes:

E09: «[...] Si yo esto no lo controlo, yo no puedo transmitirle que controlo esto al paciente. Y ahora, yo, aunque no controle una cosa, puedo transmitirle al paciente que la controlo porque sé que hay una enfermera experta en el tema. Con la evolución de los años, ves que no está mal decirle: "Mire, esto yo no lo sé, pero no se preocupe porque voy a buscar una enfermera que sabe más que yo". La vas a buscar y, mientras, nosotras lo arreglamos y no hay problema.»

Las participantes expresan la formación desde la práctica clínica a través de la experiencia personal en el trabajo, con el equipo de enfermeras, con la actualización de conocimientos y a través de las aportaciones de enfermeras expertas en tratamientos específicos en la misma asistencia diaria. Podemos decir que se corresponde a lo que Giddens (1987, 1991, 1993, en Delgado, 2010) llama proyecto reflexivo de sí mismo por medio de una *praxis* reflexiva discursiva individual sobre la práctica, pero que pone en común gracias a la reflexividad colectiva en el contexto práctico y que está íntimamente ligado al concepto de estilo de vida. El proyecto reflexivo de sí mismo y colectivo se concibe como proceso de conocimiento en la práctica. La participante E09 explica:

E09: «[...] Después necesitamos una parte de actualización continua de conocimientos, que eso no se pone en duda, pero yo pienso que eso ya tiene que ser una cosa que sea inherente en el servicio, pero también es cierto que también depende de la persona.»

E09: «[...] Pero lo aprendes también analizando: "Ostras, me he equivocado. Mira qué mala noche ha pasado. Si en vez de así lo hubiéramos hecho de esta otra manera..." Entonces ya lo pruebas de esta otra manera con el mismo paciente, y encuentras la forma adecuada.»

Un paciente hace mención del aprendizaje de las enfermeras, se da cuenta de que la enfermera tiene internalizado el cuidar y de que lo transmite a través de la interacción que se establece en el medio sociocultural en el que se lleva a cabo la propia práctica; así, capta el aprendizaje experiencial reflexivo:

P37: «[...] Como que lo sienten, lo hacen tan a gusto que te transmiten a ti la sensibilidad de ellas, y el apoyo, y tú te sientes bien. Lo pueden transmitir porque siente su profesión. Siente lo que está haciendo. Y si lo siente lo vive, y al vivirlo ella te lo comunica a ti.»

Durante este periodo continuo de aprendizaje significativo y crítico, el profesional reflexivo se da cuenta de que en la misma práctica asistencial sigue aprendiendo, y de que para ello es necesario seguir reflexionando sobre la propia acción. Consta que, por un lado, es imprescindible ver a la persona y su individualidad, ya que cada persona tiene una percepción distinta de la realidad; y, por otro, se debe aprender desde la reflexión en la propia acción. Como dice Moreira (2000), el hombre aprende corrigiendo sus errores. El diálogo reflexivo, también consigo mismo, le permite avanzar y mejorar en su práctica profesional. Según Benner (1984), hay un momento en que la enfermera experta ya se da cuenta de que domina la tecnología y percibe el cambio. Hay un cambio de visión motivado por la experiencia, que permite integrar el conocimiento, las habilidades y el saber hacer, en el trabajo diario:

E01: «[...] Ara jo puc fer coses alhora, però abans no podia o potser m'obsessionava més la màquina. No pensava en el pacient...»

E01: «[...] Potser és que les domino més ja, però ho deixo com en un segon pla, sempre em miro més ell, que estigui bé, que estigui còmode i, després, ja em miro les màquines, les medicacions i les coses. Això és el que he canviat molt, però me n'he adonat fa poc, potser fa un parell d'anys o així...»

EF02: «[...] porque, aunque lleves mucho tiempo, sí que hay veces, situaciones en que dudas.» EF03: «Y tanto, y vas al compañero: "Oye". EF06: «tener la humildad de preguntar» EF01: «Y ahora más y cuanto más experta, más preguntas. EF07: «Que venga el que sabe más del tema...»

En los resultados hay un cambio sustancial en la percepción del rol de las propias enfermeras de la UCI, con relación a los resultados iniciales que emergieron en la investigación-acción de Delgado et al. (2001) ante la observación y posterior reflexión de los cuidados realizados durante el ingreso en la UCI, que situaba el valor y el peso del rol profesional en una reflexión básicamente técnica; a diferencia de la actual visión de las enfermeras, que otorga el peso y el valor del rol profesional en el cuidado del paciente crítico, desde la integración humano-tecnológica.

8.2. Cultura reflexiva, un cuidado centrado en la persona

La cultura humana o reflexiva es uno de los tres vectores que confluye en el punto central del cuidado al paciente crítico, la integración humano-tecnológica. Este vector permite mostrar a través de la voz de los participantes cómo se configura una realidad personal y grupal de cultura enraizada en valores, creencias, actitudes y pautas de comportamiento de la propia cultura humanista, tecnológica y científica de las enfermeras de la unidad. Estos están internalizados de manera individual en las enfermeras expertas y de manera colectiva en todo el equipo de enfermeras. Las participantes entienden que corresponde a una manera de ser y de estar que tiene que ver con el perfil personal y profesional humanista; este se articula en una cultura formativa reflexiva humana y competente que conlleva cuidar al paciente y a la familia de manera personalizada, integral y continua.

Teniendo en consideración los resultados de los distintos ciclos reflexivos de la investigación-acción de Delgado et al. (2001) y Delgado (2010) de las enfermeras sobre su propia práctica, hizo aflorar la reflexión individual y colectiva de la identidad profesional de las enfermeras. Identidad profesional que en los resultados actuales nos permite situarla de manera implícita en la cultura reflexiva de la UCI, formando parte de la cultura inherente en las enfermeras de la UCI tanto a nivel personal como colectiva dentro de un contexto humanista y de identidad profesional en el cuidar, que delante de la reflexión de su práctica permite que emerjan las características personales y colectivas que hacen posible que siga desarrollándose en un proceso continuo de avance profesional.

8.2.1 Perfil personal

Bourdieu (2000) plantea que el capital cultural puede existir en estado incorporado, formando parte de la cultura personal e incorporado mediante la pedagogía familiar, además del contexto sociocultural del grupo. Cohen (1988) lo expone como un proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión. Según Purnell (1999, en Bonill y Celdrán, 2012), la cultura hace referencia a la totalidad de los patrones comportamentales socialmente transmitidos, las artes, las creencias, los valores, las costumbres, los estilos de vida y los pensamientos característicos de una población de personas que guían su visión del mundo y sus decisiones. Estos patrones pueden ser explícitos o implícitos, primeramente

aprendidos y transmitidos en la familia, o bien enseñados por los demás miembros de la cultura. Se trata de un fenómeno que cambia en función de la dinámica global.

Los participantes ven con su experiencia que es necesario que la enfermera de la UCI tenga un perfil personal humanista. Dicho perfil tiene que ver con los valores transmitidos en su entorno familiar, que forma parte de su sentido de vida y, por lo tanto, le permite ser coherente entre el pensamiento y la acción que lleva a cabo diariamente. A su vez, la formación específica y continua corresponde al perfil profesional humanista de la unidad, reflejado a través del propio equipo profesional, sobre todo si el grupo de enfermeras se siente cómodo con su rol profesional (Cohen, 1988). Las participantes lo expresan diciendo:

E02: «[...] Supongo que es la conjugación de todo: una persona tiene que tener algo dentro también. Y ¿quién me ha dado esos valores y estas cosas? Pues supongo que la familia que he tenido. El que seas tú como persona, el trato humano. Si tú no eres humana no puedes dar un trato humano, si es que esto va todo ligado. Lo que tú tienes, tuyo, innato y adquirido por... por... ¿no? Mientras te vas formando como persona, cuando llegas a ser persona tú y luego como consigues dar un cuidado... Claro, todo esto que tengo yo metido de algún sitio ha salido. Yo, claro, las experiencias que más puedo contar son los compañeros que he tenido, la familia que he tenido para que me hayan hecho ser...»

Las enfermeras también describen otro aspecto fundamental para que el aprendizaje sea significativo, que consiste en que, además de tener el conocimiento, es fundamental que el alumno tenga predisposición para aprender significativamente. Dan mucho valor a la actitud que denota interés por aprender, pensar, estudiar, comprender; en definitiva, que sean reflexivos y no obedientes, que manifiesten disposición para relacionar con su estructura cognitiva los significados de manera significativa y no lineal ni literal, hecho que conduce a formar parte de la cultura del grupo profesional de manera constructiva sin dejarse dominar (Moreira, 2000):

EF03: [...] S'ensenya el coneixement i s'ha d'ajudar a integrar i el sentit comú, i el criteri, jo crec que si neix, es pot fomentar, però el que no el té... (EF7: no lo siente)...»

E14: [...] Sí que es verdad que hay gente que esto lo lleva dentro desde siempre, y yo creo que una vez ya en la carrera te tienes que dar cuenta de si

lo llevas dentro, porque esto sí que lo creo. Tienes que disfrutar o el querer cuidar de la gente o el bienestar de las personas. Hay algo que te tiene que llamar porque si no... Siempre te va a faltar ese...»

E11: Jo crec que forma part d'una sensibilitat. A veure, tot s'aprèn i tot s'adquireix, però jo crec que també forma part d'unes persones més que d'altres, a vegades... Vas adquirint, això és evident, i també els malalts et van ensenyant a tu, jo crec que és quelcom recíproc... Però jo també crec que hi ha sensibilitats més... que això ho fa més instintivament, i hi ha gent que no tant...»

El paciente P30 capta la cultura humanista a la vez que competente por parte del equipo de las enfermeras de la unidad:

P30: Conozco y he recibido información de que en vuestro colectivo hay mucha gente que no tiene contrato laboral fijo. Entonces, no se distingue los que tenéis contrato laboral fijo de los que tienen otro tipo de contrato de prácticas, tiempo parcial u ocasional. Todo el personal tiene el mismo comportamiento y no se aprecia su situación laboral. He podido comprobar que vuestro colectivo ha respondido con creces aportando “un saber estar y comportarse”»

Como explica Giddens (1987), los entornos sociales en los que existimos no consisten en meras agrupaciones casuales de acontecimientos o acciones, sino que son estructuras sociales que se construyen a partir de acciones y relaciones humanas. Por ello, considera que la vida social se construye a partir de las personas que participan en ella, es decir, los actores sociales, y de las estructuras en donde se llevan a cabo, que son las instituciones. Así se plantean la construcción de relaciones humanas en el cuidado los profesionales y usuarios que entienden el contexto de la UCI:

E04: «Precisament perquè és un ambient tan hostil t'has d'esforçar encara més per humanitzar-lo, no?»

E10: «Encara que estigui intubat! Això no té res a veure. No actues segons si porta un tub a la boca que l'ajuda a respirar, perquè això ja se sap que es una cosa a més a més i que tu estàs cuidant la persona, no el que porta...»

P30: «En arquitectura, terminas la entrega de un proyecto y puedes reponer fuerzas. No es como vosotras que tenéis una responsabilidad continua en el tiempo y con pacientes, y no puedes decir “oye, que me voy, que estoy muy cansado...”»

8.2.2. El aprendizaje de la cultura profesional de la UCI

El cuidar como parte esencial del rol profesional de la enfermera de intensivos, que emerge en todos los participantes, forma parte del perfil profesional, tanto a nivel individual como del equipo. Se configura así la cultura reflexiva, que permite comprender los elementos que inciden tanto a nivel personal, grupal como contextual con relación al comportamiento esencial del cuidado humanizado.

Además de tener formación específica, las enfermeras perciben la necesidad de tener incorporados los valores éticos, morales, que forman parte de su perfil personal y profesional humanista. Se dan cuenta del efecto que producen el «saber ser y estar», actitud incorporada en su manera de actuar, para poder cuidar en toda la globalidad al paciente, es decir, cuidar teniendo en cuenta toda la dimensión de la persona durante las intervenciones que se le realizan. Se establece, con ello, una relación de ayuda durante el proceso:

E10: «Per mi el cuidar és intentar que la persona que està malalta, que està patint un procés que no és normal a la seva vida, intentar en principi —com a infermera— *curar-lo* d'aquesta malaltia. Perquè en teoria és això, amb les tècniques, amb tot el que hem estudiat... Però després també hi ha aquesta part humana de dir: “La persona està sofrint un procés que és anormal a la seva vida i per tant has de cuidar molts espectes”. Un aspecte és que potser aquesta persona no ha estat mai malalta, intentar que ho porti el millor possible. Intentar que no tingui dolor, que de vegades es una cosa que no han patit, i després intentar que el seu entorn estigui el millor possible: de cara la família... Potser una persona que ha deixat el seu entorn de treball, s'ha separat... Intentes d'alguna manera suplir aquestes mancances. Com? Bé, no ho sé, també depèn de qui et trobes. També depèn de la persona i del procés en què et trobes. Jo no vaig portar aquesta noia, però ja et fas a la idea que necessita un suport de tot, fins i tot espiritual, de pensar: “Per què m'ha passat a mi, això?” I poder-la ajudar una miqueta encara que no li puguis donar masses arguments, a part de tindre també un tracte de *carinyo* amb aquesta persona, saber-la comprendre en un moment donat si... Si aquesta persona es posa a trucar al timbre mil vegades també tindre una resposta bona amb això, entendre la seva situació. Posar-te una miqueta en el lloc d'aquesta persona. I així també entens una miqueta depèn de quines reaccions. I si els familiars et parlen de la dificultat de les normes de la institució, també saber comprendre i saber fer una deferència i que puguin entrar més familiars, més hores, més estona... Bueno, i tot això s'engloba en el cuidar, tots aquests espectes...»

El paciente, según su experiencia en la UCI, expresa con estas palabras la respuesta a la pregunta ¿cómo crees que ha de ser, la enfermera, y que características personales y profesionales piensas que ha de tener?:

P10: «Això, vull dir, més que res això. Que t'agradi cuidar la persona, i implicar-te, en totes les cures, en tot, en el que sigui...»

Los resultados permiten la visualización de nuestra cultura humanista en relación con la calidad de los cuidados proporcionados. Tanto a nivel personal, profesional como social, se puede ver que la cultura humanista y científica unida forma parte de la esencia del cuidado holístico, que es capaz de integrar la técnica en el ser humano y comprender la evolución tiene lugar en las personas cuidadas:

E08: «Són les dues parts: és una part molt mecànica de mirar la màquina i alarmes, i totes aquestes coses. Són els que hi ha, el malalt no té perquè saber si les alarmes estan amunt o avall. Però després hi ha tota la part que el malalt es senti segur, o sigui, dues coses, que se senti segur amb el suport tecnològic que està rebent, però, a més, que ell amb la màquina rebí el tractament, i que s'adapti a la màquina, i que se senti confortable, que se senti ben portat per la màquina; són les dues coses, no? Tota la part del que és la interacció amb la màquina, t'estàs una estona allà, mirant a veure com respira el malalt, si assisteix, si no assisteix, si el veus còmode, vull dir, hi ha una part de visualitzar la interacció del malalt amb la màquina, de com respiren, dels volums que fa, de si fa pressions, de si el veus amb una mecànica tranquil·la, de si el veus relaxat, de si el veus confortable; o si el veus, pues, allò, tirant, o que es baralla amb la màquina...»

P06 nos proporciona una descripció del mismo hecho, desde el punto de vista del paciente:

P06: «Ellas estaban allí y te decían: "Tranquila, respira". Esa tranquilidad que despiden, ese cariño que demuestran, es que no te sabría decir, la profesionalidad que ya se sabe que se supone que tienen que tener, pero es eso, el cariño, la devoción que a veces pueden demostrar que tienen, porque aunque no los llames te vienen y te preguntan cómo estás, si necesitas algo... Es que yo no puedo decir nada malo...»

Cohen (1988: 22) también explica que, durante el proceso de asimilación profesional, la persona renuncia a los estereotipos sociales y los medios de comunicación que prevalecen en nuestra cultura y adopta los que mantienen los miembros de la profesión. Por ese motivo resulta esencial la interacción con los profesionales, para aprender qué sienten los profesionales hacia los pacientes y hacia los colegas, cuáles son los problemas que se plantean y cómo lo resuelve el propio grupo

profesional, para poder constituirse en portador de los valores y actitudes culturales del grupo. Cohen (1988) dice que, sobre una base técnica, se construyen los valores, actitudes y reacciones emocionales que exige el rol profesional y espera la sociedad de las enfermeras. Así se refieren a ello los informantes:

E02: «O sea, lo veo como algo normal, que nos puedan llegar a necesitar, porque realmente están muy limitados, les limitamos de todo, están llenos de tubos, están llenos de dolor, están llenos de todo..., de miedo. Entonces hasta que tú no empiezas a quitar miedo, hasta que no empiezas a quitar tubos, hasta que no les dejas dar un poco de movilidad, luego ellos ya pueden volver a recuperar su persona. Es como que se dan a nosotros. Es que estaba muy bien explicado por ellos: “Estoy en manos de”. Que nosotras en sí pues somos las manos de ellos, la vista de ellos, TODO de ellos. Nos transformamos en eso. Es como una prolongación de todo lo que ellos... Evidentemente no sentimos el dolor que sienten ellos, físicamente hablando... Pero también sufrimos si vemos que hay algo que nooo... Hasta eso, ¿no? Es como una prolongación misma del paciente. Es que es muy bonito...»

P09: «Pues, ser casi mi boca, desde ayudarme, preguntarme, todo, vamos, cualquier cosa, “Si tienes ganas de orinar, me pides”, “Si tengo que ayudarte, te ayudo”...»

P05: «La verdad es que todas, con lo que me acuerdo, porque hay momentos en que yo no estaba bien, porque me intubaron dos veces, pero siempre a la que he necesitado algo han estado ahí.»

P06: «La atención de este colectivo ha sido inmejorable y prácticamente todos me trataron con mucho cariño y dedicación.»

Tanto el perfil personal como el perfil profesional humanistas, que forman parte de la cultura de la UCI, son captados por el profesional que se incorpora en el equipo, en el aprendizaje del día a día que fluye en la manera de hacer del equipo y en el ambiente de UCI. En las palabras de la participante vemos claramente que la cultura de la unidad es humanista y coherente con la acción. La acogida que recibe le brinda la oportunidad de formarse dentro del propio equipo, no solo de manera teórica, según los procedimientos, sino también a partir de la manera de ser y de actuar de cada miembro del equipo y del propio ambiente de la UCI. Al incorporarse al equipo, la enfermera capta los valores éticos y morales a través de las acciones que llevan a cabo las enfermeras expertas; estos están incorporados en el cuidar y dan sentido al trabajo profesional humano-tecnológico, entidad y empoderamiento de las enfermeras en su rol específico de cuidado del paciente crítico:

E02: «El momento es cuando tú estás trabajando como profesional, como enfermera, dentro de una UCI, y yo tengo la gran suerte de encontrarme: con las dos P, con la A, con M, con B; que me hacen una ACOGIDA. Que entonces es todo como fácil. Si tú ves esa manera de hacer, esa manera de hablar, esa manera de tratar, esa manera de TODO, tú aprendes esa manera. ¡Es que lo aprendes! Porque no se te va a ocurrir que suena una alarma del respirador, no se te va a ocurrir apagarlo sin decirle al paciente: “Tranquilo, no pasa nada”, porque es lo que yo he visto, y somos animales de costumbres, quiero decir, cuando aprendes algo, aunque te pueda resultar mecánico, ¿no? Porque no deja de ser mecánico el decir “Tranquilo, respira”. Y no pasa nada, pero lo aprendes. Y entonces, claro, cuando ves que todo el mundo a tu alrededor está actuando de la misma manera, todo el mundo va hacia el mismo objetivo, el objetivo es la persona o el paciente, con una dedicación, una manera de trabajar (pfff)... Sin pereza, siempre haciendo cosas, siempre... Entonces, claro, tú te envuelves de todo esto y qué consigues, pues impregnarte de todo lo que ellas tienen ya de valor, entonces es muy fácil, claro, a mí me ha resultado muy fácil. ¿Que yo hubiera conseguido este nivel? Pues... ¿Yo sola? No sé... No, yo creo que no, que esto tiene que ir pasando (te pueden enseñar muchas cosas, pero el trabajo del día a día... Ese te lo enseñan los compañeros con los cuales trabajas.»

En el grupo focal, cuando se refieren al equipo, expresan el gran valor que este tiene para las enfermeras de la UCI:

EF05: «Pero en la UCI el equipo es PRIMORDIAL (Algunas responden: Sí, sí, fundamental, fundamental)»

Desde su vivencia, el paciente también capta la importancia que tiene el trabajar en equipo para el clima de la unidad, así como la repercusión que tiene en la propia dinámica del trabajo y en ellos mismos:

P12: «Nada de malas palabras las unas con las otras; se llevan de maravilla. Hay una que está atendiendo un enfermo, ya va la otra, “¿Te ayudo?” [...] Hay un compañerismo grandioso, guapísimo, muy bien, de verdad. Eso es lo que yo [...] me llevo en mi cabeza.»

P07: «Por decirte el buen rollo que había entre ellos, ¿vale? Y que lo hacían allí delante, o sea, hasta un punto el vínculo que se ha creado es profesional, por parte de ellos es profesional total.»

Las palabras de las enfermeras expresan los elementos humanistas que integran el perfil personal y profesional que configuran el desarrollo profesional, en la manera de ser y de estar con los pacientes. Como hemos visto, por un lado es necesario tener incorporados atributos personales, formación y características profesionales, que forman parte de los factores intrínsecos. Por otro lado, se requieren los factores exógenos relacionados con la cultura de la UCI y de la propia organización, esto es, la práctica y la producción de conocimientos prácticos (Kim, 1999) del propio grupo profesional que configura su identidad profesional:

EF03: «No és lo que veo, és lo que és i llavors jo entro en un box, es lo que dice ella, le ves la cara, ves el contexto i ja saps el que passa (EF1: ya está, esto que estás diciendo) ja saps el que té el pacient, però a mi m'ho van ensenyar (EF7: sí, això la profesora JJ) jo potser tenia un puntet de curiositat, però això t'ho han d'ensenyar una mica...»

8.2.3. Influencia del contexto en la práctica reflexiva de la UCI

Sabemos que los procesos de reflexión y los significados construidos a partir de las acciones son consecuencia tanto de la experiencia como de las cuestiones culturales, disciplinares o institucionales del entorno donde se desarrolla la práctica reflexiva (Getliffe, 1996) y que esta está en continua evolución.

En los equipos maduros, según Borrell (2004), existe un cierto proceso de individualización y también existe un código de valores y una manera de hacer que constituye el ethos, es decir, el esfuerzo y la filosofía del equipo o, dicho de otra forma, podemos decir que es la manera de ser de cada equipo, la personalidad del equipo, o bien la cultura del equipo.

Asimismo, los equipos deben hacer un esfuerzo por no quedarse estáticos, cuando son equipos estables. Funcionan como un reloj, debido a la seguridad que sienten: tienen claras las tareas, las demandas son regulares y, cuando hay que trabajar más, debido a situaciones críticas y complejas, todo el equipo sabe su papel, y saben qué se espera de cada profesional (Borrell, 2004).

Por eso es tan importante que, dentro de los equipos que están en movimiento, no se pierda de vista la importancia de los valores y normas que guían la profesión, tanto a nivel individual como relacional. El trabajo en equipo tiene un peso importante en la organización: va dirigido hacia un mismo fin, que es la atención al paciente como agente activo de su proceso. Como afirma Borrell (2004), son tres los núcleos

relevantes en la cultura: el reconocimiento del saber, la existencia de un proyecto común y las relaciones interprofesionales.

En cuanto al reconocimiento del saber, podemos decir que corresponde al «saber hacer», es decir, en la manera de cuidar, se encuentra el reconocimiento de las enfermeras de la unidad de intensivos, tanto en relación con los principios de la disciplina profesional —en el cuidar humano-tecnológico— como con los valores ético-morales de la propia unidad. Se corresponde también con la transmisión del rol profesional, que forma parte de la propia cultura y, a su vez, de la socialización profesional, que tan magistralmente describe Cohen (1988) con relación al apego del rol profesional:

E02: «Es cuando tú consigues integrar todo esto, cuando eres capaz de ser crítica y decidir en vista de todo lo que tienes, de todo el abanico que hay, porque una cosa sola no tiene ningún sentido. Por eso es tan complejo, yo creo, porque abarcas muchos campos, tienes que ser capaz de analizar la situación y ver el transfondo de todo, de cualquier cosa. Puedes pensar: “Algo tan sencillo como hacer una higiene”, pero antes de hacerla, la de situaciones que te han pasado hasta llegar a decidir si haces una higiene o no la haces, o cómo la haces, o por dónde empiezas. ¿Por qué? Porque piensas: “Pues, mira, como tiene fiebre está destemplada: voy a ir enseguida, un trocito y la tapo para que no tenga sensación distérmica”. Si a mitad lo tolera mal, como estás analizando ABSOLUTAMENTE todo, entonces tomarás decisiones relacionadas con la seguridad del paciente. Y tú si me miras desde fuera sin conocer la complejidad del paciente crítico, dices “Está haciendo algo mecánico, está cogiendo una esponja y la está lavando”. ¡NO! Está totalmente analizando toda la situación, además de todo lo que involucras en la manera de tocar, secar, es que es TODO. Es que no es un mimetismo, no. Es algo todo mucho más complejo y es coger de todo y ser capaz de analizar todo y transmitir todo...»

Asimismo, según la teoría de estructuración de Giddens (1987), forma parte de la reflexión sobre el modo en que los seres humanos construyen su propia historia. Es por medio de las prácticas sociales como los profesionales producen, reproducen y transforman la sociedad: Giddens (1987) se refiere a procesos de producción y reproducción social:

E01: «[...] Bueno, seguir aprenent, vull dir, jo crec que el tracte amb la gent l'aprens cada dia, no? Però, bueno, és com créixer, vull dir, jo no sóc igual amb vint anys que ara. Tothom té els seus punts, però anar tractant amb la gent sempre és el que et dóna saber tractar-los. És que el tracte amb la gent és molt

diffícil, no? Qualsevol, eh? No només amb la gent que estigui en un hospital, i a sobre nosaltres que estem en un hospital que la gent a sobre està malalta, o sigui, que és molt difícil tractar, la ment oberta, de dir... No només és el que jo penso que he de fer, sinó que... No, els pacients t'aporten molt, la gent t'aporta molt; i per tractar amb un altre tipus de pacient que li passi lo mateix o que tingui el mateix que... la gent t'aporta molt i tu n'aprens, no?»

Los informantes también aluden a la existencia de un proyecto común en el equipo de las enfermeras de la UCI, que es la atención al paciente como centro de nuestra actuación, y a la familia como parte integrante y relevante del paciente:

E09: «Y que tenemos el mismo objetivo. Y yo pienso que esto los pacientes lo captan totalmente. Independientemente de la cara más simpática, la más guapa, la más..., como en todos los trabajos. No, pero yo creo que esto lo captan perfectamente. No tiene porqué ser, que aunque tú no seas la enfermera directa de ese paciente, que tú intentarás lo mismo, e intentarás resolverle el problema que tenga en ese momento igual que su enfermera.»

E11: «I si els familiars et parlen de la dificultat de les normes de l'institució, també saber comprendre i saber fer una deferença i que puguin entrar més familiars, més hores, més estona...»

En las relaciones interprofesionales, emerge el reconocimiento que las enfermeras hacen de su rol de cuidar al paciente crítico. Destacan el valor de trabajar en equipo para tener la visión completa de todo el proceso evolutivo de la enfermedad, teniendo toda la información, para poder establecer mejor la relación con el paciente y la familia:

E05: «A mi m'agrada molt treballar en equip, hi ha equips que es pot fer millor, n'hi ha que no... Entra a passar visita i s'estableix aquella relació... No fa falta que... que parli el malalt si porta el tub, ell ja s'expressa...»

E05: «Establir la relació els ajuda moltíssim. Això és bo, jo crec que els ajuda moltíssim, els ajuda i, a més, fa la feina alegre, saps? A tu també t'ajuda a fer la feina... Quan estableixes la relació amb un malalt, t'ajuda a estar... A treballar millor penso i tot, sí. I, a més, amb l'equip també, eh? Amb l'equip també, no? Aquesta relació s'ha de fer voluntàriament. Ha d'haver-hi la voluntat de fer-la, perquè també es pot cuidar bé una persona, fer unes bones cures, una bona valoració, administrar bé els tractaments, les cures fer tot el millor que es pugui, la relació amb la família, la relació amb el malalt professional, i molt correcte, i no arribar a establir aquella relació emocional, o no sé com dir-ne, no sé com s'ha de dir, més personal, que ajuda molt el malalt i a tu a treballar.»

EF05: «Yo pienso que lo hacemos muy bien. En la UCI el equipo es primordial, corroborado por las demás, es fundamental...»

En cuanto al equipo enfermeras, las informantes comentan la conexión y ayuda que hay en el trabajo diario. Formar un equipo implica establecer lazos interpersonales de cooperación, afecto y jerarquía; progresar en la fijación de objetivos y metas; analizar las tareas que deben llevarse a término y decidir quién es el responsable de cada uno de los procesos. En el equipo: a) hay una necesidad mutua de compartir unas habilidades o conocimientos; b) los profesionales de un equipo se complementan en sus perfiles; además, c) deben tener una relación de confianza, que les permite delegar en la competencia del compañero y parcelar el trabajo sabiendo que el otro cumplirá con su parte (Borrell, 2004):

E13: «Sí, yo creo que la conexión de la enfermería es alta, con las auxiliares incluidas. Es que, si no, hay veces que es imposible. Creo que no es fácil encontrar esta relación de equipo. Porque además... si cada una fuéramos a lo nuestro —diría yo— que el trabajo no saldría. Porque hemos tenido tardes o mañanas que dices: “¡Ostras, por favor!”. Muchas veces dices: “Menos mal que vamos todos a una, porque si no...”. Y al final no te acabarías conociendo a todos los pacientes de la unidad. Porque si no ayudas a un compañero, ayudas a otro, y si la compañera no puede con los dos pacientes, tú vas al paciente que no puede ir...»

P05: «Pero ya te digo, ni un descuido, o sea, si necesitaba cualquier cosa, ahí estaban. Intentaban hacérmelo más ligero, bueno, más ligero, no tan duro, dentro de la gravedad, intentaban que yo me animara.»

EF02: «Hay un equipo y hay una cohesión, que no hace falta decir nada (EF06: y mira que somos diferentes, unas son..., otras con..., es decir, que somos muy diferentes, pero yo creo que todos trabajamos, a nivel general, muy bien, muy en común), (EF02: Sí, sí, sí)»

El paciente también reconoce la expertez y competencia de las enfermeras en los cuidados que ha recibido:

P05: «Es que estando donde estaba, todo lo que pudieron y más. No tengo nada... que me faltara. Lo único malo es que se me complicó a mí. Pero por lo demás hacían lo que se tenía que hacer, o sea no, no faltaba nada...»

El paciente capta el trabajo en equipo de las enfermeras:

P07: «Por decirte el buen rollo que había entre ellos, ¿vale? Y que lo hacían allí adelante, o sea, hasta un punto el vínculo que se ha creado es profesional, por parte de ellos es profesional, total...»

Las enfermeras reconocen que su praxis basada en conocimiento y experiencia desde esta mirada integral, que atiende las necesidades de la persona a la vez que la complejidad tecnológica, aporta valor a la toma de decisiones clínicas que se han de tomar tanto de manera autónoma como conjunta con el médico, según el tipo de procedimiento que se realiza durante el proceso del paciente. Vemos en sus palabras que dan valor al trabajo en equipo, utilizan lenguaje profesional con argumentos profesionales, buscan el diálogo cuando se relacionan con los médicos y saben expresar lo que entienden que es mejor para el paciente:

E04: «Perquè també hi ha vegades que hi ha metges que no entenen que ells prescriuen al pacient i que tu ets el vehicle per administrar i que tu tens criteri, llavors si tu saps que allò que prescriuen al pacient no anirà bé, tens el punt de dir: "Pensem-ho, mirem-ho, no? Per exemple, quant a vies d'administració d'un medicament, doncs ara necessita una via central o no. "Potser ara no cal que li vinguis a fer aquesta prova", "Deixar-lo una mica tranquil perquè ha passat mala nit i ja li faràs més tard"... I això és el que [per] nosaltres és la nostra responsabilitat, no? Vetllar per la seguretat del pacient, o sigui, nosaltres a part d'administrar cures i estar per... També som un filtre per frenar coses que poden anar malament al pacient... Per exemple, si un malalt ja està que porta molt dies amb unes vies centrals, jo ja m'adelanto i ja li poso una via perifèrica i li. O aprofitar que fas una tècnica i "per què no treiem el cultiu ja que estàs i així evitem una punxada?" no sé si m'explico. O sigui, intentar sempre... Has d'estar pensant contínuament el que faràs al pacient i el que pots optimitzar intentant preveure coses o dir si ja puc fer tot això abans... O suggerir i dir coses, no? En el sentit de dir: "Bueno, la meua experiència en això és així: cada pacient és diferent, però és molt habitual que passi això, vols que fem això en comptes d'allò altre?" Sense sortir-te del que és el procés, oi? Has d'anar frenant, bueno, espera't, perquè ara no cal posar una nasogàstrica en un pacient conscient que no s'ennuega i tal, que això és una nosa i és un niu de problemes, i també pot generar problemes d'infecció i tal... Que a la llarga acabarà, doncs ja ho farem, si acaba intubat no et preocupis que amb la sedació de la intubació ja li posarem tot això, i ara per aquest moment si pot anar prenent una mica d'aigua i no li fas la nosa de ficar una sonda, doncs... Has d'anar pactant i hi ha gent amb la qual es pot pactar i gent amb la que no, però sempre intentes fer prevaldre una mica el teu criteri, que és el que és important. En algunes especialitats és més difícil, però que sempre quan veuen que hi ha una seguretat i hi ha una experiència acostumen a fer cas...»

E04: «També m'agrada molt estar a la informació mèdica, perquè també veus una mica la interacció que hi ha família-metge, que a vegades hi ha metges que són més... assequibles i més propers al familiar, i hi ha metges que has de ser allà... O fer d'interlocutor d'una família, no? I això jo intento sempre que puc ser-hi. I a més a més el metge jo crec que també ho agraeix perquè així veuen que hi ha un equip, no? I la família també se sent una mica més recolzada, que saben que en qualsevol moment puc fer d'interlocutor jo amb ells o amb el metge, que a vegades no s'atreveixen a dir el què, i fas una miqueta de pont entre els dos. I és enriquidor per a tots, no?»

En el funcionamiento del equipo se establece la relación entre el propio equipo con un liderazgo transformacional que contribuye al afrontamiento proactivo y las oportunidades de crecimiento. Prevalcen criterios de justicia hacia el bien colectivo del equipo, dirigido hacia la consecución del sentido profesional, y requiere que el líder articule la visión y se la comunique a los demás para lograr de ellos asentimiento y compromiso (Salazar, 2006). Para dar respuesta en nuestro ámbito a las expectativas que tiene la sociedad y en concreto a los pacientes y sus familias, tenemos que reconocer el valor de nuestra identidad en el cuidar, para aportar la integridad humano-tecnológica en el conjunto del equipo interdisciplinar. También se ha de contemplar la interdependencia y confianza entre todos los miembros del equipo, sabiendo que la confianza se produce tras un periodo de conocimiento mutuo, de probar la habilidad técnica y la calidad humana, que son dos caras de la misma moneda. Buenos profesionales hacen buenos equipos y buenos equipos hacen buenos profesionales, lo que a la larga supone un enriquecimiento social:

EF02: «Yo me encuentro cantidad de residentes que rotan de neurocirugía, que *en el maneig del malalt, diu*, se quedan alucinados, del dominio del paciente (EF04: claro, por ejemplo), de lo que ves, del paciente, pero (*parlen de fons*) que no lo ve, que lo tiene delante y no lo ve...»

E05: «I més val saber-ho portar i no canviar el malalt, i portar i acabar. I a vegades d'entrada aquestes relacions són difícils, i costa, i me'n recordó, d'aquest cas que a més no va anar bé i me'n recordó, d'això de que a vegades estàs *de blanco de las iras*, que ho has de..., ho entens, que és normal, passen per fases i estàs de diana a vegades, i tot i que l'equip —l'equip fa molt, no?—, l'equip d'hematologia i l'equip d'intensius, tots, vam parlar, i allà t'adones de com d'important és l'equip, no? I també de com és d'important que hi hagi una bona informació mèdica, perquè si no...»

En la cultura y en el clima emocional de la unidad, constatamos situaciones en las que impera la cooperación en lugar de la competitividad. Así, se crean vínculos de confianza, que vienen determinados por la comunicación adecuada tanto a nivel verbal como no verbal. Las aportaciones de las informantes dejan ver que tenemos una línea de trabajo construida desde los cimientos de la unidad. Con la participación activa de las profesionales, así como a través de la formación reflexiva y científica, nos lleva hacia la construcción real de la identidad profesional y al liderazgo de los cuidados en el trabajo diario:

EF06: «Un paciente que nadie dice de levantarlo, una enfermera lo valora y, bueno *chapó*, (EF01: vale), pero, vaya, yo pienso que el nivel de enfermería en la UCI (EF01: Es muy alto, yo creo que sí) siempre ha sido y es muy reconocido fuera del hospital, pero sobre todo (EF01: Sí), pero, por ejemplo, por el equipo médico, yo creo que sí (EF01 y EF07: Sí, ¡y tanto!) porque se fían mucho, si una enferma te dice: “Este paciente no me gusta”, (EF01: Te hacen caso, sí) te hacen caso...»

De su testimonio se deriva que, en la UCI, no estamos exentos de dificultades en las relaciones interprofesionales en la asistencia diaria con los médicos. Pero también es cierto que, en la interrelación asistencial, las enfermeras parten de una posición distinta y clara de su identidad del rol tanto a nivel personal, cultural, como de la organización. Tienen delimitado su ámbito de competencia autónomo e interdependiente, tienen pericia distintiva y control sobre la práctica y la educación, y son profesionales competentes y seguros de sí mismos (Simms, 1977, en Cohen, 1988). Todo ello conlleva a la enfermera sentirse segura a la vez que reflexiva sobre la situación que está viviendo y establecer una comunicación efectiva, que permite reconducir la situación y establecer acuerdos, para avanzar en el trabajo en equipo desde la competencia, el conocimiento y la expertez en el cuidado al paciente crítico en las tres especialidades médicas de la unidad de intensivos:

E05: «Com més en equip es treballi, millor, però a vegades si no es treballa prou en equip...»

EF03: «El metge que porta el pacient, que és insegur i dius: “Aquí ya la hemos liado parda”, perquè joestic segura d’unes quantes coses, però tu ets el que has de dir l’última paraula. Llavors, a mi no em costa res, si és un resident, dir-li: “¿Sabes qué? Vamos a llamar al adjunto”. Pero cuando resulta que es el adjunto, és més delicat, ara. Què? EF01: A qui truques?, llamo a mi compañera y le digo: “Ven, por favor, vente conmigo, a ver si entre las dos podemos...»

EF06: «Y luego viene el adjunto, y entonces sí, pero bueno, y entonces te sientes mal, porque, claro, entonces el residente ha visto que el adjunto decía lo mismo que tú le has dicho (EF04: No, yo no me siento nada mal, al contrario) (EF01: Yo no me siento mal en absoluto) (EF07: A mí no me preocupa) no me sienta nada mal (EF07: Que el resto a mí me agota, a mí me agota)...»

E01: «Sí que ha canviat que ara estem barrejats tres equips, no? Però, bueno, ja, això no hi ha cap problema, *vamos*, jo no tinc cap problema... És cuidar un malalt que està en una situació crítica, sobretot és tenir en compte la persona. En aquell moment la persona necessita màquines que evidentment..., s'ha de donar seguretat tant a nivell de les màquines, com d'ésser humà. Bueno, jo crec que és el més important, a més que no s'hi perd tant de temps...»

La convicción de la aportación específica del cuidado del paciente y su familia estaría en la línea de Lunardi *et al.* (2006). Los autores rebaten la idea de la incapacidad o falta de poder de las enfermeras, a la vez que afirman que las enfermeras pueden y, de hecho, hacen uso de este poder en su trabajo diario en el equipo asistencial en beneficio del paciente y la familia. Darse cuenta de esto permite seguir avanzando en el convencimiento de que la aportación del cuidado humano-tecnológico de la enfermera es fundamental para la evolución del paciente crítico, tal como lo son el desarrollo de un fuerte sentimiento de identidad, orgullo profesional y reconocimiento del uso del poder en el trabajo.

8.2.4. Conceptos éticos y morales en la cultura del cuidado

Los resultados no dejan lugar a dudas sobre que las enfermeras de la UCI tienen incorporados, además de los conocimientos teóricos, los valores y normas del grupo en su cultura profesional. Estos se asimilan a través del comportamiento, y el concepto que el propio grupo tiene de sí mismo (Jacox, 1973, en Cohen, 1988).

Podemos verlos reflejados en las palabras que emergen en aspectos de la cultura referidos por autores como Leininger (2002), quien afirma que el propio grupo tiene la cultura aprendida, compartida y transmitida de forma intergeneracional. Influyen en ella las formas de pensamiento y acción con relación a las creencias, valores y modos de vida, que comparten la concepción integral de la persona, como Henderson (1978), que la define como un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. O como Rogers (1983), que dice que el ser humano es un todo único cuyas características

manifiestas suponen més que la mera suma de sus partes. Watson (1998), a su vez, defiende que el cuidar consiste en favorecer que la persona consiga un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma. Esta armonía engendra procesos de autoconocimiento, respeto por uno mismo, autocuración y autocuidado, al tiempo que alienta un aumento de la diversidad:

E11: «Saber-la comprendre en un moment donat si... Si aquesta persona es posa a trucar el timbre mil vegades, també tindrà una resposta bona amb això... Entendre la seva situació. Posar-te una miqueta en el lloc d'aquesta persona. I així també entens una miqueta depenent de quines reaccions...»

Watson (1998) afirma que el cuidado para las enfermeras es su razón moral: no es un procedimiento o una acción, es un proceso intersubjetivo, en permanente conexión, un proceso de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente en el que el cuidado supone la máxima consideración hacia la otra persona. Implica el respeto por los significados y el sentido que asigna a la vivencia del proceso de salud.

La cultura holística del hospital y de la UCI tiene raíces humanistas de ayuda en las necesidades alteradas y no cubiertas, dirigida hacia la recuperación de su autonomía con total respeto por la autodeterminación y dignidad de la persona. Se acompaña el proceso de su enfermedad y se lleva a cabo una interacción de ayuda; ambos permiten a la persona sentirse tratada con respeto, sensibilidad y dignidad (Piulachs, 1984). La cultura la tiene el propio grupo y la transmite con su manera de actuar, como explican los participantes:

E08: «Penso que el malalt, quan veu que hi ha algú que és expert, que està entenent el que ell està sentint, el que ell, en aquest cas, amb el pulmó, eh? El que ell està experimentant, i que capta com es sent, que capta, doncs això, que té una certa dificultat de respirar, per posar un exemple, o no, o que està còmode i que està entenent el que ell està sentint en aquell moment, i a més pensa que és un malalt amb tubs, un malalt amb qui la comunicació és difícil, i que aquesta interacció és complicada, no? Però jo penso que quan veuen que realment estàs entenent el que els està passant i els estàs dient: "No es preocupi, perquè això resulta que, pues, li han baixat una miqueta l'ajuda i ara el que cal és potser tornar-l'hi a pujar una miqueta, i li estàs traduint la significació d'aquesta situació en què està i li estàs donant una ajuda i li estàs dient: "Pues això anirà per aquí", l'estàs guiant i li estàs ensenyant, bueno, que no passa res, que és una cosa que entra dins de les circumstàncies, perquè té una pneumònia i encara no està curada del tot, que és una altra de les coses

que introdueixes: “No es preocupi, perquè el pulmó encara no està curat del tot, necessita més hores”, això són frases que moltes vegades utilitzo, vull dir, “Ha de tenir paciència, es necessiten dies per acabar de curar això...”. Quan ells veuen que realment entens el context i que realment ets resolutiu i que el pots acompanyar en aquest procés, jo penso que se senten molt segurs i molt confortats, molt... El sentir-se ben tractats professionalment i ben acompanyats en el procés de malaltia, no? Si a sobre el professional que tens al davant és un professional que humanament et sap transmetre aquesta seguretat, no?»

En la reflexión sobre las entrevistas también es patente el profundo respeto hacia la **persona, su individualidad, sus valores y sus decisiones**. Asimismo, se fomenta la **autonomía y autodeterminación** del paciente sobre su vida: en su cuidado prevalece el respeto por la dignidad humana. Se pretende que el paciente viva el proceso de la enfermedad con el máximo respeto hacia su persona, su autonomía y sus propios valores. Para el profesional, este objetivo conlleva la búsqueda de su bienestar; así, pues, el cuidado humano consiste en ayudar a crecer (Torralba, 2002; Gracia, 2007; Mayeroff, 1971). De este modo, se da una reciprocidad en la relación entre las enfermeras y el cuidado de las personas: es un proceso de retroalimentación para los dos -contribuye al crecimiento de ambos- (Nelson, 2007; Jiménez et al., 2009; Müggenburg y Riveros, 2011):

E08: «[...] L'hem de respectar perquè són ells, vull dir, nosaltres estem aquí de més a més, en un moment puntual, són ells i, per tant, aquesta interacció s'ha de respectar perquè és la que és cadascú amb les seves circumstàncies i cada família amb la seva manera de fer. Però és que, a més, és, jo penso, bo i profitós i terapèutic per al malalt perquè rep el suport de la família, perquè rep el suport dels seus, però, a més per a la família, perquè ells també estan vivint encara que no siguin el nostre client directe, no? Però ells també estan vivint una situació de crisi i també necessiten ajuda...»

Aprendes de la interrelación tanto con el paciente como con la familia:

E11: «No veus tant el que li passa a aquella persona, a part que tingui una patologia que tu li hagis de resoldre, moltes vegades hi ha coses al voltant, que estan angoixats per no sé què, per no sé *quantos*. I, a mi, tractar amb famílies molt de temps i amb el pacient en si hores, a mi m'ha donat molt...»

Las palabras del paciente ante la pregunta “¿Qué le dirías a una enfermera en formación que es cuidar a un enfermo crítico?” reflejan su comprensión de la cultura humanista: entiende que los cuidados que dan sean personalizados, con una actitud de respeto para que no se sienta anulado, sino como una persona única. Esta reflexión del paciente responde a la vivencia que ha tenido de su estancia en la UCI,

a cómo se ha sentido cuidado, a qué le da valor en el cuidado que ha recibido y qué piensa que se ha de transmitir a los alumnos. Así responde el paciente en cuanto a los aspectos importantes que tiene que aprender el alumno del cuidar:

P10: «[...] Que vegis en cada persona que li fas la tècnica que és diferent. I llavors tu li dónes el tracte i el tractament que li hagas de fer, i les cures, com si ella és l'única persona a qui els i fas... No d'una sèrie, no com unes nines que van totes una darrere de l'altra, i fas tot. Sí que fas el mateix, però demostrar a la persona com si sigues única. Que no és un número. Perquè no deixa de ser rutina tot el que fem, però fer-li com personalitzat, fer-lo sentir a ell com si és una persona única...»

Queda expresada la esencia del cuidado integral, en la cual la tecnología está integrada en la manera de ser y de hacer de la enfermera. El paciente ha captado «el cómo se cuida», es decir, la competencia «saber hacer».

En nuestra cultura, el cuidado es percibido como valor moral y ético. Va acompañado de todo el tratamiento desde la reflexividad continua en todo el proceso en relación con el **cuidado holístico, la relación de ayuda** y las **formas de comunicación**. Estas categorías están en total consonancia con los resultados obtenidos en los pacientes en cuanto a la satisfacción de los cuidados dados por las enfermeras durante su estancia en la UCI (Romero et al., 2013), y con las enfermeras en el grupo focal (Jover et al., 2015):

E14: «Para mí el cuidar en la enfermera de UCI es como proporcionar el bienestar a la persona, bienestar ya no solo físico sino también psicológico de bienestar como integral, de todo lo que hay en la persona, en ese momento en que estás falto de tus necesidades para estar bien. Pues como nosotras le ayudamos a suplir las cosas que no puede hacer, pero también, en este momento de enfermedad, a sentirse lo mejor posible. O sea, que lo que para mí es como que la ansiedad que genera, todo ese proceso de enfermedad, de estar en una situación muy crítica, como nosotras también intentamos que esa ansiedad sea la menor posible, dentro de lo que está el paciente, que, bueno, que hay cosas que son inevitables. Porque según qué patologías, hay cosas que hay que pasarlas. Pero dentro de eso, yo creo que nosotras pues sí que ayudamos mucho a que se sientan bien psicológicamente...»

P06: «El compromiso que adquiere contigo. Ese compromiso de ayudarte lo máximo posible. Llevarte adelante, eso es muy, muy personal y de agradecer...»

EF01: «En cuanto a cubrir las catorce necesidades básicas, evidentemente las seguimos cubriendo, pero el soporte es diferente, o sea, lo que él espera de nosotros es un tema diferente. Necesita seguridad, necesita sentirse confiado, la persona, el paciente de intensivos, necesita tener confianza en la persona que tiene delante, necesita a esta persona, normalmente tienen que tener bastante experiencia y estar bien preparados, de tal manera que el paciente normalmente se relaja, en eso sí que se nota mucha diferencia...»

EF01: «Es protección psicológica, es (Algunas: Sí, sí) como ser tu ángel de la guarda, se sienten protegidos, estás aquí, ya no estás (Algunas: sí, sí, sí), ya no me va a pasar nada...»

8.2.4.1. Cuidado holístico: Relación de ayuda

La cultura reflexiva de la UCI tiene enraizada la humanidad en el cuidado del paciente crítico, las enfermeras se expresan diciendo que «cuidan» en un sentido amplio. Una de ellas ilustra el cuidar con un ejemplo con relación a una respuesta que dio en un curso, al responder a una pregunta que hizo el profesor: «Igual que un arquitecto hace casas, vosotras, las enfermeras, ¿qué hacéis?».

E05: «“Jo cuido”, clar, no? És el que fem, però en el ampli sentit, almenys, aquí el malalt d'hospital, el malalt ingressat, penso que és el que fem. Cuidar, el de fora també, cuidar, però en tots els sentits...»

E05: «Jo em sento molt bé, jo visc molt feliç, joestic encantada... Bé, quan penso que he fet rodó el *cuidatge* d'aquell dia...»

El paciente capta la autenticidad del rol de cuidar: se da cuenta de que a las enfermeras les gusta su profesión y expresan que transmiten su pasión por el trabajo que realizan. Captan su sensibilidad, el apoyo que tienen; este «saber hacer» le hace sentir bien:

P37: «Primero, sentir lo que hace en el trabajo y, a través de esto, como lo sienten, lo hacen tan a gusto que te transmiten a ti la sensibilidad de ellas, y el apoyo, y tú te sientes bien...»

La cobertura de las necesidades del paciente desde la mirada holística, queda reflejada al enfatizar la palabra *todo*, la enfermera refleja la práctica reflexiva que hace de todas las necesidades de la persona antes de tomar las decisiones clínicas:

E02: «Es que aunque pueda parecer, ya te digo, si alguien viene desde fuera y dice: “¿Qué estás haciendo?” “Pues lo está bañando”. No ve nada más, no sabe todo lo que hay. En ese baño todo ha pasado por una reflexión, si será adecuado, el cómo hacerlo, el para... TODO, es que todo, TODO, todo. Y cada paso que doy por el paciente y para el paciente, porque si no los daría él solito, pero en este momento no puede, si los doy yo es bajo su... ¿no? Es todo...»

Emerge la interrelación profesional que conlleva conexión con el paciente:

E05: «Fa establir una relació amb el malalt com quan com amb els bebès i, a més, és una relació que es veu, és que es veu, i es veu també malalts que no arribes a connectar, potser per caràcter o així i potser la relació és més professional, no? En alguns que no els toques tant, que són persones que potser no són tan de tocar, però també s'estableix un llaç...»

E05 expresa que la relación es posible en las distintas situaciones en que se encuentre el paciente, a pesar de la dificultad en el habla cuando este es portador del tubo endotraqueal:

E05: «No fa falta que... que parli el malalt si porta el tub, ells ja s'expressen i es com si es veiés la relació...»

La cultura reflexiva y el clima cultural de la UCI permiten el crecimiento a nivel personal y grupal de las enfermeras en relación con la identidad del rol de cuidar. De este modo se proporcionan cuidados integrales, mediante la relación de ayuda o relación terapéutica que contribuye a captar la respuesta del paciente al tratamiento específico ligado a los sentimientos y emociones que experimenta. La enfermera E05 nos dice que en el cuidado que realiza sabe captar, es decir, sabe mirar de manera personalizada. Relaciona el estado anímico, las preocupaciones, incertidumbres y miedos con la respuesta del organismo al tratamiento sustitutivo que lleva:

E05: «Què capto? Quan entro, aquest mirar és com si tingués una estructura al cap que em fa mirar: la cara, el monitor, vaig per temes, la via aèria, la hemodinàmica, li poso el termòmetre, el toco, mentre, li vaig preguntant si té dolor, si ha dormit.... El que faig a primera hora del matí és com molt tècnic, no? Però a la vegada que l'esquema mental és tècnic, mentre, la forma de fer-ho, mentre parles i li poses el termòmetre li mires la pressió, tot això vas parlant i vas tocant... Jo també sóc molt de tocar, com tu, vas tocant...»

También saben lo importante que es estimular, apoyar y hacer visible el avance a nivel físico, que tiene repercusión a nivel moral, psicológico y espiritual:

E05: «Jo ho faig, ho faig, l'estimulo, el sento, el faig caminar i encara que sembli que no sortirà, les coses que pugui fer, l'ajudo, sí. Perquè tenen aquesta capacitat de fer-ho i això és respectar la seva capacitat, respectar la seva potencialitat. És un respecte a l'ésser humà: si pot seure en una butaca, doncs ha de seure, o si ell es pot pentinar o... I això també li dóna ànims, encara que no ho faci bé. "Molt bé! Ho has fet molt bé!". L'acabes de pentinar tu sense que se n'adoni...»

Los informantes aluden a la relación de ayuda —en el aquí y ahora— en el mismo momento en que se realiza el cuidado. Se percibe la atención centrada en el cuidado humano y transpersonal, que ayuda a la persona hacia la armonía de su mente, cuerpo y espíritu:

E10: «La parla, l'escolta, què més, és que infinitat de coses que ara no em passen pel cap, la comprensió, que estiguis a prop de la persona, el tacte visual, o la comunicació no verbal, què més podria ser... És que és tot, és que allò d'estar allà durant tota l'estona i facilitar, doncs, això, intentar donar a la persona que visqui el procés amb una naturalitat que... Que sigui ella, però amb l'ajuda d'algú que pugui guiar en segons quins aspectes desconeguts o no desconeguts, però pel propi procés.»

También emerge que las enfermeras se plantean trabajar con el paciente, sobre la realidad del día a día, y por ello se plantean preguntas relacionadas con su estado físico, emocional, espiritual para determinar que podrán trabajar conjuntamente, para ello tienen en cuenta el contexto de la persona, y buscan conectar con el paciente, ponerse en su lugar, para comprender cómo se encuentra y cómo se siente para poder trabajar conjuntamente el programa del día:

E08: «Els malalts *s'enteren* de tot i, a més, jo sempre intento "ficar-me dintre del llit" i pensar com si jo estigués dintre del llit durant moltes hores i que, a més, si estàs conscient i orientat, t'agradaria que la infermera fos capaç de llegir en la teva persona, tenir en compte el teu entorn; per tant, la actuació la contextualitzes i l'englobes dintre de la terapèutica, pensant en el malalt. Perquè com que sóc de les de les vuit del matí, em plantejo: doncs comença un altre nou dia, "A veure, com anirà avui el dia?" "Com ha passat la nit? Ha respirat millor?" No sé què... "Va, i avui què farem?", O sigui, "Ahir potser no estava massa bé" o "Sí, ahir estàvem bé, però, bueno, a partir d'ara, què? Què farem avui?" O sigui, "Com progressarem avui?", no?, "Com s'adapta al ventilador?", " Com està?" i tal... És a dir, "Durant el dia d'avui com progressarem?", no? "Què farem? Es troba amb ànims? En té ganes?"»

Las enfermeras señalan que su trabajo es reconocido por los pacientes y que estos muchas veces lo expresan incluso verbalmente:

E10: «Jo he escoltat molta gent que diu: “Oi, si no fos per vosaltres!!!”. És una, sobretot, és una frase “Si no fos per vosaltres” de dir: “Joestic aquí, però clar, no sé el que he de fer i tu m'estàs ajudant a seguir endavant —com tu has dit—, o que tot això sigui com més planer, més fàcil...»

Los pacientes dan muestras de haberse fijado en las competencias necesarias que han de tener las enfermeras para proporcionan cuidados humanos, cuidados que cubren necesidades psicoemocionales y espirituales a través de la interrelación que establecen, basado en la relación de ayuda y que quedan reflejados en sus palabras con la empatía, la proximidad, el apoyo, el ánimo, el cariño, el soporte que ayuda al paciente a seguir luchando e ir adelante con el proceso de su enfermedad:

P24: «Hubo un enfermero que me vio hecho polvo y casi me caían los lagrimones, y se acercó, me abrazó, me acarició y me dijo: Tranquilo, que te quedan una semana o diez días, que esto va a ir *adelante*. Y me dio cuatro achuchones y me dio ánimos, ¿sabes? Puff... Y yo le estoy súper agradecido...»

P30: «Y lo expresáis con cariño, yo lo pude notar y sentir ese cariño...»

En el grupo focal también fluye este encaje entre la intervención que realiza la enfermera a nivel de las necesidades físicas y la mirada reflexiva y holística para entender la respuesta del paciente y tomar las decisiones de manera integrada:

EF01: «Yo necesito verles las caras, es vital ver las caras, y entonces ya sé de qué voy a morir, porque, es verdad, porque la cara es el espejo del alma, entonces parece como que vale, ya me he situado, ¿no? [...] Parece que cuesta el no dialogar y decir, claro, se ha dormido a las diez de la noche y son las cuatro de la mañana, no he hablado con él, bueno, está durmiendo, está bien, pero bueno, no hay que hacerle nada, claro, pero es que, más nosotras que pasamos muchas horas con ellos y que normalmente son pacientes que movemos, quitamos, ponemos...»

EF01: «No es mimo solo, era cariño, y que los pacientes relataban así: “y el cariño que ponáis en todo”...»

Vemos que la visión holística de la persona, a la que hacen referencia las enfermeras, coincide con la de los pacientes: ambas partes manifiestan que el cuidar quiere decir que se han contemplado todos los aspectos biológicos o físicos, psicoemocionales y espirituales. Consideran que los cuidados físicos que dan son

satisfactorios para los pacientes sin especificar tanto los cuidados como lo hicieron los pacientes en sus discursos (higiene e hidratación, movilización, control del dolor, curas, administración de medicación, valoración de la calidad del sueño), sino que quedan incluidos cuando expresan que el paciente requiere una sustitución total. En esta suplencia engloban todos los cuidados físicos que dan con relación al tratamiento que llevan, como son los cuidados dados para prevenir la aparición de problemas o la situación de total dependencia, sobre todo en los primeros días de estancia en la UCI (Jover et al., 2015). En el análisis realizado a partir de las entrevistas en profundidad de las participantes enfermeras se aprecia claramente esta visión integradora a la hora de cuidar. La enfermera mira de manera integral a la persona sin separar los aspectos físicos de la respuesta que tiene unida a la vivencia.

8.2.4.2. Las formas de comunicación

Las enfermeras se comunican siempre con el paciente, esté consciente o inconsciente. En la comunicación, tienen el arte de saber comunicarse de manera verbal y/o no verbal, utilizando la comunicación más efectiva a través de uno o varios de los canales de comunicación, según la personalidad y el momento de la enfermedad en que se encuentra el paciente. En este sentido, E05 explica que realiza una valoración continua, estableciendo una interrelación de manera estructurada e integral:

E05: «Jo diria que és una valoració contínua i seguida, contínua durant el temps i seguida en tots els nivells. Una valoració és un *feedback* continuat. Sí, les coses més biològiques d'una manera, i els comportaments o les manifestacions d'una altra, però, com ho diria?, estructurat, **és tot estructurat i tot junt...**»

E06: «Primero lo miro a él, **lo** miro a él sobre todo según el nivel de conciencia, si hay alguna forma de interactuar. [...] Después, todos los recursos materiales, toda la maquinaria... Pero sobre todo qué grado de interacción puedo tener con el paciente...»

Esta atención holística integrada en la tecnología, que precisa de una atención continua en los cuidados que dan, implica necesariamente una interrelación constante que permite entender las necesidades de los pacientes y establecer una interrelación significativa. Esta responde al cambio de paradigma que varios autores describen tanto en la práctica enfermera y la investigación como en la docencia (Schön, 1998; Medina, 1999, 2003; Castillo, 2013) y en consecuencia con los

planteamientos de Dewey (1998), según el cual la reflexión implica una manera de ser, que envuelve todo el proceso y marca y dirige claramente las acciones que se deben seguir:

E05: «A vegades cantem. [...] Els que no estan sedats, perquè ells participen i els que estan sedats pues... Sí, els expliquem, jo què sé com els fem. Quan els arreglem entre varios pues... És de molt mala educació parlar de coses personals davant del malalt, si el malalt no... Si el malalt participa se l'inclou, i si el malalt no participa es parla al malalt i com que som de xerrar en aquesta cultura [...] xerrem amb el malalt del que sigui, ai, jo què sé, "Ai! Aquesta pell, que seca!", "Ai! Anem a posar crema!"»

E01: «Jo crec que és important, res, agafar un moment així la mà, quan tu vas a parlar amb algú, el toques, amb guants, sense guants, el que sigui... Els dóna seguretat.»

Todos los participantes, pacientes o enfermeras, consideran que cuidar implica comunicarse y que esta comunicación ya se produce al inicio de la relación, en el momento del ingreso, en el inicio del turno de trabajo, durante todo el proceso de la enfermedad, es decir, que la comunicación forma parte del cuidar con el paciente y con la familia:

E10: «Jo el primer que faig, intento segons la situació i la circumstància —perquè no es pot fer sempre—, presentar-me al malalt. Si el malalt no té un nivell de consciència o el pacient adequat, [...] has de valorar-lo també a l'estat general i tot, però si puc hi ha una comunicació mínima, o encara que no, a vegades, no sé, encara que estigui sedat o anestesiats o el que sigui també per a mi la parla —no sé si és per mi o per ells— és important el to de veu, presentar-me, només el sentit de presentar-me inclús amb les famílies, també llavors...»

E13: «Primer entres a l'habitació, i [...] —encara que estiguin intubats— jo em presento, i encara que estiguin sedats, jo em presento. Perquè jo crec que els tranquil·litza molt. I no sé fins a quin punt està comprovat científicament, però jo em quedo més tranquil·la, perquè jo crec que si escoltant la meua veu poden localitzar, veure qui sóc. També els intento dir on estan, perquè moltes vegades poden estar confusos o el que sigui, i la veritat és que això... I després miro l'aparatatge perquè no falli res... Jo crec que és el meu treball i és la meua responsabilitat. I després, si el pacient està despert, si té cara de dolor, si no té cara de dolor, si realment dins del que saps tu creus que en aquesta posició pot estar còmode o no. La seva cara si és de relaxat, si té dolor, si no...»

También en cuanto a la comunicación, en el grupo focal se habló del hecho de dar explicaciones. Estas son algunas de las ideas que surgieron:

EF07: «Hay una cosa que no se me escapa nunca, cuando entro me voy a presentar, EF02: Hay que presentarse; EF06: Sí; EF05: Yo entro en la habitación, le digo: “Mire, esta mañana tenemos que hacer esto, esto y esto, a demanda”; EF02: Sí, hablarle, decirle, si ahora te bañamos y tal, siempre tener el espacio de decirlo...»

El paciente expresa la importancia que tiene saber quién estará cuidándote y que el hecho de saludar tiene un gran valor, ya que denota reconocimiento de la persona:

P24: «Saludarte cuando llegas para mí es importante; yo necesito saber cómo se llama. Alguna enfermera cuando se va te saluda, pues yo lo agradezco, ¿sabes? No sé, son detalles...»

Claramente, la calidad del encuentro durante la interacción humana que se establece es un factor relevante para que el paciente se siga sintiendo persona. Para ello se hace imprescindible que la enfermera tenga incorporada la noción de tacto como cualidad especial en dicha interacción, entendida como sensibilidad especial en la manera de cuidar. Van Manen (1998) apunta que el tacto domina la praxis, definida como acción llena de consideración y que permite captar cómo vive y experimenta el paciente su enfermedad. Una de las informantes alude a ello:

E14: «Y el contacto, vamos, yo creo que es súper importante, súper importante, vamos. Yo, vamos, de las cosas más importantes que a veces uno no sabe qué decir, pero, ¡jolín!, dar una mano así, o cuando vamos a hacerles una prueba, ¿no?, una broncoscopia o lo que sea, cogerles la mano antes de intubarles. Al intubarles yo creo que debería estar en el protocolo darle la mano al paciente, antes de que se seden, cuando están conscientes y les explican en ese momento que le vamos a dormir y le vamos a poner el tubo, yo creo que eso tiene que ser muy duro, ¿no? Y el que te dé la mano una persona es aferrarte a algo, ¿no?, [...] Yo creo que es muy importante.»

Emerge la sensibilidad en la interrelación: se establece una comunicación verbal y no verbal. Como dice van Manen (1998), el tacto no es un afecto o un hábito que se pueda aprender, sino que puede favorecerse a través del crecimiento, del desarrollo y de la educación humanista, y un buen “tono” se consigue mediante instrumentos comunicativos, como la palabra significativa, la mirada o el gesto, la sonrisa o el silencio, la postura o la presencia. Vemos que las enfermeras se dan cuenta de la

gran fuerza que tiene en el paciente el tener tono y tacto, que quiere decir ser capaz de oír, sentir, respetar la singularidad o la esencia de la persona:

E14: «Yo tampoco sé en qué momento fue la primera vez en que le di la mano a un paciente, no, pero yo intento hacer y reconozco que lo hago conscientemente, porque, no sé, es esencial que alguien te dé la mano en una situación así, yo creo. A mí me gustaría mucho que me la dieran, aunque no te conozca de nada. Pero el calor humano...»

E14: «Yo muchas veces le he dado la mano a un paciente cuando antes de una intubación, y lo he hecho muchísimas veces, y ellos te la aprietan. No, y esa sensación de como de que te aprietan la mano, no te lo dice, pero te la aprieta como que es un gesto de “¡Vale, venga!”, una sensación de “¡Venga, va!”, te la aprieta fuerte y tú sientes cercana a esa persona. Es un simple gesto, pero para que él sienta apoyo. Oye, no estás solo, estoy con usted, luche... Y te aprietan la mano y lo sientes, ¿no?»

Esta percepción coincide con la de las enfermeras del grupo focal, que describen así el proceso:

EF04: «Lo que pasa es que, en general, yo pienso que el paciente sí que percibe, ¿eh?; EF07: ¡Hombre, claro!; EF02: Y el toque terapéutico, cuando no puedes hablar con el paciente, es una manera de transmitir... Y tenemos al paciente sedado, analgesiado, lo estamos bañando y estamos hablando...»

Por último, los pacientes lo expresaron de la siguiente manera:

P05: «Te gusta que te den una caricia, un abrazo. Aunque tú no estés, te das cuenta...»

P07: «Lo están haciendo con una sonrisa, cuando a ti te hace falta ver esta sonrisa, y había alguna que estaba resfriadilla, y estaba con su sonrisa puesta...»

La cultura reflexiva-humanista de la UCI es posible gracias al convencimiento auténtico de las enfermeras de la importancia de los cuidados basados en el respeto por la persona, desde una visión individualizada. Esta tiene en cuenta las creencias, valores, actitudes y sentimientos de la persona, con un claro liderazgo coherente entre el discurso teórico y la realidad asistencial diaria, y en conexión con el clima organizacional interno en relación con la identidad del rol de cuidar, en toda su complejidad.

E09: «[...] Bueno, pues yo pienso que el cuidar son todas estas interrelaciones que mantenemos con los pacientes para lograr o su equilibrio o su bienestar. El equilibrio no quiere decir que estás perfecto, sino estar en unas condiciones que lo capaciten para seguir teniendo energía y seguir luchando, y...»

La siguiente intervención demuestra que la enfermera percibe que los pacientes se sienten satisfechos con los cuidados enfermeros; piensa que realmente hay un buen nivel competencial y lo expresa diciendo “que se trabaja bien en la unidad”:

E11: «A mi no em sorprèn que estiguin satisfets i que la majoria estan encantats, i que veuen una professionalitat en tots els sentits. Jo no em sorrenc, tampoc em sorprèn, perquè el dia a dia em veig a mi, veig la resta de gent, i veig que tothom, més o menys... Sempre hi ha una excepció, sempre hi ha un cas, bé hi ha un moment que dius “Aquí hem fallat”, però si no jo crec que la gent treballa molt bé en tots els nivells i crec que la gent se'n va molt satisfeta. No em sorprèn.»

La propia enfermera entiende que es imprescindible mantener una actitud reflexiva y crítica constructiva constante, lo cual implica asumir la responsabilidad profesional en la asunción del rol, estar siempre activa, actualizada, medir la realidad mediante sistemas que permitan tener la información necesaria para aplicar medidas de mejora. Esto se logra tomando medidas como la realización de estudios, la medición de indicadores de calidad o la actualización de conocimientos:

E05: «[...] Crec que és una lluita diària que requereix energia, de forma activa amb un esforç, que passivament no es pot fer, que si no estàs disposat a fer-ho és molt difícil treballar bé aquí, i que és una lluita... És una voluntat de ferro a tots els nivells, a nivell professional totes les professions quan acaben continuen preparant-se, un professional d'infermeria no ha d'acabar mai. Hem fet una revisió sobre les broncorespiracions silentes, que no es veuen amb el que estem fent, i és un esforç... S'ha de lluitar per tenir temps de reflexió, perquè si no tens un temps de reflexió quan tu, per exemple, estàs preparant la medicació, si no tens un temps de reflexió mirant bé la gràfica, la gràfica anterior que no s'hagi oblidat res que la dosi sigui correcte, és molt fàcil equivocar-se. Cal no deixar-se arrossegar per la voràgine de la molta feina. No s'ha de córrer: tu has de valorar primer el malalt, mirar-li les constants, saber si el pots bellugar o no i mirar les alarmes i això vol dir la voluntat ferma de fer-ho bé, i potser s'ha de sortir a esmorzar a les onze, que has de sortir però potser no pots a les deu ja que estàs passant visita i és que és obligat passar-la, perquè si vols treballar en equip has de posar de la teva part un esforç per fer-ho, no et vindrà l'equip, i sobretot també s'ha de buscar l'ajuda amb els caps que tens perquè es necessita gent motor, perquè, clar, tu no sempre estàs bé,

a vegades oscil·la, no?... Tens temporades que potser amb un alumne dónes el 100%, i altres que no pots... Jo recordo que la temporada que estava embarassada...»

La persona que reflexiona se va formant a si mismo en su interior y crea su conciencia de lucha para transformar la realidad y liberarse de la opresión que genera una situación de inmovilismo, dependencia, sumisión. La propuesta de Freire (2005) implica tomar conciencia de la realidad que se vive y tener iniciativa, luchar y liberarse de los opresores. Pretende que el individuo se forme, no formarlo; para ello, propone que las situaciones de aprendizaje emanen de las vivencias que constantemente se dan en la cotidianidad.

En las entrevistas también emerge delante de una comunicación difícil de la enfermera con la familia, la relación de ayuda de la supervisora con la enfermera, llevando a cabo un liderazgo coherente, en la asunción de la responsabilidad del rol de cuidar de la enfermera, delante un posible problema que pueden surgir en la interrelación que se establece con la familia. La enfermera delante de una interrelación compleja, pide y tiene la ayuda de la supervisora en la misma línea de asumir la responsabilidad profesional del rol de cuidar. El liderazgo de la supervisora es un liderazgo transformacional (de Lima *et al.*, 2011) que tiene en cuenta a las persona de manera individualizada, con un rol activo, participativo, motivacional y de ayuda delante de las situaciones que pueden generar conflicto. Este liderazgo está en línea con los cuidados personalizados y humanos que se dan en la unidad, los cuales, a su vez, presentan coherencia entre la teoría y la práctica. Su intervención ayudar a reconducir una interrelación compleja entre la enfermera y la familia:

E06: «Intentando la complicidad... Ella también intentaba... porque una persona muy educada, intentaba convencerme con simpatía y educación y yo de la misma forma con simpatía y educación también, claro, ella buscó a la supervisora, yo también informé a la supervisora y medió y negoció entre ella y yo, empezamos a negociar. La supervisora fue la mediadora entre las dos y bien. Luego cuando el chico se fue de alta la madre encantadora conmigo, con todo el mundo, estaba encantada y alababa el saber hacer...»

8.3. Práctica reflexiva

El vector de la **práctica reflexiva** dará respuesta a la cuarta pregunta, que pretende conocer si la práctica reflexiva y el cuidado humanizado en la UCI tienen relación. Este vector nos permite ver la realidad que sucede en la práctica de las enfermeras

en la UCI. Estas, a medida que son más expertas, junto con su evolución reflexiva y de reconstrucción continua de la realidad, son capaces de integrar los valores éticos y morales de la profesión y de la persona de manera reflexiva, mediante la utilización del juicio clínico y la reflexividad continua en el cuidado integral. Permite comprender cómo interactúa la enfermera con el paciente, teniendo en cuenta la respuesta que pueda tener tanto a nivel físico y psicológico como espiritual, ligada a la vivencia. Se ponen en evidencia el desarrollo de las habilidades cognitivas, afectivas y relacionales de las enfermeras en el seno de la práctica reflexiva en la atención (inter)transpersonal que dan en su contexto y que incide en la comprensión del cuidado de la persona y en el trabajo con el equipo interdisciplinar.

La práctica reflexiva o la reflexividad conlleva tres actitudes básicas: mente abierta, responsabilidad y honestidad (Dewey, 1998), que están totalmente relacionadas con la atención humanizada que forma parte de la propia cultura de la UCI. La práctica reflexiva la podemos ver en la unidad desde dos vertientes claves: por un lado, como proceso en espiral que permite abrir espacios de reflexión, así como la reconstrucción de significados en base a incidentes críticos de la situación original - da como resultado una nueva perspectiva de esa realidad y, por tanto, una nueva posibilidad de actuar y de reflexionar (Meneses, 2007; Medina, 2005b; Delgado et al., 2001)-. Por otro lado, como el conocimiento adquirido que tiene la enfermera experta de la UCI, después del periodo formativo y de consolidación hasta llegar a enfermera experta (Benner, 1984).

Los resultados del vector de la práctica reflexiva que proporcionan las enfermeras de intensivos en los cuidados humano-tecnológicos tiene que ver con el quinto nivel de competencia de la enfermera, descrito en los estudios de Benner (1984), que se corresponde con el nivel de “enfermera experta” según el modelo de Dreyfus y Dreyfus (1980), y que, a su vez, se corresponde con el quinto nivel del proceso de adquisición de habilidades. Dice de la enfermera que ya tiene un dominio intuitivo, que se anticipa, y que se implica. Ha adquirido también un dominio clínico basado en los recursos y una visión general del paciente orientado a prevenir los problemas. Es la enfermera con capacidad para conocer al paciente desde la vertiente de la respuesta que tiene, tanto a nivel físico como emocional, psicológico y espiritual ligado a las vivencias.

Este nivel de competencia permite a la enfermera tener este dominio clínico intuitivo que con rapidez la lleva a tener una mirada integrada entre la tecnología y el interés en captar la respuesta del paciente ante sus preocupaciones, intereses y

necesidades reales que manifiestan él y su familia, y una actuación en consonancia con la necesidad del paciente:

E08: «Sí, sí, és... A veure, és un aprenentatge, és un aprenentatge, i sobretot amb les relacions humanes, i la nostra professió és, bàsicament, de relació humana. Amb molta tecnologia pel mig, però bàsicament és relació humana, és ajudar la persona que tens allà i les persones del seu entorn, i [...] acompanyar les persones, fer el procés per conèixer-les, per veure on pots ajudar i com pots ajudar, vas coneixent famílies i vas veient com la teva [...] paraula i la teva actitud interacciona amb aquella gent i com ells responen al que tu estàs fent...»

P07: «Es te que vengan y te digan: “Oye, ¿quieres que te cambiemos de lado?”, “No, pues estoy bien así.” “Bueno, pero te subimos entonces porque estás muy baja”. Buff y te suben o van a buscar a alguien para cambiarte, el decir, “Mira, como has sudado mucho te vamos a bañar y te vamos a dejar limpia”, ya estabas relajadita, pues bien, el preocuparse por cómo estas, cómo has pasado la noche, cómo estás pasando el día, o si estás con fiebre o dejas de estar con fiebre... Por la tarde ya sabían que la temperatura me subía y ya estaría apuntado me supongo, y ya me ponían el antitérmico, pero ellas ya sabían, vale, fiebre, como diciendo, “¡Ah! lo normal, típico, ¿no?, a ver si la bajamos”. El mirar y decirte “¿Qué? ¿Has dormido bien?” “Sí, bien.” “¿Y el desayuno cómo lo llevas?” “Bien.” Y la barriga también, el molestarse en preguntar si había hecho, o no había hecho, eso sí, también...»

P07: «He echado en falta cosas más, muchas, se te pasan muchísimas cosas, y aprendes mucho, aprendes (llora) además me pilló en un momento bajo esto, aprendes que te tienes que querer, y que si te quieres, las cosas funcionan de otra manera (llora), y a partir de allí pues empiezas a aprender más cosas, aprender el gran valor, echarle tiempo, y echarle cariño, una persona que no sabes si le quedan dos horas de vida o si va a salir de ahí, de aquí hay una enfermera que es psicóloga y estuve hablando muchísimo rato con ella, la verdad es que me fue muy bien, me fue muy, muy bien, por eso, porque también necesitas desahogarte de decir: “¡Cuántas cosas me han pasado! (llora) Mi vida cómo funciona, por dónde va”...»

Es destacable el hecho de que, en sus discursos, todas las enfermeras hacen referencia explícita a la evolución que han realizado, y la describen de tal manera que también coincide con los cuatro niveles restantes descritos por Benner (1984, en Castillo, 2013). Al principio, una vez terminado el máster, la enfermera ya ha superado el nivel de novel y se encuentra en el nivel novel avanzado, debido a que

ya tiene la experiencia para dominar aspectos críticos y básicos del paciente grave y que son recurrentes. Sin embargo, todavía se orientan por normas, procedimientos y por las intervenciones que han de realizar. Tienen problemas para dominar la situación, porque todavía no reconocen aspectos clave de las necesidades del paciente según la respuesta que manifiestan:

E08: «Jo estic segura que les primeres vegades que entrava en un box a mirar-me un ventilador, a part que devia anar bastant insegura alhora de mirar-me el ventilador, sí que deuria dir bon dia, perquè això sí, “Bon dia” (se ríe), però de cara al ventilador seguríssim, no? I ara no...»

En el tercer nivel, el nivel competente, la eficacia aumenta, pero la atención de estos profesionales se centra en la gestión del tiempo y en la organización de tareas, y no en las necesidades del paciente. Este estadio es considerado en el modelo como crucial en el aprendizaje práctico por la capacidad que se adquiere en el reconocimiento de patrones y en la discriminación de elementos que merecen o no la atención y que con la experiencia van avanzando a planteamientos más integrales que sugieren qué hacer para que el paciente entienda su beneficio, ya dirigiéndose al siguiente nivel:

E06: «Por ejemplo, un paciente que... que ha estado intubado mucho tiempo está cansado del tubo, finalmente lo extuban, claudica y hay que ponerle la no invasiva, lo cual es engorroso para el paciente y cansado. “Y me aprieta, y me da claustrofobia, y me ahoga y esto no me sirve para nada”... ¡¡Uff!! ¿Cómo poder convencerle? Para que al menos lo pruebe... ¡Uff!, eso es... Pues ahí, ahí, situaciones como esa, por ejemplo. Que no, sí, sí, la teoría es muy fácil...»

Y en el cuarto nivel descrito como eficiente, según dejan que la situación les indique las respuestas, los profesionales pasan al estadio en el que perciben la situación como un conjunto. Es un salto cualitativo, porque han desarrollado la capacidad de reconocer los principales aspectos y poseen un dominio intuitivo de lo que sucede. A medida que avanzan en este dominio desarrollan la capacidad de identificar el origen de los problemas y adquieren la **habilidad de implicación**. Ahora bien, alcanzar una práctica orientada al cuidado integral requiere un tiempo y un tránsito desde una mirada más técnica a otra más práctica. E11 hace una descripción desde su experiencia para sentirse en el nivel de experta expresado por Benner:

E11: «Doncs quan entres et mires la persona que tens allà, mires sobretot si està desperta, si no està desperta. Si està desperta, evidentment, et dirigeixes a ella i saludes i dius bona tarda. Si és la primera vegada et presentes i dius qui ets, si ets

infermera o què ets, i després ja fas una revisió de tots els aparells, el que porti, perquè també necessites això, una seguretat del que tens entre mans Perquè veritablement es deuen sentir indefensos: "Estic a les teves mans per a tot, per la higiene, per curar-me, per alimentar-me, i llavors d'alguna manera li has de transmetre que ets propera, que estàs amb ella, i que bé que se'n sortirà! Jo crec que també, una miqueta, tot l'optimisme aquest... Bé, l'optimisme o la transmissió de dir: "Bueno, estem fent tot el possible per tirar endavant i perquè això surti". No ho sé, no et preocupis, que tot anirà be. I tot això jo crec que es transmet sense pensar-hi massa. És quelcom jo crec que innat, ja que fem o que s'hauria de tenir almenys...»

Todas las enfermeras expertas, con distintos años de experiencia, han expresado que transcurrido un periodo de tiempo indeterminado, que cada profesional ha necesitado para situarse en el nivel de expertez, tienen primordialmente **la mirada dirigida hacia la persona, a la vez que valoran todas los cuidados físicos**, los controles y los datos relacionados con el tratamiento que lleva el paciente. Evalúan asimismo su respuesta, **desde una visión integral (tanto física y emocional como espiritual y contextual)**, proporcionando cuidados continuos. El análisis muestra cómo las participantes enlazan la atención integral con el paciente crítico en su visión holística de la persona. Igualmente, pone de relieve los componentes que han permitido que se llevara a cabo esta evolución.

Al igual que las demás enfermeras entrevistadas, la participante E05 afirma:

E05: «[...] cuenta que lo primero que hace es mirar a la persona a la cara, a la vez que mira las máquinas, para comprender cómo se siente y cómo responde al tratamiento, de manera integral...»

Así, en el estudio es patente que las enfermeras no ven las máquinas, sino que ven a una persona con las máquinas. El paciente necesita de la atención de la enfermera para satisfacer sus necesidades; estas no solamente están relacionadas con la parte física, sino que las ven integradas en el ser humano y, por ello, entienden que en el cuidar está todo lo que envuelve a la persona. La participante E02 lo expresa de la siguiente manera:

E02: «Ver, ves a una persona, ves a la persona y ves todo lo que hay... Y para ti el que seas capaz de llegar a transmitir lo que ellos te quieren transmitir, con ganas y con esfuerzo, quiero decir, todo conlleva un esfuerzo... Lo difícil es implicarte, PENSAR como una enfermera, SER una enfermera, HACER una enfermera, ¿no? Como sentirlo dentro, tú tienes que sentir que realmente es

así. Es mucho más que un trabajo, porque te tienes que implicar entera, entera... La persona indefensa desprovista de todo... Y tú le das todo. Es que es darle TODO, todo, todo, lo más mínimo, lo más sencillo que pueda ser, como mojar unas gasas con agua, para ti, dices: "Bueno, tampoco le he hecho nada", ¿no? ¿O qué? Pero tú le estás dando a esa persona pffff... Y encima depende de cómo se la pongas ya ni te cuento los millones de gracias que te da por algo tan mecánico, tan sencillo como es decir te voy a ofrecer un poco de... No es el ofrecer; es cómo lo decimos, ¿no? La manera de hacer todo lo que conlleva cuidar... Entonces, el cuidado es tan grande... Porque son todos los aspectos los que tienes que tener en cuenta. Entonces, cuidado es TODO, es entrar a la habitación y como entras...»

Todas las enfermeras coinciden en que, para cuidar del paciente crítico, es necesario el dominio tecnológico desde una orientación hermenéutica. Asimismo, afirman que una vez transcurrido el tiempo que les permite sentirse seguras ante toda la complejidad del tratamiento específico, perciben la conexión que hay entre la persona y el tratamiento. Por ese motivo, conectan de inmediato con la interrelación que se establece en el cuidado que dan; en ese momento son capaces de ver a la persona en toda su complejidad, captan la conexión que hay con la vivencia de la persona y entienden la importancia que adquiere la comunicación verbal y no verbal. Así, pues, ponderan la relación humana como un factor fundamental en un 70% en conexión directa con la curación de la persona. Dos de las enfermeras lo expresan de la siguiente manera:

E06: «Yo personalmente creo que son pacientes que necesitan muchos recursos de maquinaria, mucha medicación, mucha cosa científica, técnica... Sí, claro que sí. Tanto si están sedados como si no, o medio sedados, pero yo creo que... Yo personalmente, sinceramente, pienso que la cuestión humana de la persona es más de un cincuenta por ciento, mucho más, no sé, no sé... Me atrevería a decir incluso un setenta por ciento de la curación de esa persona... Realmente... Sí...»

E05: «A ver... Sí que en una UCI, lugar tan especial o tan específico, se tiene que saber dominar la técnica. Yo creo que es muy importante, y sí que es verdad, también, que tiene que darte angustia eso porque con un fallo que puedas tener puede pasarle algo grave al paciente. Pero yo creo que hay una parte muy importante de la gente que está en una UCI que están muy nerviosos, muy angustiados, que puede que lo pasemos a veces por encima y

por lo tanto yo creo que puede que en un 50 %, ¿no? O puede que yo le daría más importancia al trato al paciente en un 70 %, o sea un 70/30...»

Las enfermeras en el grupo focal lo expresan así:

EF01: «[...] Necesita seguridad, necesita sentirse confiado: el paciente de intensivos necesita tener confianza en la persona que tiene delante, necesita a esta persona, normalmente tienen que tener bastante experiencia y estar bien preparados, de tal manera que el paciente normalmente se relaja, en eso sí que se nota mucha diferencia. Los pacientes cuando hablan saben perfectamente a quién tienen delante (Alguien dice: “Mmh”) Entonces, según a quién tengan delante, el paciente, depende de qué situación, mmh, toma una actitud u otra, espera de ti que seas un buen profesional, por supuesto, esto esta clarísimo, seguro que delante, en la cama espera de ti una respuesta, bueno con cierta coherencia, ¿no? De lo que ellos esperan, y aparte necesitas cuidarlos físicamente (Alguien dice: ¡Claro!) y psicológicamente...»

Un paciente lo expresa con estas palabras:

P05: «Lo que necesitas, aparte de que te cuiden, es que te animen. Y a mí lo que me dieron fue mucho apoyo... Me daban ánimos, me hacían ver que tenía que poner ganas y fuerza, y que tenía que luchar.»

8.3.1. Actitud reflexiva crítica en el desarrollo de las habilidades

En segundo lugar destaco las subcategorías: **habilidades cognitivas, afectivas y relacionales** en las categorías dirigidas al paciente, familia, uno mismo y al alumno. Que pueden visualizarse una vez adquirida la seguridad tecnológica con la experiencia, el cambio de visión que permite ver a la persona a la vez que realizan las intervenciones que son necesarias para la situación del paciente.

Una vez adquirida la seguridad tecnológica, y transcurrido el tiempo de consolidación, las enfermeras expertas reconocen que han realizado un cambio importante de visión en la manera de mirar y ver a la persona, a la vez que realizan las intervenciones que son necesarias en la situación del paciente:

E14: «He notado muchísimo cambio en mi persona cuando salí hace, podríamos decir, dos o tres años. Yo sí que soy consciente de que antes era mucho más clínica, y cuanto mayor me hago, lo clínico obviamente no lo olvido porque es parte de mi trabajo y está ahí, y no se te borra porque es que lo tienes inherente ahí en nosotras, pero sí que es cierto que me fijo muchísimo

más en la persona. Y antes no quiero decir que no me fijase, pero no me fijaba de la misma manera. Y ahora sí que lo veo como igual o quizá más importante, ¿no? Que antes no me fijaba en esos pequeños detalles.»

Es a partir de este momento cuando emerge en la reflexión sobre su práctica que los valores humanistas están implícitos en su “hacer”. En su discurso es patente que tienen internalizada la actitud de respeto hacia la individualidad, idiosincracia y capacidad de autodeterminación del paciente, así como el respeto hacia los valores de la persona, a pesar de la complejidad y vulnerabilidad de la situación que vive el paciente y su familia. Vemos que proporcionan cuidados desde esta vertiente humano-tecnológica, científica y personalizada, que da sentido al trabajo complejo y duro con el que conviven diariamente, ante las enfermedades graves y críticas, que a veces les lleva a convivir con la muerte de personas jóvenes, muertes no previsibles, situaciones de emergencia, y la responsabilidad de proporcionar prácticas seguras con relación a la tecnología puntera y compleja.

8.3.1.1. *Habilidades cognitivas en relación con la integración de los conceptos teóricos en la práctica*

Transcurrido el mencionado tiempo indeterminado la enfermera ya es capaz de integrar el conocimiento teórico con la propia situación que está viviendo el paciente. Tiene la capacidad de decidir con juicio clínico qué es lo que tiene que hacer, siendo capaz previamente de analizar la situación y ver el trasfondo de todo lo que está viviendo el paciente de forma rápida e integral. Sabe qué hacer, cómo hacerlo y cómo comunicarse, involucrándose sin implicación personal, con la situación que está viviendo la persona enferma y su familia, transmitiendo seguridad física, psicológica, emocional y espiritual:

E07: «És que no sé com explicar-me: és anar provant. Sí, és veritat, depèn del... Entres, saludes, a veure què vol, què no vol. En el mateix... en el bany, quan vas fent les coses, quan li vas prenent les constants, quan observes, quan mires tot el funcionament dels aparells que portis... Ja, ja pots anar mirant-lo a ell i pots anar parlant una mica si el malalt t'ho permet o pots anar preguntant a veure si està tranquil, si està còmode, si li molesta, no només entrar i fer les tres coses i sortir, sinó dedicar-li una mica més de temps, no? Personalitzar-lo; que no tots són iguals, no? Que no a tothom li agraden les coses de la mateixa manera i han d'estar allà, doncs si un no vol crema, pues no se li posa crema. És un exemple, no? O si prefereix colònia i un no vol colònia, pues, fer-ho un mica més així... Com més personal. Que jo crec que

els malalts és el que valoren, no? Perquè la resta, doncs, ja saben que ho fas...
Els ja pensen que tenen el tractament correcte, que ho fas tot bé, no?»

Con el fin de conceptualizar la naturaleza del saber enfermero desde la práctica, los trabajos de Schön (1992) nos aportan la reflexión crítica o la reflexividad, como eje primordial para poder dar cuidados humanos y personalizados que permitan al paciente totalmente dependiente “sentirse persona”, ofreciéndole la posibilidad de participar en su proceso: pensar, opinar y tomar decisiones. Distintos autores desde una epistemología sociocrítica afirman que la reflexividad de la enfermera es un punto clave, que incide en la actitud de respeto hacia la independencia, autodeterminación del ser humano y conecta directamente con la atención humanizada en la UCI, además de tener un impacto directo sobre la recuperación y curación de los pacientes (Medina, 2005a):

E14: «Sí, sí, es que eso: cuidar, pero no anular a la persona, porque además esa persona después de esa etapa que vivimos nosotras con ellos tienen otra que en ocasiones es larga, de recuperación, de no sé qué, ¿no? Les queda un largo camino por recorrer a ellos...»

Como dice Benner (2005), en el cuidado comprenden que la vida de las personas no se puede separar de la situación clínica, que son vulnerables y que dependiendo de cómo es nuestra actuación conectamos con la persona y se ayuda a que se sientan mejor. Por ello, la reflexividad ha de estar incorporada antes de intervenir:

E01: «Jo? Bueno, depèn del tipus de pacient, solventar-li tot el que ell no pot fer, tant a nivell tècnic com físic, i que se senti bé, el més còmode possible dintre del que tu li estàs fent, perquè hi ha moltes coses que fem de forma habitual que jo de vegades ho pensem i dic: “A mi, no...”. A veure, perquè hi estem molt i molt acostumades, però no és agradable estar despullat i que t'estiguin rentant i que... Bueno, jo no ho trobo, que hagi de ser agradable, vull dir, no ho he passat mai i que no em passi mai! Però hi estem tan acostumats que de vegades ni hi pensem, no? De vegades ho fem i... Pues, bueno, sí que li podem dir: “Anem a fer el que et fem cada quinze minuts” o el que sigui, no? I que se senti el més còmode possible. Pues, bueno, que estigui el més còmode possible dintre de les coses que hem de fer i que són necessàries...»

El paciente se da cuenta perfectamente de que tiene una dependencia de la enfermera con relación a todas sus necesidades, tanto básicas como complejas. Con contundencia la define como beneficiosa, porque la ve totalmente imprescindible en la fase de la enfermedad que se encuentra, sabe que no puede valerse por sí mismo y así lo explica:

P08: «Es beneficiosa, porque es buena, porque ellas te traen lo que tú necesitas para ponerte buena, pero es eso, es una cierta dependencia, sí, dependes un poco de ellas, sobre todo cuando estás en la cama que no te puedes sentar, dependes de que te cambien, de que te laven, de que te muevan, de que te suban, de que te bajen. Es una dependencia...»

El conocimiento práctico se adquiere en la acción y aunque la adquisición de habilidades y aptitudes es más segura y rápida cuando está asentada en una base educativa sólida, es fundamental la experiencia para avanzar en el conocimiento práctico (Benner, 1984, 2000; Benner, Tanner y Chesla, 1996; en Acebedo, 2012). El concepto de experiencia de Benner (1984), en la línea señalada por Gadamer (1998), se refiere al resultado de cuestionar las nociones preconcebidas. Se trata de un planteamiento que proclama que las habilidades clínicas y el conocimiento práctico subyacente son capacidades que se adquieren con el paso del tiempo como un producto de la historia y del modo en que el profesional se involucra en ella.

Este planteamiento es importante porque presupone que cada profesional desarrolla un repertorio personal de conocimientos prácticos que establece su nivel de competencia. Dicho nivel puede mejorar cada vez que es puesto a prueba, sobre todo si se hace en el diálogo y la relación con otros.

En el cuidado individualizado, respeta los valores, la autonomía y la autodeterminación del paciente, en todo lo que sea posible. En su manera de entender el cuidado incluye a la familia como persona clave en la vida del paciente, así como también tiene totalmente en cuenta el contexto:

E10: «Exacte. Fas el que sigui, alguna cosa personal, bueno, és que clar, depèn del moment; no tothom és igual, llavors el *cuidado* jo penso que és també personalitzat, depèn molt tant de la persona que tens al davant com de tu mateix també, de la persona, ai, de les persones que tenen al voltant, tant relacionat amb els altres professionals com a la família, que també és súper important, perquè sí que el cuidar no només és cuidar el pacient, és cuidar la família també. Segons la situació que tinguis i el desenvolupament i tot...»

La enfermera piensa en todas las necesidades de la persona, teniendo claro que debe ofrecer un cuidado personalizado. Siempre se presenta y utiliza el lenguaje y las palabras que el paciente puede comprender mejor:

E12: «Dirigir-me amb un llenguatge que ell pugui entendre. Català o castellà, l'idioma que sigui més fàcil en aquest moment. I veure que ell té poder de decisió. Que no jo

l'implantaré una cosa i serà sí o sí aquella. Que ha ser un raonament i un pacte entre els dos.»

En consonancia con dicho pensamiento, la enfermera experta de intensivos proporciona un **cuidado continuo, con juicio clínico y natural**, que le permite aplicar el dominio intuitivo, de anticipación y de implicación que tiene, siempre teniendo en cuenta la globalidad de la persona (Acebedo, 2012):

E02: «Si está, evidentemente, estás valorando todo; es como que ya, o sea, tú le ves la cara y tú ya sabes. Qué tal día ha pasado, qué tal... Ahora podemos verlo más con los pacientes, ahora normalmente hablan más que antes, porque antes siempre, ¿no? Que el trabajo no es un trabajo mecánico, ¿no? Sino que es una valoración continua, ¿no?»

Corresponde a la valoración continua y holística que realiza de los pacientes, durante el cuidado reflexivo:

E05: «Jo diria que és una valoració contínua i seguida, contínua durant el temps i seguida en tots els nivells. Una valoració; és un *feedback* continuat. Sí, les coses més biològiques d'una manera, i els comportaments o les manifestacions d'una altra, però, com ho diria, estructurat, **és tot estructurat i tot junt...**»

El pensamiento crítico es un proceso intelectual y reflexivo que opera mediante el detenido examen, evaluación y análisis de un tema. Además, requiere herramientas esenciales como son el conocimiento, la información, la observación y la experiencia. Estas habilidades se expresan mediante la capacidad para reflexionar y razonar de manera eficiente, hacer juicios de valor, analizar, sintetizar, y evaluar información, tomar decisiones y resolver problemas en situaciones críticas o extremas. En este sentido, también está enfocado a la acción, a la capacidad de evaluar y decidir qué hacer en un momento determinado. También la capacidad de la persona de autoanalizarse y examinarse a sí mismo como un método de enriquecimiento.

El juicio clínico en la enfermera experta en el contexto permite, a través del conocimiento, la comprensión y la respuesta del paciente, identificar los signos y síntomas y el significado que tiene para su vida. Ello le permite tomar decisiones e identificar la respuesta del paciente, para posteriormente comprobar y mejorar las intuiciones basadas en el conocimiento (Benner *et al.*, 1996):

E07: «Jo trobo que moltes vegades fem coses perquè toca, no? Són les hores estipulades, o toca fer coses, no? I jo cada cop faig menys coses... I és veritat, eh? De vegades, i ho dic, si tinc un pacient que està dormint i no ha dormit en tota la nit, jo a les quatre de la tarda no el despertaré per netejar-li la sonda, tot i que toqui fer la profilaxi de la sonda, jo no ho faré, vull dir, no perquè hagi de posar una creu a la gràfica... No ho faig... Si és una cosa molt, molt necessària, clar que la faré, però bueno, en algun moment del meu torn es despertarà, però perquè toqui o perquè toqui a les quatre jo no ho faig. Cada cop ho faig menys, eh? I jo parlo per mi, perquè hi ha una reflexió abans d'actuar, vull dir, que és valorar la situació... No hem de fer les coses quadrades.»

Ante esta realidad se hace necesario establecer el proceso reflexivo, que es un proceso personal de comprensión e interpretación, respecto a situaciones problemáticas de la práctica profesional que son siempre únicas y ambiguas, que están saturadas de conflicto de valores, y resultan, por tanto, inciertas y complejas de enfrentar para el practicante. Requiere anticiparse y ser sensible, comporta tener juicio clínico de manera continua:

E14: «Claro que puede ser que realmente tenga dolor, que tenga disconfort. Ya no hablo de una hipertensión secundaria que sea algo clínico, sino que ya también sea básico de decir un disconfort del propio paciente. Pues eso, de una incomodidad, de que la almohada esté más aquí, no, de todo eso yo creo que es nuestro, pero puro y duro. De decir, si no lo hago yo no lo va a hacer nadie. Entonces, para mí es entre clínica y paciente. Quizás es la idea así un poco que me hago yo. Y luego una vez que tienes claras esas cosas, pues claro, a veces es el conocer un poco al paciente...»

EF05: «Yo pienso que eso lo hacemos porque sabemos muy bien cuándo es algo prioritario y cuándo no: si ya hago una gasometría y veo que hay un potasio de 2, es que me voy corriendo al médico (E7: Yo le pongo potasio) Yo no. (E4: Nosotros lo llamamos) Pero si yo tengo un paciente crónico que lleva allí treinta días y de manera sistemática le van pidiendo la analítica cada mañana y un día se olvidan de hacer la petición, pues casi que no llamo y se le hará pasado mañana. Entonces, eso lo hacemos muy bien, sabemos discernir cuándo es algo que hay que llamar, o cuándo es algo que, si se han olvidado del pantoprazol, bueno, se lo daremos más tarde, o se lo doy. Lo que quiero decir es que cuando es algo urgente, llamas al médico porque trabajamos con personas, y cuando es algo rutinario que se ha olvidado, pues, chico...»

P30: «Os adelantáis, avanzáis un poco analizando la situación y le hacéis vibrar los sentidos para que se sienta más a gusto.»

8.3.1.2. Habilidades afectivas en la atención

Al mismo tiempo, la enfermera va desarrollando las habilidades afectivas que le permiten ir desarrollando la habilidad afectiva necesaria en la atención al paciente crítico. Esta habilidad es uno de los puntos clave dentro de la práctica reflexiva. Morse *et al.* (1990) la describen dentro de las cinco características relacionadas con la naturaleza del cuidar. Una de ellas es el afecto, junto con la relación interpersonal y relación terapéutica, el rasgo humano y el imperativo moral o ideal.

Entendiendo que cuidar es algo más que una acción: es una forma de ser y es un acto de respeto por la vida de quien necesita cuidados (Busquets, 2004). Igualmente, Watson (1985) define el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal entre quien cuida y la persona cuidada.

E01: Bueno, seguir aprenent, vull dir, hi ha coses que, jo crec que el tracte amb la gent l'aprens cada dia. Però bueno és com créixer, vull dir jo no sóc igual amb vint anys que ara, no? Potser al principi quan ets més jove ets més agressiu, ets més despreocupat, [...] et penses que ho saps tot, i és mentida. Perquè com més creixes més t'adones que saps menys en realitat, i a mesura que passa el temps i que tractes amb la gent, t'adones que també t'aporta molt i més quan estan en situacions tan delicades, oi? I que, a més... Bueno, t'ensenyen a agrair que tu estiguis bé. Jo ho penso moltes vegades, depèn del que passa dius: "*Jolín*" T'ensenyen a donar les gràcies pel que tu tens, perquè sí que és veritat que et falta la feina, et falten els calés, et falta..., però si no tens salut... Ja pots tindre molts calés o pots tindre... I és veritat i la gent a més molta gent t'ho diu quan està malalta... I és veritat. Però jo suposo que és l'experiència i el créixer també i tractar amb gent, no? Jo crec, t'aporten molt.

En las entrevistas emergen aspectos de la práctica reflexiva que encajan con la atención humanista. Esta aboga por una ética enfermera basada en el cuidado y no en normas universales y, por tanto, contextualiza la realidad en las situaciones vividas por las personas en el momento del cuidado. Las intervenciones enfermeras en la UCI están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana (Jiménez, 2009) y por ello permite al paciente que exprese:

E02: «El enfermo se da cuenta de todo, capta la actitud, lo capta todo y si tú le preguntas te lo dice, lo que te gusta oír y lo que no te gusta oír.»

E11: «Tu captes que el malalt *s'entera*. No sempre tothom et respon... Però sí que és veritat que hi ha gent que sense dir-te res transmet un agraïment. O et sents que ells perceben això, que tu estàs allà, sense verbalitzar-ho...»

Las informantes apuntan que no se puede separar la vida de las personas de su situación clínica, y esto significa entender que son vulnerables, que puede vivirse la enfermedad como una pérdida, y que dependiendo de las habilidades afectivas de la enfermera dentro de la situación de sufrimiento, les podemos proporcionar apoyo, alegría o felicidad:

P07: «Hablábamos en general de todo, ¿vale? Y de temas personales, pero con esta fuimos conectando con más cosas y, bueno, llegaba un momento en que, pues, ella me explicó sus cosas y yo le expliqué las mías. Y quizás le expliqué yo más, bueno, no, quizás no, seguro, le expliqué yo más que ella. Pero, bueno, me escuchó, me escuchó, me escuchó en un momento en que me hacía mucha falta, la verdad es que me fue muy bien, me fue muy muy muy bien, por eso, porque, también necesitas desahogarte...»

Esta visión del cuidado es fundamental, porque el concepto de ayuda puede entenderse de forma muy diferente según se ocupe la posición de dar o recibir. Y comprender lo que en realidad le importa a la persona permite conectar con ella para reintegrarla en su mundo y cuidarla. Te das cuenta de la importancia de las actitudes que tiene el profesional; desde el modelo humanista se pone énfasis en la importancia de la comunicación. Entre estas actitudes se encuentra el ser capaz de conectar a partir de escuchar y ponerte en su lugar:

E14: «Sí que es cierto que me fijo muchísimo más en la persona. Y antes no quiero decir que no me fijase, pero no me fijaba de la misma manera. Y ahora sí que lo veo como igual o quizá más importante, ¿no?, que antes no me fijaba en esos pequeños detalles. Porque sé que es cierto que cuando les conoces, pues, a esta le gusta la sábana así, a esta le gusta que tal, el paciente prefiere o no quiere las almohadas... Pequeñas cosas sobre las que yo me intento poner en el lugar, que pueden parecer tonterías y no lo son. Porque llevan mucho tiempo, sobre todo están faltos de cariño, porque no tienen a la familia. Y yo creo que en nuestra unidad hay una visita muy restringida, y eso yo creo que tiene que ser importante. O sea, ese cariño que la familia te da, además en una situación normal familiar, aunque también sabemos que hay de todo, a veces favorece, a veces no, pero dentro de una situación familiar normal, la familia en la enfermedad yo creo que es importante. Y sí que es cierto que como a veces una madre o un hijo, cuando tus padres se hacen mayores, esos cuidados, ese cariño, no sé, para mí es fundamental.»

La enfermera entiende que la atención la tiene que dar siempre desde los valores y principios humanos de la profesión con la honestidad y autenticidad en la acción, que conduce a la autoconfianza del paciente. Implica dar siempre la información, anticiparse y explicar todos los cuidados que se van a realizar de manera respetuosa, responsable y cierta. Decir la verdad; las palabras han de coincidir con los hechos, es decir, lo que hacemos responde a lo que decimos que hacemos. Son cuidados caracterizados por la receptividad, conexión y sensibilidad, que conlleva una actitud receptiva para captar la situación que vive el paciente y para que entienda y participe de los cuidados (Noddings, 1984), transmitiendo seguridad:

E08: «Intento sempre la manera que el malalt capti, sobretot, que l'ajuda que rebrà és una ajuda bona, eh?, o sigui, intento transmetre això, seguretat del que està fent, que no hi hagi contradiccions, que no li diguis ara una cosa i després al cap de cinc minuts diguis una altra, saps? Que quan diguis una cosa sigui: "Anirà per aquí", no? Ara, pues, és igual, pujarem una mica l'ajuda de la màquina, o si és veritat que li falta una mica d'oxigen, pues pujarem una miqueta, saps? I intentar això, no banalitzar la situació i, a més, no donar contradiccions, no? Llavors, intentar, pues, això, donar la imatge aquesta de seguretat i que realment, pues, bueno, que el maneig que faràs de la situació és un maneig adequat perquè ell estigui millor, perquè ell evolucioni millor... Quan has tingut un dia d'aquests així, que has entrat al matí, el malalt estava malament i tal... Els dies posteriors, si el malalt està millor, veus que quan entres a l'habitació et reconeixen com la persona aquella que havia estat manegant la màquina, vale? I ja és allò de "Hola, ja torno a ser aquí", no? i ja veus que et reconeixen com... Ja veus que no cal que tornis a dir "Sóc la que ve a mirar la màquina, la d'això..." i tal, sinó que ja et reconeixen en el context i la... No ho sé, potser la confiança ja és com... No ho sé, una miqueta més proper amb el malalt, no? Allò que quan entres ja et fa un somriure, no? O treus el cap i dius "Bon dia" i et fan així amb el cap, no? De dir "Hola, hola", no? Llavors faig la broma de dir "Ja són les vuit del matí, que els dies passen volant", no? I que ja et veuen en el context del que vas a fer...»

En su experiencia la enfermera se da cuenta de que el paciente capta la situación y para ello es necesario tener la sensibilidad que implica la habilidad de escucha y saber responder a sus necesidades:

E09: «Yo pienso que los pacientes captan más de lo que dicen. Igual que el paciente cuya familia dice que nunca pregunta, luego el familiar te dice: "¿Por qué no le explicas tú lo que le ha pasado?" "Es que yo no me atrevo". Entonces, claro, le explico directamente lo que le ha pasado si tiene a su familia. Yo le pregunto: "¿Qué piensa usted de qué le ha pasado?". Y entonces

si él me dice: ¡Tal día!, y hace preguntas y a veces dice “Quien llegó primero fue una enfermera, tengo que decirle a esta enfermera que me ha salvado la vida”. “Pues claro que sí, y tome, su nombre es tal”. Que captan muchas cosas. Y los pacientes que realmente están muy graves lo captan. También captan que no les digas la verdad. Yo pienso que si un paciente quiere saber siempre te pregunta. Y si te pregunta no le tienes que mentir. Tal vez no le tengas que decir las cosas tal como tú las ves, pero que no hay que mentirle. Cuando no les mientes yo pienso que les estás ayudando... “Bueno, es verdad, estamos aquí, y si he llegado hasta aquí puedo continuar luchando”...»

P30: «Lo primero que procura todo el personal de vuestro colectivo es tratarte de forma personal llamándote por tu nombre, escuchándote...»

Emerge la habilidad de la enfermera en saber captar mediante la comunicación del paciente, a través de los canales verbales y/o no verbales, el estado de confort o discomfort, el estado de ánimo. La enfermera busca en el paciente el canal de expresión que utiliza, para lograr que la comunicación sea más efectiva e ir canalizando la situación con sensibilidad, tacto, respeto, comprensión y buen humor, se encuentre en la situación en la que se encuentre. La relación que establece la enfermera está dentro de los cuidados de enfoque interpretativo, es decir, la comunicación establecida está determinada a partir de la comprensión que realiza del paciente (Medina, 1997).

E06: «En cuidados intensivos hay un gran número de pacientes sedados, ¿no? [...] La comunicación obviamente queda muy limitada según si están más o menos sedados, ¿no? Pero si, por ejemplo, cuando yo entro en un box y el paciente está sedado, claro, lo primero que miras es si está confortable, si tiene alguna expresión o algún signo de que pueda ser de discomfort, ¿no? Y, si está mínimamente consciente, pues lo primero es presentarme o alguna excusa para poder interactuar con él, por ejemplo, al presentarme, pues ya fijarme mucho en la cara que pone de... si está enfadado, angustiado o con dolor, o está contento, y ya por ahí ya te va dando pistas, ¿no? Así es como yo lo vivo y como actúo. Y él te va dando pistas de cómo se va comportando o se va sintiendo y si se puede expresar mínimamente aunque este intubado, o escribiendo, o gesticulando, o con respuestas cerradas de sí o no, pues, no sé, que ya te vaya dando más pistas de cómo está y según cómo está ya ir canalizando, ¿no? Si el paciente obviamente está con discomfort o dolor, pues solucionarlo; si está enfadado o deprimido, pues ir averiguando y amortiguando un poco la situación...»

El paciente reconoce que las enfermeras saben entender sus particularidades y que a la vez que realizan los cuidados más relacionados con el tratamiento específico,

están dando una atención personalizada que da respuesta a sus inquietudes, temores, inseguridad, con una actitud respetuosa, con comprensión y sensibilidad que le hace sentirse bien.

P17: «Sí, sóc una mica aprensiu. Llavors, “Que et prenc la tensió”, “I què?, com estic?”. Et treuen la sang: “I què?, què heu trobat?”. Et punxen pel sucre: “Què surt?”, pregunto, i ja ho sé, i em quedo tranquil. I que m’han contestat sempre. “No, no, la tens bé”. Jo inclús era una miqueta hipertens i ara estic normalitzat. De cada vegada jo preguntava “I què?, com surt?”, i un altre podria dir “¡Oye, pesado!”, però sempre m’han contestat: “La tensió, el sucre, estàs normal, el tal”. I a mi això m’ha anat molt bé.»

8.3.1.3. Habilidades relacionales

Medina (1999, en Acebedo, 2011) señala un rasgo característico de la acción práctica, la **incertidumbre esencial**. Ocurre en espacios comunicativos donde las interpretaciones son múltiples y a menudo conflictivas con diferentes orientaciones y expectativas de valor. La práctica está saturada de indeterminación y ambigüedad, de contingencias contextuales e interpretaciones, y exige que cada situación se conciba como problema único y singular, teniendo en cuenta el contexto de la persona: otra característica de la acción práctica es la **construcción del significado** que se produce a través de la comprensión y el diálogo.

En el concepto de cuidar destaca la importancia de la solicitud y del tacto pedagógico. Idealmente, el profesional debe ser capaz de distinguir activamente lo apropiado de lo inapropiado. Se trata de una interacción que se asienta en una manera de ver, escuchar y reaccionar delante del paciente en su situación de vulnerabilidad. Esta permite establecer un contacto interpersonal significativo, y desarrolla la solicitud y el tacto pedagógico que describe van Manen (1998) y que va más allá de la mera influencia pedagógica; es siempre una interacción, sea con el paciente o sea con los profesionales, es autorreflexiva y nos empuja constantemente a reflexionar sobre si nuestras acciones son responsables y moralmente justificables. E10 hace referencia a este tipo de contacto:

E10: «Sí que intentes el contacte i ser proper, no? Expliques el que estàs fent... Jo, d’una manera natural i d’una manera de proximitat amb la persona, perquè pot tenir el que tingui, però la proximitat és... És que és...»

Por este motivo es tan relevante saber interpretar las acciones humanas a través de las técnicas de comunicación, para ayudar a acompañar el proceso del paciente,

reconfortarlo en la situación que vive y ayudar a expresar los sentimientos. Así, siempre que sea posible, se buscan significados de las experiencias como elementos claves para el cuidado (Watson, en Jiménez, 2009). La enfermera E11 expresa una situación de comprensión de la situación personal que tiene repercusión en la persona, así como su perspectiva en cuanto a la evolución de la enfermedad:

E11: «Potser una persona que ha deixat el seu entorn de treball, s'ha separat... Intentes d'alguna manera suplir aquestes mancances. Com? Doncs, bé, no ho sé, també depèn de qui et trobes. També hi ha gent que t'absorbeix més, o a qui has de dedicar més temps. Hi ha gent que ho necessita, o potser... O intentar almenys buscar aquestes mancances de les persones. I després també depèn de la situació de la malaltia que estigui passant: no és el mateix una persona, per exemple a la Coronària, que té un infart, que amb dos dies marxarà, que una persona que potser... Com hi ha hagut ara aquella noia que tenia una pneumònia, que allà necessites suplir...»

En el grupo focal, los informantes expresan la preocupación que tienen cuando se dan momentos de sobrecarga de trabajo. Se trata de una situación que no permite dar la respuesta con inmediatez a la necesidad expresada, la cual, sea física o psicológica, siempre tiene una connotación emocional sobre la persona. El paciente reconoce con satisfacción, con bienestar o con gratitud ser atendido con prontitud, incluso con anticipación:

EF03: «No tanta càrrega és que si el malalt està despert i necessita parlar amb tu, o explicar-te alguna cosa, no li diguis (EF01: Sí, sí, sí): “Ahora no puedo, un segundo que viene un ingreso” (EF07: No...). I en tota la tarda ja no has tornat, i potser per tu és una... (EF07: Es que eso...), potser no és gaire important, perquè l'altre ingrés que et ve, al començament tenen un problema vital (EF02: Sí) i aquest altre senyor tu ja el dones per estable, però aquest altre senyor, que el tens despert, ja no és cuidar la part biològica, que es el que fem al començament, sinó també la psicològica i la resta, i la social . “No, luego vengo”, i no tornes (EF04: Claro.), això és més important...»

El paciente se da cuenta de la esencia del cuidado desde esta perspectiva holística de acompañamiento en el proceso y de ayuda que llevan a cabo las enfermeras. Capta el conocimiento, la habilidad y la actitud en sus acciones y se da cuenta de que en la relación que establecen con él, buscan comprender su estado globalmente:

P30: «Admiro vuestra profesión por pertenecer a este cuerpo sanitario, al vivirlo con tanta intensidad, vocación, afán de servicio. Y la forma en que os adaptáis a cada paciente con un trato especial y personalizado. Creo que soy buen

enfermo, siempre soy muy positivo, pero lo que es muy importante es el cariño, las atenciones que dais, vuestras sonrisas y vuestra capacidad de sacrificio y comprensión. Esto es importantísimo. Yo antes nunca había tenido ningún problema, y por primera vez en mi vida recibí el trato como paciente en un hospital. Por parte vuestra no ha habido mala cara, al contrario, siempre ha habido un saber hacer de cada persona con su forma de actuar, pero, en general, con vuestro comportamiento el enfermo se siente muy compensado y entendido. Sabéis personalizar bastante las cosas, contestáis a sus preguntas y dejáis una vía de escape si no conocéis a fondo el problema para los médicos y decís: “Sí, esto se está estudiando”...»

El paciente, delante de la situación real de dependencia durante el proceso de gravedad, expresa el vínculo que se crea mediante el cuidado proporcionado con dedicación. Se trata de un cuidado sensible a todas las necesidades alteradas que necesitan cobertura total. Igualmente, el paciente habla de la desvinculación que tiene lugar cuando empieza a recuperar su autonomía:

P17: «Un vincle com podria ser una mare amb un nen, una mica que inclús has d'anar una mica al tanto perquè arriba un moment que et diuen: “No, ahora te sacamos de de la UCI”, “Ai...”, però penses: “Bueno”. Home, en realitat pots caminar, pots dutxar-te, pots... Vull dir, que t'agafa una cosa una mica regressiva, diguem-ne, que clar, és com una situació una mica com, com un nen cuidat per una mare, no sé si és un exemple. Però és una mica una situació de tant, de tant *cuidado* corporal i de tan continuat i tu tan allà, que no has de fer-te càrrec de res, que clar...»

En cuanto a la relación interpersonal entre la persona que cuida y la persona cuidada, Watson (1985) afirma que esta se desenvuelve desde la ética enfermera basada en el cuidado y en el contexto de la realidad. Es una manera de cuidar que permite captar la vivencia de las personas en el momento en que se está realizando el cuidado.

E01: «Si tenen algú de referencia, o algú o diverses persones, no cal que es recordin del nom de qui sigui, però si tothom que entra a l'habitació li dóna una tranquil·litat o una calma, se'ls explica més les coses [...] A la llarga, si no hi ha cap problema important que pugui passar, col·laboren molt més i als pacient se'ls treu el tub abans, estan més tranquils. Jo crec que sí, perquè és que són moltes hores mirant al... cap amunt, no?»

La enfermera E02 expresa la fragilidad y vulnerabilidad de la persona con la que se compromete responsabilizándose de su cuidado, así como la importancia de la sensibilidad de la enfermera a la hora de captar las necesidades del paciente y

atenderlo de manera personalizada. De este modo, se promueve la capacidad para distinguir la individualidad de cada persona:

E02: «Ver a una persona que está indefensa, que depende totalmente de ti, en todo... Si la quieres escuchar te esfuerzas para escucharla, si no quieres escucharla... O sea, va a depender tanto, tanto, tanto, que todas tus decisiones es como si su vida ahora te la pasaran a ti, y tú decidieras por ella todo. Ves un paciente que tiene dolor, dependerá de tu respuesta la solución... Si es que yo siempre he pensado, y esto lo sabes, que la enfermera de la UCI tiene una sensibilidad en este punto muy especial...»

Por medio de la mirada nos encontramos con el alma de la otra persona: en una mirada de amor o de odio, de confianza o de miedo, de calidez o de frialdad, afectuosa o indiferente, de esperanza o de desesperación, sincera o falsa. Para conocer el alma de la otra persona debemos perfeccionar nuestra habilidad para mirar y ver, y saber cómo interpretar una mirada. Tenemos que comprender la importancia de las pequeñas cosas: van Manen (1998) nos dice que las grandes cosas están en las cosas pequeñas. Las enfermeras E04 y E08 se refieren a ello en los siguientes términos:

E04: «La actitud, la postura, el gesto, no sé cómo decirlo... Intentar transmitir energía positiva, no sé... El toque terapéutico, y que con la mirada solamente a veces ya hay suficiente, ¿no? Dar calma y un poco saber escuchar lo que te dicen, o mirar y ver la postura del paciente que también te habla y te dice muchas cosas, ¿no?»

E08: «A ver, es que los pacientes lo transmiten, o sea, si tú has estado con una persona X horas y tal, la siguiente vez que entras en la habitación, ya lo ves con la mirada, ya ves con la mirada el reconocimiento... Estas aquí otra vez. Quiero decir, que solamente con la mirada, ya lo ves, ¿no? Te sonrío... y la interacción es otra, ¿no? A ver, cuando una persona se ha sentido ayudada... Ha compartido contigo un episodio significativo de su vida como es un ingreso en una UCI, que además de ser una situación en la que le cuesta respirar, es además altamente estresante y es altamente impactante, es como si se hubiera establecido un lazo... Es que hemos estado luchando los dos uno al lado del otro, y te reconoce como la persona que ha estado a su lado, encuentro que se establece un vínculo.»

De su discurso se desprende que la interrelación se establece con una actitud abierta, honesta y de confianza en todas las situaciones, como puede ser también ante alguna intervención que precisa modificación. El hecho de compartirlo también

conduce a la comprensión y confianza del paciente:

E09: «Incluso si tú las cosas las dices como son y te equivocas y lo reconoces, el paciente sigue confiando en ti. "Tal, si hemos hecho esto así pero ha salido mal y vamos a hacerlo de esta otra manera", y él confía completamente en ti.»

El paciente es capaz de captar los valores humanistas que dan sentido al trabajo complejo y a la sensibilidad que tiene la enfermera en la atención que da. Permite, como dice van Manen (1998), captar y atender las necesidades, ejercitando una sensibilidad perceptiva, que le permite ser afectiva y activa delante de las necesidades del paciente expresadas de manera verbal o no verbal y desarrollar la solicitud y el tacto terapéutico, que permite comprender la globalidad de la persona según la necesidad que precisa durante la fase de fragilidad e indefensión, aunque no sean capaces de expresar lo que necesitan, actuando como Benner (1987) sugiere en esta fase de expertez, de manera acertada y eficiente:

E04: «Llavors quan els pacients estan en coma és una situació en què no saps molt bé fins on arribar nosaltres, o jo, particularment, hem de parlar, intentem parlar amb ell, fer el toc terapèutic, no? Que és intentar donar-li amb el toc a la mà o al braç, intentar transmetre una certa seguretat, no? Explicar-li sempre tot el que li fem, no? La situació en què estigui, independentment que estigui sedat, *curaritzat*, anelgesiat... Sempre intento expressar i explicar... El toc terapèutic, i que amb la mirada a vegades només ja n'hi ha prou, no? De donar calma...»

P30: «Llevar a cabo y personalizar este sentimiento en general es muy complicado, cada uno es como es, tenemos nuestro ADN, educación, cultura, formación, de muchísimos factores más. Me imagino que no todas las personas se entregan por completo a vuestros cuidados. Pese a ello, procuráis a aquellas personas ganarlas. Siempre tendréis a alguien con problemas psíquicos de educación y modales o por su timidez no se exterioriza cerrándose en su coraza y vosotras lográis que los pacientes con este cariño que se abra, un poco sois como los confidentes...»

La atención al paciente crítico precisa de enfermeras humanas y reflexivas, capaces de dar respuesta con prontitud a los problemas y necesidades alteradas del paciente, a nivel físico y a la vez ligadas a sus vivencias, valores, creencias y cultura. Los cuidados de calidad implican el desarrollo de destrezas, habilidades y actitudes interpersonales, la interrelación con el paciente, la familia y los profesionales, desde un paradigma más empático que conduce a tratar el cuerpo como sujeto, o sea,

como una persona con toda su subjetividad (Medina, 1999). Esto se aplica durante todo el proceso: ingreso, estancia y alta a la sala.

E14: «Yo creo que es un poco como de trampolín cuando sales de la UCI. Me lo imagino yo como un trampolín, de que has superado toda esa etapa difícil, pero venga —como le decimos a un niño—: “Sal a caminar solo”. Porque nosotros nos volcamos mucho y ellos, además —con los crónicos—, también lo vives mucho, [...] estos pacientes que están tanto tiempo, cómo viven la marcha de allí. Porque desde que intentas esto que decíamos de no anularlos, pero, quieras que no, generas una dependencia, y allí están muy controlados. A veces mueven un dedo y nosotras: “¡Ua!” Tenemos como ocho ojos las enfermeras de UCI, ¿no? Tenemos a veces la capacidad de mirar cuatro cosas a la vez y, claro... "Bueno, ahora es como que te vas de casa y tienes que aprender a caminar tu solo". Y, bueno, tiene que ser bastante difícil. [...] Y a la familia supongo que también se les notará porque ellos pueden, yo supongo, darle soporte hasta cierto nivel, pero no son enfermeros son familia.»

8.3.2. Capacidad de captar las vivencias en el cuidado al paciente

El reconocimiento de los sentimientos emergentes durante la situación de gravedad queda patente en los resultados del presente estudio. Se trata de sentimientos que tiene la propia enfermera, así como de sentimientos que tienen los pacientes y sus familias. Ayudan a comprender la interrelación que se produce, es decir, la verdadera relación terapéutica o de ayuda que se lleva a cabo entre la enfermera y el paciente y que permite que se establezca una relación beneficiosa durante la evolución de la enfermedad (Moreen, Piazza, Quinn, Dykes y Fitzpatrick, 2008).

Así, emergen los sentimientos propios la enfermera, que ha de reconocer y trabajar ante las situaciones duras y complejas que se viven; los sentimientos del paciente y familia, que en dichas situaciones pueden ser sentimientos tanto positivos como negativos y que están en conexión con la vivencia y relación terapéutica o de ayuda que se establece desde la ética del cuidar, durante el tratamiento específico y la interfase son las máquinas (interfase paciente/máquina); y que permite trabajar los sentimientos en la situación de vulnerabilidad y dependencia que se encuentra el paciente y su familia.

8.3.2.1. Reconocimiento de los sentimientos, emociones y su conexión con el tratamiento específico

Al igual que Benner et al. (1996), las participantes entienden que no se puede separar la vida de las personas de su situación clínica, y esto significa entender que delante de su vulnerabilidad, y de la vivencia de la enfermedad, como una pérdida que produce sufrimiento, la relación que se establece con la enfermera puede proporcionar satisfacción, alegría o felicidad.

Así, es fundamental que la enfermera tenga la capacidad de captar sus propios sentimientos y hacer el proceso de desarrollo personal y profesional para separar los sentimientos relacionados con su vida personal de la sensibilidad que precisa delante de los sentimientos de los pacientes y familias.

8.3.2.1.1. Sentimientos propios de la enfermera

Las situaciones complejas a las que se enfrentan las enfermeras de intensivos les generan la capacidad de reconocer los sentimientos negativos y positivos. Esto les ha ayudado a saber gestionar positivamente sus sentimientos y emociones con los pacientes y sus familias. Lo perciben sobre todo en las situaciones negativas, que son de más difícil manejo, por la dureza de la vivencia, tanto con los pacientes como con las familias. Reconocen la satisfacción que sienten ante el bienestar del paciente en relación con la interrelación que se establece junto con el cuidado realizado.

El pensamiento reflexivo que tienen las enfermeras de la UCI, en su periodo de expertez, les ayuda a tener una atención que se caracteriza por los tres elementos que contiene el cuidado integral, según Noddings (2009), y que son imprescindibles en la relación humana, a saber, la actitud receptiva que permite aceptar a la persona, la conexión en la relación y la sensibilidad hacia el paciente y la familia. Gracias a estos tres elementos logran no bloquearse y seguir ayudando a la persona en el proceso de su vida.

La relación interpersonal ayuda al crecimiento de ambas personas e implica una reflexión personal y profesional que incide en el desarrollo personal de comprensión e interpretación respecto a las situaciones de la práctica de compleja resolución (Medina y Sandín, 2006): la expertez permite gestionar mejor las emociones y separarlas de la vida personal:

E08: «A veure, segurament, quan vaig començar a la UCI fa uns quants anys, gestionava molt pitjor les situacions adverses que ara. Perquè gestionar una situació favorable és relativament fàcil; gestionar una situació adversa és més difícil, és molt més difícil, clar. A veure, i una que és bastant ploranera, que sóc ploranera de mena. Jo recordo que al principi en situacions adverses, així, jo, la primera que vaig sentir una pena immensa i que no era capaç de gestionar aquella pena tan immensa que veies en la família i tal, i et costava ser terapèutica en aquesta situació, no? A veure, en aquests moments no estic dient que no senti pena, això no, però sóc capaç de gestionar. Segurament sóc molt més resolutiva i dono molt més suport a aquestes alçades de la pel·lícula que no pas al principi de...»

Emergen vivències de la infermera que han quedat fixes en el record. Per exemple, una d'elles recorda amb tristesa que no va poder donar resposta a la petició del pacient de veure a la seva família abans de procedir a la intubació endotraqueal, degut a que la situació de gravetat va portar a intubar amb rapidesa. Per un altre costat, té un record satisfactori degut a la realització dels cures necessàries tant per al pacient com per a la seva família abans del final de la vida en la UCI: la infermera va poder portar a terme tots els cures de confort i d'acompanyament que necessitava el pacient, incloent-hi la presència en el box de tota la família durant el procés del final de la seva vida:

E10: «Clar, hi ha moments, situacions, de les quals et recordes sempre. A vegades són situacions, que no puguis transmetre a una persona, que per la situació en què estàs, una cosa que tu intentes que estigui el més còmode possible, no puguis fer-ho. [...] Per exemple, vam tenir una pacient que volia veure la família abans de la intubació. Bueno, estava fotuda i el no poder dir-li: "Escolta, la família si no pot entrar ara pel tipus de situació, podrà entrar després". Això em va fotre. Perquè la persona és el que s'emporta i la vivència que té... I el neguit de la família, doncs per la situació no va poder entrar abans, però després veus coses molt bones, com el procés final d'una persona que pot estar tota la família dintre. Ara sí, ara sí, hem pogut portar-ho bé. Això ha de ser com ha de ser. Vius situacions d'un extrem i d'un altre. Llavors això també et marca. I que realment sents que has cuidat i que ho has fet com ho haves de fer. No vol dir que si no va bé la cosa, pues... Però que tu has fet el que haves de fer, i ho has donat tot perquè la persona pugui treballar a la seva manera i viure...»

Com hem apuntat, també queden en el record sentiments negatius en les infermeres, davant de la mort de persones joves en la UCI. Fan hincapié en la duresa de l'experiència de la mort i en la tendència natural a connectar-la amb situacions de la vida personal. La seva experiència ja permet separar el sentiment

personal causado por la muerte de la persona joven del sentimiento profesional. Entienden que, profesionalmente, la actuación de acompañamiento ha sido correcta, pero recuerdan negativamente la vivencia:

E11: «Negatiu de cara que una persona ha mort i m'he sentit fatal, perquè ha mort, perquè era una persona jove, o era una persona... Però no professionalment perquè hagi actuat malament, sinó per la situació, que m'han fet mal, mal... Bueno, perquè hi ha x casos dels quals et recordes perquè t'han arribat, perquè t'has projectat pel motiu que sigui amb aquella persona, perquè a vegades jo crec que... Perquè és una persona jove, de quan la teva filla era jove, que sí que hi ha casos dels quals em recordo, evidentment. Però no perquè jo m'hagi sentit malament professionalment, sinó més de cara a l'experiència. I bons, pues, també, per això, perquè gent que se n'ha sortit, i dius: "Ostres! Que bé!".»

La enfermera señala la evolución positiva que ha llevado a cabo en su desarrollo personal y profesional. Esta le ha permitido la comprensión del ciclo de la vida y la muerte y la aceptación de la muerte como parte de la vida, para saber acompañar en el proceso de morir al paciente y de duelo a la familia:

E04: «En relació amb els cuidados, potser quan era més jove i més inexperta em sentava malament que el malalt anés malament i es morís, però amb el temps..., no? Vas aprenent que tot i que facis les coses i a vegades et sembla que treballes una mica pel diable, no? Que diem, a vegades, que veus que el pacient està en una situació... Però que s'ha de fer el màxim... Pues intentes... No sempre el resultat positiu que surti endavant és que tu ho facis bé i quan es mori ho fas malament, sinó que intentes adaptar-ho. Saps que es un procés terminal, pues intentes fer-ho el millor possible en aquell procés, intentar donar suport a la família i que el pacient estigui confortable. Per exemple, al principi extubar malalts per no fer res més em generava un conflicte a nivell de pensar: "Ostres!, hem fracassat d'alguna manera", o... Però aleshores el que intentes és que tot estigui bé, que el pacient estigui confortable... Si has de parlar amb el metge, per dir "Potser seria bo sedar-lo", perquè a vegades hi ha un disconfort determinat, [...] afortunadament, quan ets una infermera experta et tenen bastant en compte. Pots fer una bona dinàmica d'aquest tipus implicant la família, si veus que la família és molt aprensiva i no vol entrar, doncs ho respectes, els que volen estar, pues els deixes estar... I negatiu en aquest aspecte... potser a vegades que per manca de temps no has pogut dedicar-li tot el temps a una cosa determinada, però com que el que priva és la supervivència i intentes que el malalt estigui bé... Després ja tens temps els dies següents per poder anar fent aquest camí.»

También emerge la vivencia de satisfacción ante la percepción del reconocimiento del paciente ante los cuidados proporcionados por la enfermera, que le produce satisfacción:

E04: «Jo estic satisfeta a nivell personal, perquè sóc bastant sensible, no? Intuïtivament i així de percepció de sentiment i d'emoció del pacient, i sempre et manifesten gratificació d'una manera o d'un altre. El que ho pot expressar verbalment ho expressa i el que no, pues, amb la mirada, es queda tranquil quan tu entres i parles amb ell o ha estat neguitós a la nit i et diu: "Oh, que bé. Has vingut!", no?...»

Emerge el reconocimiento y la satisfacción de la enfermera en relación con la vivencia que tiene entre el cuidado que da y la interrelación que se establece. Lo expresa como un crecimiento personal:

E11: «Bé, em sento bé. Després de 30 anys fent el mateix, si no et sents bé, plega. Bé, potser no, però potser estaries enfadada tot el dia. Bé, crec que et va portant sense adonar-te. Bé, hi ha gent que t'aporta sobretot "Quina valentia de la vida". Hi ha gent que admires com es comporta com a malalt, i d'això aprens. Quan passen un procés i situacions molt dures jo crec que aprens d'aquella persona, perquè penses: "Jo en aquesta situació em moriria" o "Jo en aquesta situació..." I aquesta persona com ho pot portar així i ser tan amable amb tothom? Vull dir, que n'aprens. I després el que t'aporten també és la satisfacció. Has lluitat per la seva vida i que se'n surt bé, la satisfacció aquesta no té preu...»

8.3.2.1.2. Sentimientos propios del paciente

La práctica reflexiva de la enfermera, centrada en el cuidado a la persona, permite que los pacientes expresen los sentimientos naturales que tienen durante su estancia en la UCI. Los identifican y, además de las reflexiones que expresan de sus vivencias, en relación con los sentimientos que han captado y las necesidades que tienen los pacientes, también explican las intervenciones que simultáneamente llevan a cabo, teniendo en cuenta la individualidad y la situación de cada persona. Los sentimientos que emergen de los pacientes son sentimientos de miedo, rabia, tristeza, pánico, que le producen angustia, impotencia, inquietud, indefensión, inseguridad.

En las palabras de los participantes vemos que la intervención de la enfermera permite que el paciente exprese los sentimientos que tiene y, por otro lado, busca la manera de ayudar a cubrir sus necesidades, con la sensibilidad especial que

caracteriza la atención integral y la relación de ayuda. La suma de estos elementos lleva a la enfermera a actuar con tacto ante los sentimientos de los pacientes e intentar aliviarlos para que la persona pueda seguir trabajando de manera participativa y activa el proceso de su enfermedad (van Manen, 1998).

Las enfermeras en su experiencia, explican que los pacientes expresan sus sentimientos y podemos ver que tienen esta sensibilidad especial que permite que los pacientes se sientan con confianza para expresarlos y en el cuidado que dan connota la actitud y el sentimiento que permite prestar atención y buscar cual es el mejor apoyo y seguridad que pueden dar. Como van Manen (1998) resalta, la intervención que llevan a cabo con tacto y con criterio pedagógico, sin autoritarismo, ni dominación, vemos que busca una influencia positiva, que no crea ni dependencia ni impotencia y que permite preservar el espacio de la persona, proteger su vulnerabilidad, evitar que se haga daño, busca recomponer lo que se ha roto y reforzar lo que es bueno, resalta la unicidad de la persona y favorece el crecimiento personal:

E07: «Quan algú et diu: "Tinc **por**", no? Llavors has de mirar què és el que pots fer, o explicar-li ben bé el que se li va fer o per què està aquí o això que...».

E04: «A vegades et confirma quan es desperten que han tingut la sensació que s'ofegaven o que tenien una sensació de **pànic** en aquell moment, que si tu els expliques prèviament que pot ser que sentin aquestes coses i que és normal, pues després alguns que recorden el moment et diuen: "Hi havia una veu que em deia que...", no? I et transmeten que realment funciona. En el pacient que està crític...»

E13: «Sobretot amb pacients hematològics, els dic: "Bueno, es que claro...". Em recordo, fa poc, d'una senyora que em diu: "Hace un año, yo que siempre he sido una mujer que no he parado, y mírame cómo estoy ahora". Clar, va començar **a plorar**. Jo em recordo que l'estava assegut, que era el primer o segon cop que l'asseia, i li vaig dir: "Bueno, pero adelante, porque es que otra cosa no queda. Vale, ha sido así toda la vida, pero ahora tienes que pasar por esto y lo único que te queda es luchar". Digo: "O sea, que llora, porque es bueno llorar, pero no te quedes ahí". Jo el que dic molt és "Llora cinco minutos, pero después vuelve a levantarte!". Jo crec que *sueno mucho en plan película de Estados Unidos así en plan: "Porque nosotros somos muy fuertes"*, però és que és així. És que és això. O sigui, té dret a plorar, però no ploris tot el dia...»

Podemos ver en los participantes que el profesional busca de una manera afectiva y receptiva el potencial del paciente e intenta ayudar de manera perceptiva teniendo en

cuenta su individualidad tanto a nivel físico, como psicoemocional y espiritual. Los pacientes, en su experiencia con los cuidados físicos, relacionados con la higiene, el dolor, el confort, han experimentado esta integridad con la parte humana del cuidado, y han dado una gran importancia al modo en que se han proporcionado los cuidados: explican que se han dado con cariño, con apoyo, con ánimo, con tacto, con paciencia. Destacan la empatía demostrada por las enfermeras, así como la escucha activa de estas:

E01: «De la gent que està en una UCI, que estan molt nerviosos, molt **angoixats**...»

E14: «O sea, que lo que para mí es como que la **ansiedad** que genera, todo ese proceso de enfermedad, de estar en una situación muy crítica, como nosotras también intentamos que esa ansiedad sea la menor posible, dentro de lo que está el paciente, que, bueno, que hay cosas que son inevitables. Porque según qué patologías, hay cosas que hay que pasarlas. Pero dentro de eso, yo creo que sí que ayudamos mucho a que se sientan bien psicológicamente...»

P17: «Cuando ves a alguien que está haciendo algo con mucha seguridad y con precisión, y que te lo hace bien hecho, ¡claro! También te quedas muy tranquilo.»

E10: «Pots veure si està **inquiet**, si té **dolor**, si està amb **neguit**. És que a mi el cos és que de vegades no... Llavors ja intentes la comunicació. La gent es necessita comunicar. La gent està allà i sap que, vulguis o no, et té a tu i és la manera que ells tenen de transmetre les coses, també, i que tu a ells els puguis transmetre. Llavors es comunica, vull dir, sense dir res ja et comuniqués. I és això el primer que fas, independentment de tota la resta. És el primer. Clar, és que en entrar en una habitació el primer que mires és la persona. La persona que està allà, sigui de la manera que sigui i estigui com estigui.»

P07: «Pero no puedo quejarme ni de que me dejaran sufrir dolor, al contrario, que yo soy de aguantar el dolor y no me dejaban, a la que veían que me dolía cualquier cosa, rápido me tenían cómodo, cómodo...»

E11: «Perquè veritablement es deuen sentir **indefensos**: "Estic a les teves mans per a tot, per a la higiene, per curar-me, per alimentar-me..."»

P20: «Sobre todo cuando realizaban la higiene, pues todo, el tema de cremas y de cuidado de la espalda, lo del baño principalmente, es un poco extraño, ¿no? Que se te pueda bañar en una cama, pero bueno, lo hacían, me lavaban la cabeza, y todo esto era importante para mí...»

P05: «Lo que necesitas, aparte de que te cuiden, es que te animen. Y a mí lo que me dieron fue mucho apoyo... Me daban ánimos, me hacían ver que tenía que poner ganas y fuerza, y que tenía que luchar...»

Los pacientes explican que las enfermeras los ayudaron a ir venciendo la negatividad, impotencia e indefensión que sentían ante su enfermedad, las vivencias más positivas de los cuidados desde la vertiente psicemocional y espiritual. Estas tienen que ver con el cariño, la escucha, la presencia, la cercanía, el apoyo, el ánimo y la empatía, y les suscita confianza, seguridad y tranquilidad personal. Fueron recuperando el ánimo, la esperanza y las fuerzas, para afrontar la situación, recuperando el estar activos en su proceso y seguir luchando para seguir viviendo. El apoyo continuo de las enfermeras, el alivio de los temores, su expertez científico-técnica-humana, así como el interés personal por el paciente, les permite centrarse en su recuperación y verla posible. Se dirigen a su crecimiento, desarrollo y recuperación de la salud, como tendencia natural de la persona (Rogers, 1972; Gallego, Alorda y Miró, 2008; Hernández, 2010):

P38: «Me estuvieron, bueno, animando, esa es la palabra. Sí. Animando a seguir el siguiente paso, el siguiente, aún a pesar de todo lo doloroso que era, ¿sabes? No hubiera podido llevarlo... Eso lo hicieron, se cuidaron de mí, y me convencieron con sus hechos de que no me iba a pasar nada...»

P08: «Porque [si] no hubiera sido porque ellas se han molestado en cuidarme en todo momento yo no estaría tan rápido aquí en sala.»

P12: «A mí lo que me ha hecho sentirme bien ahí han sido las enfermeras, pero sin ellas... ¡Imagínate qué desastre! ¡Imagínate!»

P30 : «En las relaciones humanas existen sentimientos... Dentro del amor hay un capítulo que es el cariño; el cariño se expresa de forma personal con una atención especial y la persona que lo recibe lo siente y lo valora más en los momentos difíciles. En vuestro caso hay un afán de entrega y lo expresáis con cariño. Yo pude notar y sentir este cariño.»

La actitud de la enfermera, como hemos dicho, fomenta la expresión de sentimientos y es uno de los puntos clave de la relación significativa de ayuda: hace aflorar tanto los aspectos positivos como los negativos de la relación que se establece. La aceptación del paciente y el respeto a su dignidad ponen de manifiesto que se tiene conciencia de la importancia de llevar a cabo siempre un proceso de reflexión de nuestras acciones. Así se evita perder de vista la profesionalidad, que supone estar siempre atento a todo lo que hacemos y no olvidar que cuidamos a personas

vulnerables. Igualmente, no hay que perder de vista las dificultades que hay en el cuidar bien, para plantearse siempre las mejoras necesarias, que a la vez son garantía fundamental de la buena práctica profesional (Torralba, 2000):

E02: «Sí, sí, y te dice lo que te gusta oír y lo que no te gusta oír, quiero decir, que no es que te vean como algo que si te digo que esto está mal vas a tener represalias, no, no no. También hay gente que te dice cosas que no son, entre comillas, tan bonitas o que no te gustaría que pasaran, pero te las dicen, no tienen reparos en decirlo. Me he encontrado de todo.»

E14: «A veces, yo creo que sí hay. Unas veces no nos damos cuenta de que hablamos muchas cosas delante de ellos, preguntas o cosas así, no... Y yo creo que eso tiene que crear mucha **inseguridad**. Porque a veces tú vienes al hospital como propio paciente a hacerte un simple control de lo que sea, y ya que el médico pregunte, o no sé qué y tal y cual, yo creo que genera mucha inseguridad.»

Trabajar con el paciente crítico conlleva también situaciones de difícil manejo por la evolución de la propia enfermedad, el tipo de medicación, el aislamiento, la pérdida de orientación temporo-espacial, las alucinaciones, la percepción de gravedad o de muerte inminente, que generan situaciones de dificultad en la comunicación y sentimiento de impotencia tanto para el paciente como para la enfermera. Estas situaciones precisan aceptación incondicional y tener capacidad de comprensión hacia la experiencia que vive el paciente, para poder reconducir la situación:

E09: «**Impotencia** por parte de los dos, pero hay pacientes [con los] que cuesta mucho entablar esta comunicación, y en este momento yo pienso que es un momento de impotencia por parte de las dos partes. Por ejemplo, una cosa que él está viendo... Te enseña que en la pared ve algo, pero tú no ves que está viendo algo. O sea, que te cuesta captar qué ve ¡por ejemplo en las rejillas del aire acondicionado! Hasta que llegas a entender, ¡Dios mío! Lo que nos ha llegado a costar. Y la impotencia que sentía el paciente de ver que no le entendías y la impotencia que sentías tú porque no le entendías. Pero, bueno, estas cosas, cuando tú ya conoces a tu paciente, son cosas que se van subsanando con más facilidad. Pero, bueno, son momentos de mucha energía y de mucha impotencia. ...»

Vemos con claridad que ejercitar el tacto significa ver una situación que reclama sensibilidad, entender el significado de lo que se ve, sentir la importancia de la situación, saber cómo y qué hacer, y hacer algo correcto. El tacto domina la praxis, definida como consideración llena de acción, que requiere saber cómo vive y experimenta la otra persona la situación. Al igual que el profesor con los niños, la

enfermera, con el paciente crítico y vulnerable, ha de saber estar a su lado y ayudarlo a encontrar los medios para salir de la situación de inseguridad en que se encuentra, ayudando a controlar la situación y a conducirlo hacia situaciones que le generen seguridad verdadera, confianza hacia el profesional y hacia sí mismo (van Manen, 1998).

8.3.2.2. Praxis del cuidar desde la ética y la relación de ayuda

Los participantes hacen referencia a los valores éticos descritos por Rach (1985, en Torralba, 2000) y Gasull (2010). Los constructos éticos de la praxis de cuidar que se refieren al ser del cuidar son la comprensión, la competencia, la confianza, la conciencia y el compromiso, y la comunicación significativa en la relación de ayuda descrita por Rogers (2000). Esta última se refiere al hecho de comunicarse siempre con el paciente de manera verbal y/o no verbal, cultivando la escucha activa, la empatía, la consideración positiva incondicional, la congruencia o autenticidad, el desarrollo de la solicitud y el tacto pedagógico que describe van Manen (1998). Se trata, en definitiva, de establecer una relación significativa o terapéutica, que dé respuesta a las necesidades de la persona en situación crítica.

8.3.2.2.1. Trabajar los sentimientos del paciente y familia en la situación de vulnerabilidad y dependencia

Ante la fragilidad del paciente, para poder llevar a acabo la relación de ayuda y tener internalizados los constructos éticos de la praxis del cuidar, es preciso el desarrollo de los valores desde la infancia y seguirlos desarrollando durante toda la vida del profesional. Identificar y conocer las características del perfil personal ayuda a trabajar la personalidad. Así se logra continuar siendo un profesional de ayuda, capaz de separar la vida personal de la vida de los pacientes, pero manteniendo y avanzando siempre en la competencia con perfil humano.

En las entrevistas emerge la **compasión**, virtud que permite cultivar la proximidad al sufrimiento de la otra persona. Se trata de un hábito que requiere esfuerzo, trabajo del espíritu y del cuerpo, así como avanzar en la acción transformadora solidaria y auténtica hacia la otra persona, ponerse en su piel, conectando con ella y ayudándola sin crear dependencia:

E11: «Perquè veritablement es deuen sentir **indefensos**: "Estic a les teves mans per a tot, per la higiene, per curar-me, per alimentar-me, i llavors d'alguna

manera li has de transmetre que ets propera, que estàs amb ella, i que bé que se'n sortirà! Jo crec que també, una miqueta, tot... L'optimisme aquest... Bé, l'optimisme o la transmissió de dir "Bueno, estem fent tot el possible per tirar endavant i perquè això surti". No ho sé, no et preocupis, que tot anirà bé. I tot això jo crec que es transmet sense pensar-hi massa. És quelcom jo crec que innat...»

EF05: «Hace[s] un masaje y es que te lo agradecen en el alma.»

P38: «Sus manos actuaban de forma milagrosa en mis espaldas...»

La **competencia** aparece de continuo en las entrevistas cuando los informantes hablan desde la mirada integrada humano-tecnológica. La interrelación que se establece de manera continua implica una actitud y compromiso con el derecho inherente del paciente: la enfermera respeta su capacidad de autodeterminación y decisión sobre la vida, en la situación de total vulnerabilidad en que se encuentra. Igualmente, tiene todas las competencias, lo cual le permite cuidar estableciendo una comunicación significativa verbal y no verbal. Como sabemos, el toque terapéutico y la mirada transmiten proximidad y respeto a la persona (Bengoechea, 2001; Blancafort, 2006):

EF07: «Déjame la mano. ¿Por qué no estás una rato conmigo con la mano cogida?» Digo: «¿Por qué?». «Porque me encuentro solo.»»

E11: «I a la que et dirigeixes a ella i has de fer algun procediment, anar explicant el que vas a fer i procurant ser una mica propera, o amb la mirada, o amb el que puguis tocar... bé, un apropament d'una mà a l'espatlla, o a la mà... Que et senti propera. Això si el pacient... veus que et... Bé, això del toc és tant si està despert com si no. Si el veus que està neurològicament amb un Glasgow baix, pues igualment et dirigeixes a ell pensant que et sent i que et nota quan tu el toques, que noti que està... Bé, està clar això, que la persona que està intubada, que està amb aparells, que està amb mil coses, necessita sentir propera la persona que l'està cuidant, perquè si no...»

EF02: «Yo a la gente de Glasgow tres, les hablo, y la gente me dice "¿Tú estás loca?", no nuestros compañeros, ¿eh?, otra gente" (*Otra enfermera asiente*)»

P17: «Cuando entran y te dicen: "Ahora te haremos esto y después lo otro y lo otro", entonces lo hacen y lo agradeces mucho.»

Emerge la **confidencialidad**: forma parte del respeto, la educación, preservar la

intimidad. Se consigue gracias a la capacidad de escucha y la discreción del profesional. Se tiene en cuenta la vulnerabilidad del paciente a la hora de comunicarse en situaciones límite tanto emocionalmente como físicamente:

E02: «Yo muchas veces he pensado: “¡Qué suerte!”. Es como que tengo un don que no todo el mundo puede tener, y es que con muy poquito que les doy, ellos se hacen grandes. Estoy hablando de ellos; son los pacientes. Entonces digo: “¡Qué lujo, qué lujo que me den la oportunidad de hacer grande a una persona!”, ¿no? Y realmente siempre lo he sentido, ¿no? Puedes venir de casa porque el niño ha dejado los zapatos no sé qué y estás ahí cabreada con el mundo... Llegas aquí... Me transformo y dices: “Este sí que tiene un problema. ¡Anda yo, con lo bien que estoy!, este sí que tiene otro problema...”. Entonces vas, te acercas, y con nada que les das, porque pienso que es NADA, porque no me supone nada dar, quiero decir, no es algo que cueste dinero, no es algo que cueste trabajo... Porque el trabajo si hay que bañar, se baña, ¿no? Pues si a la vez que lo estás haciendo le estás dando todo lo demás...»

El paciente P06 justificaba la falta de intimidad:

P06: «He perdido todo tipo de intimidad, en algún momento sí, pero que tampoco me ha importado, ¿eh?, cuidado. Que cuando uno está así, a ver, es de aquellas cosas que dices: “Casi todo, casi todo es perdonable”. No, pero que es recíproco, que ellos tienen que entenderme a mí y yo, pues aceptar que eso, que soy un enfermo y estoy bajo control, bajo microscopio...»

La enfermera tiene claro el beneficio del proceso reflexivo, estar atento a lo que se está haciendo: no se puede perder la **conciencia** profesional, dimensión interior que tiene un valor integrador. Este valor significa prudencia, cautela, conocimiento y reflexión; conduce a no enjuiciar, no vanalizar la situación que vive el paciente, no entrar en tópicos que no permiten captar las necesidades de los pacientes. Por ejemplo, ante una petición no explicitada con claridad, el hecho de dedicar un tiempo a saber qué necesita, escuchar y actuar, proporciona bienestar, o relajación. Resulta útil para captar la necesidad que el paciente no sabía identificar ni pedir.

E01: «Haciendo la interrelación bien te sirve, EVIDENTEMENTE te sirve porque tú lo captas, porque hará una sonrisa o se quedará relajada... La cosa más tonta, “Bueno, le dedicas CINCO MINUTOS, cinco minutos, no te vuelve a llamar en toda la noche. Le preguntas qué le pasa. Y es NADA, pues eso, son las ganas, el querer hacer... Es que es eso...»

Emerge la **confianza**, es decir, la fe en la otra persona. Según Torralba (2000), se

corresponde a una virtud personal y profesional: el paciente confía porque tiene pruebas de la competencia del profesional, se siente seguro y sabe que es eficiente y eficaz en la acción que desarrolla, confía en que la enfermera hará todo lo posible por su vida. De ahí que acepte los riesgos y problemas que puedan surgir, porque sabe que la enfermera no lo dejará en la estacada. También emerge la autenticidad del profesional, que quiere decir que se muestra tal cual es:

E08: «La veritat és que penso que sempre et pots equivocar. No som perfectes i, a vegades, no ho sé... Però jo penso que si realment estàs allà al costat del malalt i realment el que intentes és comprendre'l, i llegir la situació, a veure, no et dic que a vegades potser... Ostres, pensis: "Mira, han anat tan malament les coses que potser no...", "Si no hagués intentat ser tan no ho sé...". De dir: "Vinga, va, tirem i tal..." Però, a veure, primer que és molt difícil predir si una cosa, a veure, hi ha determinades situacions que no les has pogut preveure, no? Hi seran sempre, no? La majoria de vegades situacions dolentes les veus venir, no? I llavors ja la teva dinàmica, sí, les gestions diferents, no? Però jo penso que tot i així, no? Encarant la situació aquella que hi hagi un esdeveniment dolent que no està previst, vale? Jo crec que en aquesta situació l'honest és, amb el malalt i amb la família, és dir, "Pues sí, la nostra dinàmica i la nostra intenció era aquesta i, bueno, i ha passat això", no? Que el fet que hi hagi una cosa inesperada [no] invalidi el que estaves fent abans. L'honest és que llegeixis el que ha passat ara. Però sense obviar l'altre, o sigui, "Sí, la nostra intenció era aquesta, estàvem treballant en aquesta línia i, ostres!, ens hem entrebancat en el camí". I si ens hem entrebancat, en aquests moments no estic dient que no senti pena, però sóc capaç de gestionar-ho.»

P38: «Que ellas me daban confianza y yo se la tenía que devolver. Confiar en que ellas me iban a... Me iban a sacar de la situación».

Finalmente, la sensación de seguridad y tranquilidad era expresada por el P17 así:

P17: «Cuando ves a alguien que está haciendo algo con mucha seguridad y con precisión, y que te lo hace bien hecho, ¡claro! También te quedas muy tranquilo...»

8.3.2.2.2. Consecuencias de la vivencia del cuidar humano-tecnológico

La vivencia supone la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades. Sin duda, enriquecerá a la persona en su proceso de desarrollo bio-psico-social-espiritual, porque tras ella siempre quedará registrada una información que en el futuro permitirá saber cómo actuar ante situaciones similares a la de la vivencia pasada. Además dejará un aprendizaje (Beltrán, 2009; Henao et al., 2010) decisivo

para no repetir una mala actitud o comportamiento. Asimismo, cuando alguien tiene una vivencia favorable que le produjo placer y gusto, con el tiempo, la recordará como positiva, aprenderá de ella y tratará de repetirla. Sin embargo, cuando, por el contrario, la vivencia ha sido desagradable, todo aquello que la evoque se considerará como un mal recuerdo.

El cuidado enfermero se basa en el compromiso con el otro. Dicho compromiso es clave y una constante de reflexión sobre la buena práctica, porque la phronesis ('sabiduría') no depende de la ciencia objetiva, sino del diálogo constante entre ciencia y práctica en el día a día. Un diálogo que, como elemento vivo y forma esencial de reconocimiento del otro, permite el desarrollo del conocimiento de la práctica del cuidado (Benner y Wrubel, 1989; Benner, 1994, 2000; Benner, Stuphen, Leonard y Day, 2008).

E08: « Hi ha una part que és molt de valoració visual, del malalt, de tot, des de la mecànica, dels moviments que fa, els volums, les freqüències, les pressions i del seu estat, de com el veus en el llit, de si el veus tens o si el veus més relaxat, si el veus que té una respiració pausada, si el veus tranquil o el veus que està, pues, atabalat i que el veus... Però després també hi ha la part de demanar-li a ell, que aquesta també la faig, de dir-li: "A veure..." Les preguntes són com molt més dirigides, no? Pues, per exemple: "Veig que estàs respirant una miqueta ràpid, val?, que es nota que li falta l'aire, o que es nota que li costa respirar. Sembla que la màquina no l'acaba d'ajudar del tot, no? Escolti fa una estoneta que tenia més ajuda, vostè se sentia més còmode?". Ells veuen que que realment entens el context i que realment ets resolutiu i que el pots acompanyar en aquest procés. Jo penso que se senten molt segurs i molt confortats. El sentir-se ben tractats professionalment i ben acompanyats en el procés de malaltia, no? Si a sobre el professional que tens al davant és un professional que humanament et sap transmetre aquesta seguretat, no? »

Separar las consecuencias de una vivencia entre las dos personas que la están teniendo es complicado, porque al igual que la relación es un aprendizaje entre las dos personas, en la vivencia de los sentimientos tanto positivos como negativos también se establece una conexión importante, si la relación es auténtica y de confianza. Intento diferenciarlas, siendo consciente de que, a pesar de los distintos significados, están totalmente unidas.

8.3.2.2.3. Consecuencias del cuidar percibidas por el paciente y su familia

Emerge la sensibilidad de la enfermera, cuyas decisiones tienen una repercusión directa sobre necesidades no cubiertas del paciente. Igualmente, pueden incidir en cubrir necesidades espirituales, relacionadas con el interior de la persona:

E03: «El box 8 es un box que muy bien ve pasar a la gente, pero no tenía luz natural... Tal. Entonces, conociendo al paciente, hablando con él, con la familia, me enteré de que era muy muy aficionado a navegar en vela; imagínate un paciente acostumbrado a navegar en vela que lo metes en un box durante días, semanas, un mes... Y llega un buen día en que planteo: “¿No lo puedo sacar del box de alguna forma?”. Iba con traqueotomía, moquitos y tal, bueno. Pues cojo la silla de ruedas, lo siento, me aseguro de que la vía respiratoria esté libre, me cojo el ambú, la bala de oxígeno, y lo llevo a la salita donde pegaba un soletón de muerte agradable, toda la vidriera de colorines y tal, ¿eh? Está bastante inmunodeprimido, hmm, lo saqué a una hora en que no había nadie, ¿eh? No lo llegué a sacar a la calle, pero sí a la vidriera, y cerró los ojos delante de aquel sol con una cara de **placer**, ¿no? Con su mujer al lado y tal como diciendo: “Estoy en la vela o estoy en la UCI, no, ya no estoy en la UCI, estoy en el Sol”. Estaba en el... y **me dió las gracias de una forma**, no podía vocalizar porque tenía la traqueotomía, pero tuvo una **cara de satisfacción**, y fue muy curioso, porque al cabo de muy poquitos días le dieron de alta. Yo no digo que fuera por eso, ni mucho menos, pero estaba bastante deprimido previamente, ¿no? Había sido transplantado, cardíaco con aquella cosa de: “¿Me irá bien este corazón nuevo? No lo sé todavía” y, no sé, aquello **a mí me dejó muy buen recuerdo.**»

El paciente verbalizó que el cuidado recibido le llegó a la parte más profunda de su persona, que conectó con su interior, y que le ayudó a tener voluntad para seguir luchando por vivir. Este tipo de proceso se corresponde con las necesidades espirituales, sin ningún tipo de connotación religiosa, sino como parte de la persona. La enfermera no pensaba que el paciente pudiera expresarlo con tanta claridad, a pesar de percibir que el cuidado que ella proporciona al paciente, transmite, aporta seguridad bienestar y ganas de luchar. Lo ayuda en el proceso de decisión y de voluntad de seguir luchando para vivir, porque el paciente recupera el sentido de la vida. Al paciente le llega no solo lo que haces, sino el modo en que se realizan los cuidados:

E02: «Sí, pero lo que nunca llegué a imaginar es que, cuando hablábamos de lo de las necesidades espirituales, que fueran capaces de verbalizarlo ellos **en el sentido de que vas mucho más allá**. Yo era consciente de que esto a ellos les iba bien, pero no hasta ese punto, quiero decir... Y estas **ganas de luchar**

o este ánimo o este..., ¿no? Está puesto pues con las palabras que tocan. Ahora yo no hubiera sido, no hubiera pensado nunca que hubieran sido capaces de llegar a verbalizarlo...»

E02: «Exacto. Ese puntito que decías del positivo, que no solo vean la parte negativa y lo poquito positivo que pueda ver, esto les ayude...»

P05: «Lo que necesitas, aparte de que te cuiden, es que te animen. Y a mí lo que me dieron fue mucho apoyo... Me daban ánimos, me hacían ver que tenía que poner ganas y fuerza, y que tenía que luchar...».

Por otro lado, en relación con los cuidados psicoemocionales, las vivencias más positivas están vinculadas al cariño, la escucha, la presencia, la cercanía, el apoyo, el ánimo y la empatía. En los pacientes, provocan vivencias de confianza, seguridad y tranquilidad personal:

P30: «En las relaciones humanas existen sentimientos... Dentro del amor hay un capítulo que es el cariño, el cariño se expresa de forma personal con una atención especial, y la persona que lo recibe lo siente y lo valora más en los momentos difíciles. En vuestro caso hay un afán de entrega y lo expresáis con cariño. Yo pude notar y sentir este cariño...»

P12: «Las enfermeras han puesto el granito de arena más grande. Porque el médico viene, te mira, te da un tirón y se va. Y [ella] está todo el rato allí. Y está todo el rato pendiente...»

P20: «Vuestra dedicación, afán de entrega, psicología. La atención no es igual a una persona introvertida o extrovertida. Para ello hay que tener nociones de psicología, visionando cómo es el paciente, si es muy abierto, o cerrado, el que necesita o no necesita ninguna relación humana...»

8.3.2.2.4. Consecuencias percibidas por la enfermera de la respuesta del paciente

Los informantes apuntan a una parte inherente de la persona y una parte aprendida que permite con la experiencia tener la actitud de ayuda en toda relación interpersonal. En esta relación, son esenciales las actitudes honestas, sinceras, empáticas, de escucha activa, sensibilidad al sufrimiento, tacto y tono, que va más allá de la mera instrumentalización. Conlleva reflexión en la acción y una oportunidad de crecimiento y maduración para el paciente y para la propia enfermera. La relación interpersonal es un pilar en las actuaciones de la enfermera y confiere significado a la relación con el paciente y con la familia (Peplau, 1988):

E08: «És que els malalts t'ho transmeten, o sigui, si tu has estat amb una persona x hores i tal, la següent vegada que entres a la habitació, ja el veus amb la mirada el reconeixement, el dir: "Estàs aquí una altra vegada", no? Vull dir, només amb la mirada, no? I ja el veus, si et somriu, no? [...] O l'enteniment aquell de: "Bueno, ja tornes a estar aquí", no? "A veure si podem parlar"; a més t'ho diuen, no? "Hola" i ja la interacció és una altra, no? A veure, quan una persona s'ha sentit ajudada i s'ha sentit, això, no? Ha compartit amb tu un episodi significatiu de la seva vida com és un ingrés en una UCI, que a més es dona una situació en què li costa respirar no sé què, *no sé quantos*, és, a més, altament estressant i és altament impactant, és com com si haguessis establert un llaç de... no?... D'estar junts, ja, de per molts dies, no? Després quan se'n van a casa ja són coses que es van oblidant, i tal, però quan estàs allà dintre, és com... **És que hem estat lluitant tots dos, un al costat de l'altre, hem estat tu i jo, i et reconeix com a tal**, com aquella persona que ha estat allà, no? És com, no ho sé, trobo com que s'estableix un vincle d'aquells de... no? Hem sigut nosaltres que hem estat aquí, nosaltres... Jo sola no...»

E11: «Perquè veritablement es deuen sentir **indefensos**: "... i llavors d'alguna manera li has de transmetre que ets propera, que estàs amb ella, i que bé que se'n sortirà! Jo crec que també, una miqueta, tot... L'optimisme aquest... Bé, l'optimisme o la transmissió de dir "Bueno, estem fent tot el possible per tirar endavant i perquè això surti". No ho sé, no et preocupis, que tot anirà bé. I tot això jo crec que es transmet sense pensar-hi massa. És quelcom jo crec que innat, ja que fem o que s'hauria de tenir...»

E13: «Que vulguis o no, perquè no tinguin sempre al cap: "Ostres!, estic malalta i estic aquí a la UCI, tres mil cables per aquí..." También hay otro mundo fuera de aquí y yo quiero que te vayas para allá. No te quedas aquí.»

La enfermera está vigilante en todo momento y en todos los aspectos de su continuo salud-enfermedad; los pacientes perciben esta atención incluso cuando ella no está en la habitación, lo que a su vez les aporta seguridad. Estar controlando o vigilante significó apoyo, confianza, ánimo y por lo tanto tranquilidad para el paciente.

P08: «Siempre han estado muy, muy atentas... Es un sitio donde están muy críticos, están muy mal, y lo que necesitas, aparte de que te cuiden, es que te animen. Y a mí lo que me dieron fue mucho apoyo y estaban muy atentos... Porque no podía hablar intubada, pero cuando podían me daban ánimos, me hacían ver... Pues que tenía que luchar, que yo era muy fuerte, y tenía que luchar...»

P06: «Te hacen sentir seguro. De que están por ti, de que están trabajando en ello, de que están...»

En algunas ocasiones, la interrelación requiere dejar tiempo y espacio para averiguar la forma más adecuada de establecer el vínculo:

E12: «[...] crear un bon vincle ràpidament infermer-pacient. Llavors, pues, bé, sempre amb educació, amb respecte, amb *carinyo*... Però sí que està a les nostres mans i si que és possible...»

E06: «Te equivocas porque dices: “Este señor está deprimido y está triste y...” Pues no, a lo mejor es porque no quiere hablar en ese momento, no tiene ganas, o está cansado, o está rabioso... Bueno, pues hay que darle tiempo, paciencia y poco a poco. Que no es tan fácil decir: “¡Ahh! Perfectamente”. [...] Es difícil, y bueno...»

Entre paciente y enfermera siempre está presente la parte física y la parte emocional. De ahí que la relación que se establece sea desde el conocimiento tecnológico, la valoración integral continua de la persona, la ética y la relación de ayuda. La enfermera expresa que en el cuidado establece una relación significativa continua de comprensión y de ayuda, durante la evolución y el seguimiento del tratamiento y la enfermedad. Son la competencia y la expertez de la enfermera las que permite que se establezca una relación de complicidad, de vínculo, de pactos, de unión durante todo el proceso:

E02: «Normalmente están las familias por la noche, pues me presento a las familias: “Hola, buenas noches”, porque te los encuentras antes que físicamente a una persona. Si al paciente ya lo he llevado la noche de antes, me voy directamente al paciente y le hago alguna pequeña broma o tal “¡Anda! ¡Qué bien acompañado!”. Bueno, algo que le haga que que voy a entrar yo en algo que es íntimo, que están ellos. Saludo a la familia si no los conozco de antes y, si no, directamente al paciente. Si no lo conozco y es la primera vez que lo veo me presento y le dices... Bueno, pues intentas mantener una conversación... Cualquier cosita que a él le haga perder un poco el sitio donde está. Vaya que no le haga pensar: “Pues estoy aquí, otra vez enfermo con el tubo en la boca que no puedo hablar y me encuentro mal”, no? Para distraerlo un poquito... Y ya tengo toda la información... Es que mirándole a la cara. Evidentemente los monitores están en un sitio muy..., ¿no? Porque tú vas entrando pero tú ya te lo estás mirando todo, tú ya has captado todo. Entonces ya no necesitas mucho más. Tú ves, sientes, percibes y cuando todos los datos los tienes... ¿no? Los tienes en la cabeza, entonces, dices: “Bueno, pues ahora voy y actúo”. Veo si está cansada, si no, si respira bien, si no; simplemente

estando en la habitación dos segundos. O simplemente haberle tocado la mano cuando te acercas a él para presentarte que le haces el ademán. Pues... ya sabes si tiene fiebre... El termómetro lo pongo, pero... Cuando tú estás interviniendo eres consciente de que tu voz, tu gesto, tu mirada... ¿no? El tono forma parte de algo natural también que uno lo tiene y esto es lo que de alguna forma dices "Voy dirigida", y el enfermo esto lo capta, esto le facilita que pueda él expresar lo que siente... si yo sé que una palabra de ánimo le va a ayudar, ¿cómo se la voy a negar? Yo como enfermera, es que todo lo que les pueda decir, hacer... Es que se lo tengo que dar. Yo no puedo entrar y no presentarme, o pensar que no es nada. NO, incluso los que están en coma... Pues les tengo que explicar todo lo que les estoy haciendo, ¿y por qué no? Es que...

EF1: «Es protección psicológica, es como ser tu ángel de la guarda, se sienten protegidos: "Estás aquí, ya no me va a pasar nada"...»

La consecuencia de la relación significativa y la actitud terapéutica, esté o no esté despierto el paciente, permite una vivencia gratificante de la enferma: oír del paciente que al despertar reconoce su voz, y para el paciente es clave:

E04: «El malalt et diu que "Jo vaig notar una...". En dos casos m'ha passat en els trenta anys que treballa, que reconeixia com si hagués reconegut la meua veu després quan s'han despertat, i l'has portat un temps així de procés llarg que tenia la sensació de tranquil·litat quan sentia la veu, i que li havia servit una mica. Jo sempre els dic qui sóc i si estaré...»

EF4: «Yo pienso que el paciente sí que percibe.»

P24: «Veías que te veían como un ser humano que estabas allí, que estás allí, y que necesitas contacto humano de alguna manera...»

Los participantes otorgan importancia a la comunicación que se establece en la relación de ayuda, a la escucha activa, a la asertividad, a la empatía, al no emitir juicios de valor, basándose en el respeto, el *feedback* y la autenticidad. Rogers (2000) explica que este tipo de comunicación requiere ser sincero y honrado con uno mismo:

E07: «Sí, estic contenta, però a vegades no li dones la volta, no? Però és provar-ho, és que si no la UCI és molt dura, ehh? Si no li busques el punt així una mica personal, sense acabar-te d'implicar del tot, no? Vull dir, una mica de... d'empatia amb el malalt, no sé ben bé com dir-ho. I tampoc no hi ha una

recepta màgica: és veure el malalt què necessita i tu el que li pots oferir, si pot ser, no pot ser...»

E11: «Posar-te una miqueta en el lloc d'aquesta persona. I així també entens una miqueta depèn de quines reaccions...»

P10: «Dejar la rutina un poco de lado pensando en lo que tienes delante y poneros un poco en el puesto de la persona que está enferma...»

E07: «Sí, hi ha vegades quan no ho diuen, doncs, intento buscar a veure què és el que... què és el que pots fer perquè estigui més més segur, no? Quan algú et diu "Tinc por", no? Llavors has de mirar què és el que pots fer. O explicar-li ben bé el que se li farà o per què està aquí o això que...»

Los participantes experimentan positivamente la presencia y la cercanía de la enfermera. Es importante para ellos que la enfermera los vea como seres humanos y como el centro de la atención. La relación de confianza en todos los cuidados da seguridad y tranquilidad:

E14: «Pues como nosotras le ayudamos a suplir las cosas que no puede hacer, pero también, en este momento de enfermedad, a sentirse lo mejor posible.»

P12: «Yo no he tenido que llamarlas nunca, antes de que las llamara las tenía ahí. Porque cada dos por tres tenía, si no una, otra.»

P38: «Que ellas me daban confianza y yo se la tenía que devolver. Confiar en que ellas me iban a... Me iban a sacar de la situación"...»

Finalmente, delante de la situación de dependencia que tiene el paciente, la sensación de seguridad y tranquilidad que puede sentir, a partir de la interrelación que realiza la enfermera, denota que capta perfectamente la actitud profesional y que tiene repercusión en todos los niveles de su persona, le da seguridad, apoyo, confianza y genera conexión con la enfermera, que le ayuda a seguir adelante en el proceso de la enfermedad. El paciente expresa:

P24: «"Mira, te pongo el timbre y te lo engancho con un esparadrappo, en la misma ropa de la cama, cerca de tu mano derecha, que es la que tú puedes hacer fuerza, cualquier cosa, me llamas". "Sabes que estoy aquí fuera, me iré pasando, te iré mirando de vez en cuando. Tú tranquilo, que estamos aquí..." Solamente el decir de estas palabras, buff, ya te hacen sentir de otra manera.»

8.3.2.2.5. Consecuencias percibidas por el paciente en relación con sus familiares

Los sentimientos propios de la familia emergen íntimamente relacionados con la situación del paciente. Las enfermeras reconocen los sentimientos que experimentan cuando están con el paciente ante situaciones dolorosas y complejas de gestionar. Con la experiencia, han aprendido a flexibilizar la norma para poder ser un profesional de ayuda sensible y responsable y dar respuesta a las necesidades del paciente con la familia:

E08: «A mesura que van passant els anys, també has vist molta gent en situacions i en contextos molt diferents, vale? Terapèutics, però a més de família, i llavors ja llegeixes molt més ràpid el context de la família i ja saps que en determinats contextos, pues, funcionarà millor una cosa o una altra... Però això ha sigut a base de rebre el *feedback* dels malalts, de veure com el que tu fas, vale?, modula el que estan fent aquelles persones, canviï o no canviï, provoca, pues, que comencin a ajudar-se més, o no, o provoca, pues, que se t'enfronti i et digui: "No", i a mesura que van passant els anys, que vas veient gent i que vas rebent aquest *feedback*, això fa que tu modulis la teva manera de fer i la teva manera d'abordar una família...»

EF6: «Lo de negociar, no solo con el paciente, y con... (EF02: ¿Con la familia?) Que a veces creo yo que también vamos muy cuadrículaos, no es que hay que hacer esto y ya, bueno, a lo mejor se puede ser más, más... (Alguien dice: Sí.) ¿no? Más flexible. Y luego sobre todo la familia influye mucho, porque tú puedes negociar, pactar...»

Los pacientes también hacen alusión a la vivencia que ellos han captado de sus familiares en relación con la atención que han dado las enfermeras a sus familiares y la repercusión que tiene en su propio bienestar como pacientes.

A pesar de no ser una unidad abierta, la UCI tiene cuatro horarios de visita repartidos durante las 24 horas, dos de ellos de una hora cada una. El horario puede tener variaciones según las necesidades detectadas por los profesionales y/o expresadas por los mismos pacientes o familiares. La cultura humanista de la Institución y la UCI da respuesta a las necesidades detectadas de la familia y de los pacientes en la valoración que realiza la enfermera de manera continua durante su estancia.

De las palabras de los mismos pacientes, podemos ver que su percepción de la atención enfermera, en relación a sus familias y la repercusión que ha tenido en sus personas es positiva. Igualmente, han emergido en los participantes algunos de los puntos clave en la relación familia-paciente, que Zaforteza *et al.* (2010b) y Aliberch y

Miquel (2015) citan en sus distintos estudios; podemos decir que los pacientes expresan que sus familiares se sentían bien informados, debido a que recibían la información que necesitaban cuando venían y cuando no les era posible venir:

P05: «También le explicaban las cosas y le daban información. La verdad es que, por lo que yo escuché a mi padre, si preguntaban algo, cualquier cosa, le explicaban, estaban informados, muchas veces llamaba y preguntaba cómo estaba si no podían venir, y se lo decían, que estaba bien y tal. Yo me he ido enterando luego...»

El paciente también valora positivamente la rapidez y profesionalidad de las enfermeras en cuanto a la atención recibida por su madre, ante un mareo que tuvo durante la visita y que sin dudar en la misma UCI le atendieron y valoraron la situación, para determinar su gravedad:

P08: «Rápida, rápida, profesional, y, además, fue simplemente una bajada de tensión, no fue nada más grande, pero, claro, nos dijeron: “Esto en Urgencias tardarías cuatro horas”, pero aquí en un momentito, no sé que le dieron, le quitaron ropa o no sé qué y enseguida se repuso mi madre, y aun después, el chico que la atendió, se acercó a ella y le preguntó: “¿Cómo vamos, señora?”. O sea, aun después de haberla atendido allí, aun se molestó en saber si estaba bien o estaba mal, claro que fue al momento, ¿no? Pero vamos, que una se molestó en saber si se encontraba bien, y no era paciente de la UCI, era simplemente un familiar, pero se molestó en saber cómo estaba...»

En cuanto a su vivencia durante su estancia en la UCI, el paciente expresa el reconocimiento con los cuidados que ha recibido él y su familia más directa, sobre todo su esposa, destacando la actitud y el comportamiento positivo en la atención enfermera. Su percepción se corresponde con el reconocimiento de cuidados de calidad y del sentimiento de confianza y seguridad en la competencia de las enfermeras, como puntos claves también descritos por Zaforteza *et al.* (2010b) y Aliberch *et al.* (2015):

P30: «Mi familia, en especial mi esposa, que ha sido la persona que más tiempo se dedica a mis cuidados dentro y fuera del hospital y que tan mal lo ha pasado por la gravedad de mis episodios, apreció los cuidados que me disteis. Y mi familia más cercana, hermanos, sobrinos, para todos ellos vuestro comportamiento y atención han sido muy positivos.»

Las percepciones de los informantes también se corresponden con otros puntos clave descritos por Zaforteza *et al.* (2010a): la flexibilidad y la atención personalizada por parte de las enfermeras, en cuanto al horario y al número de personas de visitas:

P07: «Por ejemplo, en nuestro caso, al saber que mis padres venían de fuera, pues no miraban el reloj a la hora de las visitas, o lo miraban con más cariño, o en vez de dos personas si estaban tres no pasaba nada. En general todo fue bueno...»

Aunque reconoce que la visita tiene un horario concreto ajustado y repartido durante todo el día, el paciente expresa que lo considera suficiente y que no lo cambiaría:

P34: «Home, si em fas de dir el que sento els veia poc. Home, però, però, et torno a dir que jo ho faria tal com es fa. Perquè no es pot. Perquè a vegades ho agraeix, el pacient. Perquè a vegades tens ganas de fer-te un vent o algo, i si hi ha algú no pots, i estàs allà, i clar quan et deixen tranquil·let, però clar, també mires el rellotge contínuament, també en tens ganas, que vinguin. No ho sé, trobo, ho voldria, però em sembla que no ho canviaria. Està molt bé perquè hi havia el dematí, despres de la una a les dues, de les sis i mitja a les set i mitja i de dos quarts de deu a les deu. M'ho sé de memòria. I, clar, s'ho anaven tornant...»

Los resultados positivos que expresan los pacientes con relación a la presencia de los familiares durante el proceso de su enfermedad se corresponde con las vivencias que han tenido los pacientes durante su estancia en la UCI. Igualmente, a nuestro parecer, tiene que ver con la práctica reflexiva de las enfermeras. Significativamente, en todas las entrevistas a las enfermeras, la familia emerge en algún momento de la entrevista de manera natural, como parte integrante del paciente: las profesionales tienen en cuenta su presencia y su relevancia en el proceso del paciente crítico.

Así, la enfermera se da cuenta de que la familia reconoce su profesionalidad con el paciente. Tiene una relación correcta con la familia, agradable y de resolución de problemas, pero a la vez reconoce que requeriría una actuación más dirigida específicamente hacia la familia:

E12: «Fem el que podem amb les famílies, però no ho viuen malament això. No senten també que hem de fer més coses amb les famílies. Veuen que hi ha una relació cordial, agradable, que resollem problemes...»

E12: «Sí, bé, perquè també ens fixem en la malaltia i si haguéssim d'analitzar la família si pot participar, pot tenir un fi o pot tenir un altre, no podem estar... Nosaltres ens preocupem del pacient. Jo crec que ja és bastant, tot i això jo crec que a vegades hauríem de fer més.»

También tienen en cuenta en la valoración que realizan y en los cuidados que programan y que llevan a cabo, la conexión con la familia ante las necesidades del

paciente tanto a nivel físico como emocional, además de contemplar la flexibilidad ante el horario:

E04: «Hi havia un malalt que va estar en decubit pro... Que va anar molt bé, que ja veies que estava inapetent, no tenia cap patologia important a part de la pneumònia que li va provocar tot això, i ja veies que el menjar del... pues ja vaig dir a la família que podia portar-li menjar de casa si volia abans que ho demanés, per exemple... Deixar que la dona estigués més estona, perquè t'expliquen, per tenir una mica més de connexió, pues t'expliquen històries que han tingut ells a la família, històries passades de problemes de malalties i tal, i ja veus una mica com funciona i saps el que els pots donar, què els anirà bé, com a nucli de família, que també es una necessitat del pacient, no? Cobreixes el pacient, que és el teu client, que és l'important i, de pas, també la família la tens també...»

Del análisis realizado desde la reflexividad de los participantes, vemos que, dentro de nuestro contexto cultural y social, se evidencia el papel propio de la enfermera, rol necesario e importante que lleva a cabo durante todo el proceso de la enfermedad aguda crítica desde la integridad humano-tecnológica. Asimismo, se aprecia que la enfermera está convencida de su rol de cuidar holístico; dicha identidad del rol profesional se observa en el compromiso dirigido hacia el bienestar del paciente y su familia. Lleva a la práctica el saber reflexivo en el cuidar: ayuda al paciente a sentirse bien, a tener ánimo, ganas de luchar, esperanza, durante la situación crítica, de gravedad, en que se encuentra. Con los pacientes y sus familias, así como en la relación con el equipo asistencial profesional y con la formación especializada y continua desde los orígenes de la UCI.

8.4. Socialización profesional

Por último, el tercer vector cualitativo es la **socialización profesional**, que da respuesta a la última pregunta con relación a la repercusión que tiene la práctica reflexiva de las enfermeras de la UCI en el cuidado que dan y en la transmisión reflexiva del saber, durante el periodo formativo del posgrado, para poder llegar a la etapa de la independencia, punto en que se adquiere el rol activo con capacidad de pensamiento crítico y que permite la adhesión a la profesión.

En este eje se visualizan los aspectos culturales, de aprendizaje significativo continuo y laboral de las enfermeras expertas de la unidad, desde el desarrollo de su propia experiencia y de su vivencia como alumnas de postgrado, profesionales y como profesoras referentes de alumnas del máster, desde la integridad humano-

tecnológica en el cuidado. Desde esta perspectiva humanista y científica de las enfermeras expertas, la socialización profesional es el complejo proceso mediante el cual se adquiere la capacidad y el sentimiento de la identidad del rol y permite transmitir de manera significativa el rol de cuidar, la identidad profesional, el empoderamiento en su desempeño como enfermeras y formadoras mediante la coherencia entre la teoría y la realidad práctica en su trabajo diario con los profesionales, el paciente y las familias.

En los tres vectores que atraviesan la integración humano-tecnológica y científica, , cultura reflexiva, práctica reflexiva y socialización profesional, quedan integradas las dimensiones emergentes que se corresponden a la **identidad profesional**, de la cual emergen las competencias profesionales, la responsabilidad y la autonomía en el cuidar; el **empoderamiento que emerge del apego al rol**; el **liderazgo en los cuidados** ligado a la identidad del rol profesional en el equipo asistencial.

8.4.1. Transmisión del saber reflexivo del cuidado

Los participantes explican que las enfermeras expertas de la UCI tienen integrado el saber reflexivo en el cuidado del paciente crítico, desde esta mirada reflexiva hacia la persona como centro de atención, junto con toda la complejidad del tratamiento, proporcionando a la vez seguridad tecnológica y humana. Transmiten el cuidado holístico, continuo en el día a día de la unidad, desde la reflexión individual y colectiva del propio grupo profesional y no desde la reflexión técnica de manera exclusiva. Tienen asimiladas las competencias, las actitudes y los valores que exige la profesión y que esperan los pacientes.

En toda la reflexión de los distintos niveles del análisis del estudio, hemos visto que los procesos de reflexión y los significados construidos a partir de las acciones son consecuencia tanto de la experiencia como de las cuestiones culturales, disciplinares o institucionales del entorno en que se desarrolla la práctica reflexiva (Getliffe, 1996) en la UCI. Una enfermera expresa que este “saber hacer” holístico en el paciente crítico es percibido tanto a nivel individual como colectivo:

E12: «Jo crec que hi ha una gran professionalitat i, a partir d'aquí, pues ja entra el respecte amb el pacient, i crec que en altres llocs això no existeix i aquí sí que el fet de veure, pues, que hi ha gent que coincideix amb tu, en la manera d'esforçar-se, de tractar el pacient, ajuda que no deixis les coses d'una altra manera...»

Dentro del contexto de la UCI, las enfermeras se sienten cómodas con el rol profesional de cuidar al paciente crítico y a su familia en toda su complejidad; esto conlleva una manera de ser y entender la identidad profesional desde la integración humano-tecnológica y reflexiva que caracteriza a la enfermera experta (Benner, 1984). Entienden la importancia de la especificidad que aportan al conjunto del equipo asistencial, no exento de complejidad y de dificultad. En consonancia con Schön (1992), transmiten el conocimiento de manera intuitiva, reflexiva y significativa a los profesionales en formación que realizan el máster y a los enfermeros que una vez terminado el máster inician su periodo de trabajo y forman parte del equipo de la misma UCI. Una enfermera con experiencia en hospitales de otros países se expresa de la siguiente manera:

E12: «Està clar que he treballat en diversos hospitals, i on jo m'he sentit... On es transmeten les humanitats en les coses, es veu. Es veu si el que estàs fent pel pacient està bé o no està be, i jo crec que el que fem aquí està molt bé.»

Las enfermeras describen el momento en el que perciben que tiene integrada la reflexividad de manera cotidiana y constante en el cuidar; su mirada reflexiva implica conocimiento en la acción y reflexión en la acción (Schön, 1992), de tal manera que le permite asumir la responsabilidad de las decisiones que toman. Expresan que el concepto internalizado que tiene el profesional reflexivo del propio rol profesional se transmite desde la práctica y conduce a la identidad profesional, y a la vez mencionan como punto clave en su experiencia el hecho de que la enfermera, en el periodo de aprendizaje, según su sensibilidad, sea capaz de integrar el saber reflexivo —con ello quieren decir que es importante que tenga desarrollado un perfil personal humanista—:

E01:« Sí, jo crec que sí, de vegades jo crec que hi ha coses que no són només fisiològiques de lo que li està passant en aquell moment, perquè hi ha moltes vegades que et pot pitar el respirador perquè ha estat taquipneic, igual el senyor, o igual el pacient està nerviós, no és perquè... Per està taquipneic? Per què fa pressió de vies, no? No ha de tindre precisament un moc o té algo tapat o, no moltes vegades estan molt nerviosos, la gent, no sé, bueno, jo trobo que, de vegades no estan prou ben sedats o... ha de ser molt incomode estar amb un tubo mirant a l'aire i... lligat i... i que tothom va i es mira les màquines, de vegades igual si te'l mires abans a la persona, veus que igual està nerviós per algo i potser, de vegades no, però potser, parlant amb ell un moment o lo que sigui, després ja li pots resoldre la cosa, però de vegades es tranquil·litzes.»

E08: « a veure, és que els malalts t'ho transmeten, o sigui, si tu has estat amb una persona X hores i tal, la següent vegada que entres a la habitació, ja el veus amb la mirada, ja el veus amb la mirada, el reconeixement, el dir, estàs aquí una altra vegada, no? Vull dir, només amb la mirada, no?, si et somriu, no?, o el enteniment aquell de bueno ja tornes a estar aquí, no? A veure si podem parlar a més t'ho diuen, no? “Hola” i ja la interacció és una altra, no? A veure quan una persona s'ha sentit ajudada i s'ha sentit, això no? Ha compartit amb tu un episodi significatiu de la seva vida, és com com si haguessis establert un llaç i et reconeix com a tal, com aquella persona que a estat allà, , trobo com que s'estableix un vincle .»

E11: Vas adquirint, això és evident, i també els malalts et van ensenyant a tu, jo crec que és quelcom recíproc... Però jo també crec que hi ha sensibilitats més...»

Los resultados sugieren que en el cuidado del paciente crítico, la enfermera tiene sistematizado el juicio clínico de manera natural, además de tener una mente abierta, honesta y responsable, actitudes básicas relacionadas con la atención humanizada (Dewey, 1998).

Un paciente describe con estas palabras la práctica reflexiva de la enfermera:

P17: «La infermera està en primera línia, i amb els *cuidados* més del cos, més continuus, i llavors el tracte humà, jo trobo que la calidesa, no? Trobo que s'agraeix molt. Però per la meua part, almenys. Potser hi ha una persona que mentre li facin les coses bé, li és igual. Però, però a mi, la veritat, si una persona es presenta, t'explica el que et ve a fer, i veus un tracte una mica càlid, diguem-ne, que és el que m'he trobat, és clar, això et fa sentir molt, molt millor...»

8.4.1.1. La enfermera de UCI, transmisora de la esencia del cuidar

La transmisión del rol profesional se corresponde con el saber reflexivo, el cual, como explica Cohen (1988: 22), es algo más que una formación académica; es una socialización profesional. De hecho, se trata de una socialización profesional que tiene lugar en el complejo proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión. En ella está en juego la asimilación de los valores y las normas del grupo en el comportamiento, y el concepto que la persona tiene de sí misma (Jacox, 1973):

E04:«Jo crec que sí que que es transmet, qui es sensible ho rep i s'empalta, perquè a mi m'ha passat, vull dir, que quan estudies tens una intenció, si ets una persona que t'agraden les persones, i que vols ajudar i tal, hi ha infermeres que et transmeten, i dius aquesta manera de fer és la bona. Vull dir, això és el que jo vull. I has de tenir la sensibilitat de veure-ho i fomentar-ho, i que sempre aprens coses i sempre veus maneres de fer... La intencionalitat és això; anar cap aquí i ajudar la persona, però fent-la a ella partícip de tot i intentar que en la mesura que pot se senti persona, que és el que és, no? La persona que és sensible jo crec que ho rep i ho capta perquè hi ha persones que han anat sortint de les promocions i les veus i dius "Mira, bé!". Molta gent, molta gent, altres no tant, però... sí. I esperem que poguem transmetre...»

En dicho proceso, las enfermeras expertas han de permitir y estimular la interacción en la práctica, de manera que los alumnos puedan aprender qué sienten los profesionales en cuanto a los pacientes y los colegas; saber cuáles son los problemas que se plantean en la práctica y cómo los resuelven las propias enfermeras. El resultado final de la socialización profesional será una persona que haya asimilado las competencias y los valores exigidos por la profesión y que la sociedad espera de ella:

E06: «Se establece un vínculo durante el cuidado, que al paciente le da confianza, seguridad... y a la familia, porque no solo lo capta el paciente, sino también lo capta la familia, obviamente ...pues situaciones graves o largas o complejas que los pacientes y los familiares no entienden las explicaciones del médico aunque hablan con un lenguaje mas adaptado al paciente y la familia, , pero ves que los familiares van diciendo " sí, sí, sí se va el médico y te preguntan a ti "¿y eso del agujero de la garganta? Eso es terrible yo no quiero que se lo hagan" y le acaban de decir al médico "muy bien"... y no se han enterado de nada ¿no? Entonces, vale pues... "mire si no lo ha entendido bien, no se preocupe le vamos a preguntar al médico y hasta que usted no lo tenga claro, usted no se preocupe" y en situaciones que nosotros se lo podemos explicar le explicamos ... entonces eso claro le da mucha tranquilidad, tanto al paciente como a la familia , confianzaprincipal, bueno, muy importante no mentir nunca al paciente..., muchas veces les digo "yo esto se lo explico de verdad, sinceramente, si yo no opinara esto no se lo diría" lo captan o sea saben que les estas diciendo la verdad que no les estás engañando para que se queden contentos. Situaciones que van diciendo "sí sí sí sí" bueno pues el médico dice "vale lo han entendido todo, perfecto". Y luego no se han entendido o no están de acuerdo, pero no se atreven a decirlo al médico, y buscan a quien tienen más proximidad...»

Por lo tanto, el estudiante del máster tiene que lograr del periodo formativo del

máster y en la misma UCI los cuatro objetivos básicos que le permitirán llegar a la socialización profesional: i) aprender la tecnología de la profesión, es decir, los hechos, las habilidades, y la teoría sobre la realidad de la atención al paciente crítico; ii) aprender a asimilar la cultura profesional en la interacción con los profesionales de la UCI, que son profesoras de la teoría y de seminarios o clases en grupo reducido teórico-prácticos, además de la enfermera experta, que tiene de referencia en las prácticas en la UCI; iii) encontrar una versión del rol que sea profesional, que corresponda a los valores profesionales, a la vez que tenga en cuenta su propia personalidad; y iv) integrar ese rol profesional en su propia vida personal (Cohen, 1988).

Así, pues, es fundamental que la enfermera experta haya hecho su proceso personal de identificación con el rol y haya completado su proceso de socialización profesional. Gracias a este proceso de identificación, tiene el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional para enfrentarse a las incertidumbres de su profesión, y con las brechas y contradicciones de sus conocimientos con autonomía y apego al rol profesional. De este modo, puede transmitir los valores profesionales en coherencia con los valores y las acciones de la enfermera experta (Cohen, 1988):

E08: «Podría ser la palabra *integral*, por ejemplo, podría expresarlo. Cuidarlo de una manera integral, no separar las cosas. Por ejemplo, cuando asumimos las técnicas continuas del vena-vena y cuando yo las explico a la gente. Pienso que puede cuidar mejor una enfermera que sepa la hemodinámica del paciente, la ventilación mecánica, la situación del distres respiratorio, que lo sepa todo, y que sepa que ese vena-vena cómo le afecta al paciente en relación con el resto de parámetros que tiene conectados o el resto de drogas vasoactivas o con el resto de lo que sea, ¿no? Lo puede combinar mejor porque sabe cuántos líquidos le están extrayendo por aquí, cuánta droga le está entrando, qué diuresis ha hecho, lo puede, o sea, integrar, yo diría la palabra integrar...; de qué manera le afecta la soledad, por ejemplo, o el aislamiento, por un microorganismo resistente, o sea, todo eso es integrar, ¿no? Un paciente, pues no sé, que, por ejemplo, que vive solo, es diferente de un paciente que tiene nietos recién nacidos que le gustaría verlos, o que tiene un animalito en casa del que le gustaría tener una foto allí. Tantas cosas, ¿no?, que rodean a esa persona... Que ya no es solo el aparataje, sino, no sé, muchas, muchas cosas que le pueden afectar anímicamente e incluso hemodinámicamente...»

Tal como las enfermeras han expresado en las reflexiones sobre su propio aprendizaje, constatan la responsabilidad que sienten y que llevan a cabo en la transmisión del rol profesional “saber cuidar”. En las entrevistas emerge la preocupación que tienen por conseguir transmitir el conocimiento complejo en toda su integridad, en el contexto de la persona y su enfermedad. Por ello, en base a la experiencia y a los años de evolución, sobre la reflexión en la acción, la autoevaluación de manera inmediata se corresponde con la manera de transmitir el saber profesional y de llegar a la alumna. Así, van modificando la manera de transmitir el conocimiento en toda su dimensión integral (Schön, 1992; Perrenoud, 2004).

La enfermera experta clínica y docente del posgrado se preocupa por el modo en que transmite contenidos al alumno de posgrado. Por ejemplo, ante la explicación de la ventilación mecánica en el paciente crítico, se plantea variaciones para hacer entender a la alumna la **invisibilización** de las complejidades de cada paciente con el tratamiento instaurado. En el caso de un ventilador mecánico, hace falta una valoración continua, juicio clínico ante las decisiones que se han de tomar, cuidados continuos individualizados y apropiados a la respuesta que tiene el paciente con el tratamiento.

Así, las acciones invisibles de los cuidados de enfermería implican combinar conocimientos técnicos sobre la ventilación mecánica con habilidades tan complejas como creer en las personas, permitirles recuperar la esperanza, fortalecer sus capacidades y, en definitiva, acompañar presencialmente al paciente en su proceso de salud-enfermedad (Collière, 1986). No hay duda de que este tipo de práctica tiene una repercusión en su respuesta al tratamiento aplicado. Una enfermera experta cuenta su experiencia en este sentido:

E08: «Quan estic amb els alumnes del màster, cada vegada busco transmetre més al malalt, sense perdre els coneixements, vale? Quan recordàvem l'estructura de la via aèria perquè sapiguessin el que és un espai mort, que això ho he fet des del principi, pues, “La estructura y el espacio muerto con un volumen corriente de 500, recordeu que hi ha una part que és espai mort”. A hores d'ara els explico, el malalt amb el tub, la bomba d'humidificació, la importància... Com es sent el malalt amb una humidificació d'aigua calenta, o sigui, els estic explicant el mateix però, a més, els poso la persona al davant. He seleccionat conceptes que penso que sí o sí han de saber i els han de tenir, i llavors aquests conceptes els contextualitzo en el malalt, no?»

La preocupación de las enfermeras expertas referentes de los alumnos de la UCI coincide con los resultados de Castillo (2013). Las enfermeras de la UCI buscan las estrategias para ser las transmisoras de la esencia del cuidar durante el proceso de comprensión de los cuidados que han de realizar las estudiantes del máster. Planteamos que la buena formadora necesita transmitir y hacer partícipe a los estudiantes de una enfermería humanista y mucho más compleja que el simple seguimiento de los protocolos o cumplimiento de indicaciones. Este paradigma humanista requiere de actitudes interesadas por lo humano; se centra en el desarrollo de lo que es el hombre desde sus dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, incluyendo una preocupación por sus intereses profundos, sus problemas y su posición en la vida (Paravic, 2010).

La enfermera tiene un vínculo estrecho con el cuidado de la vida humana, lo cual le brinda sustento y significado a su práctica y exige a sus profesionales un compromiso existencial. Se logra con ello un nivel satisfactorio de salud de las personas en medio de interacciones entre seres humanos, donde confluyen sus creencias, valores, experiencias e historias (Arroyo de Cordero, 2000):

E08: «El mateix passa amb la primera classe del ventilador. És molt de veure la màquina, però les altres que vénen amb mi és, per exemple, la classe de ventilació no invasiva, el fet d'adaptar el malalt a la mascareta de ventilació no invasiva, és un procés en el qual l'infermera ha de ser-hi. És un procés que té presència d'infermera, perquè l'impacte de la màquina de la respiració en el malalt és molt important. Des de fa dos o tres anys el que faig en una de les classes de ventiladors és que els alumnes es posin una mascareta de ventilació no invasiva. Perquè ells sentin què passa quan tu et poses una mascareta i et donen un aire a 12 centímetres de pressió. I dius "però si és molt baixet, si no és res..." i dius "prova-ho i posa't-ho" i llavors intento això, que captin la percepció que té la persona quan li poses la mascareta, i llavors juguem amb les pressions, més altes, més baixes i això, i llavors aquí passen tots...»

Emerge la importancia de la relación pedagógica significativa. van Manen (1998) pone de manifiesto la importancia de la interrelación que se establece entre los profesionales y los alumnos, entre profesionales y pacientes, para que la relación pedagógica de cuidado sea significativa y de crecimiento. La auténtica pedagogía requiere una sintonía atenta de todo el propio ser con la experiencia que tiene del mundo. El profesional es el que ha de generar ese clima que invita a la solicitud pedagógica; por tanto, se asienta en una determinada forma de ver, escuchar y

reaccionar delante de la persona. Nos dice que la solicitud y el tacto pedagógico dependen de la capacidad cultivada de percibir y escuchar a la persona. Partiendo de esta sensibilidad, debemos comprender que el conocimiento se plasma en el cuerpo y en el espíritu humano. Ello significa que los seres humanos se reflejan desde el interior y el mundo se refleja desde el exterior; a través de los sentidos estamos conectados como seres que vemos, oímos y tocamos. A través de la mirada vemos y somos vistos, y se refleja o expresa el alma.

Una de las enfermeras docentes del máster alude a la parte intrínseca del aprendizaje personal de cada una de las enfermeras:

E03: «Yo, de los alumnos, por ejemplo, del máster... Me hago una libreta con la foto del alumno y alguna cosita, alguna anotación de forma individualizada... El nombre de cada uno... Este trabaja en tal sitio, este no ha venido a prácticas, a este le falta este tema, no lo ha escuchado porque no vino este día... Me lo apunto. Quizá con lo pacientes también intuitivamente lo hacía ¿no? Este es mi paciente, se llama así, ha tenido este problema con la familia, la familia este día no ha venido, está triste, ¿no? De alguna forma es algo que, bueno, que quizá va con la persona ¿no? Pero yo en mi casa también lo hago, depende de cómo venga tal, va a venir preocupada... Bueno, como hacemos todos ¿no?... Yo creo que hay otra sensibilidad, si no, no se harían según que cosas...»

E03: «Yo creo que sí, que una parte sí, una parte se aprende, porque, claro, a veces no te planteas según qué cosas cuando estas con los enfermos y luego vas viendo que... "Ostras, pues le podría haber hecho esto y fíjate, no se me ha ocurrido. No sé, y con el tiempo vas viendo. Es una profesión que pide un especial tacto, ¿no? Yo creo que si no ya de entrada no te llama el trato humano con las personas... Te dedicarías a veterinaria o a otra cosa, ¿no? Pienso yo. Pero no sé, yo creo que sí que va un poco implícito. Y sobre todo la enfermera de UCI, yo creo que más, porque si has de remontarte a todo el aparataje y dedicarte al paciente, has de saber abstraer muchas veces, si no, no logras meterte en el alma de aquella persona, en lo que es aquella persona en medio de todo aquel... enmarañado de cosas, ¿no? Y de hecho algunos familiares lo dicen, ¿eh? "No sé cómo os aclaráis con tantas cosas como tenéis que tocar", ¿no? Pero cuando ven que lo tuyo primero es el paciente y después arreglas la alarma o le pones el dedalito, lo que sea ¿no? Lo que haya sido, ¿no? Ellos se atreven a decirte: "No sé cómo os aclaráis", "No sé cómo identificáis el ruido" ...»

Una enfermera muy experta en la UCI expresa que siempre está aprendiendo y que establece una comunicación significativa con el paciente, desde una relación comprensiva y humana. También en su reflexión menciona que la interrelación que

tiene con el paciente se transmite siempre y que los alumnos captan la esencia del cuidado que se da. La enfermera lo expresa con toda naturalidad, porque forma parte de su cultura reflexiva tanto a nivel asistencial como docente:

E11: Sí, clar... Sempre aprenc i... Sí que és veritat, que amb els alumnes que vinguin, sí que hi ha una comunicació... i per tant si una persona que té una bona comunicació amb el malalt, té aquest toc més humà, segurament es transmet i es percep. Però sí que crec que això es va adquirint.... Segur que es capta, clar. Igual que es capta si tens una manera de cura més asèptica i que la gent s'hi fixa, en el comportament que tu tens, també s'hi fixa la gent. Potser al principi s'està més per altres coses... Sí, i molts m'han sorprès després quan els he vist treballant... Carai, que bé! No solament que posen bé l'antibiòtic, sinó tot el conjunt: "Mira que maca, mira que sensible!". La veritat es que si...»

8.4.1.2. Enfermeras de pacientes críticos como referentes de alumnas

Al llegar al nivel de expertez, todas las enfermeras entienden que el cuidar a la persona es el sentido de su profesión y que, en este contexto concreto de enfermedad grave, son indispensables los conocimientos integrados humano-tecnológico-científicos, así como el pensamiento reflexivo. En cuanto al sentir disciplinar, en las entrevistas se observa que entienden que tiene que existir, en un primer nivel, el dominio tecnológico. Posteriormente, la enfermera experta pone el acento en el aspecto relacional y holístico inherente al cuidado, y lo pone en práctica en su acción diaria en la unidad y con el equipo asistencial, a pesar de las dificultades de algunos equipos médicos que no otorgan valor al rol de la enfermera. Así, es importante tener en cuenta el modelo biomédico y las exigencias médicas sobre la práctica de la enfermera (Bardallo, 2010). Aunque entienden y dan valor a la parte técnica, las enfermeras transmiten la importancia de la esencia del cuidar, para situar en el centro del cuidado al paciente y no a la máquina:

E03: «Yo creo que el gustarnos esos aparatos o el velar por esos aparatos es una parte de humanismo, no creo que sea deshumanizar, ni mucho menos, no, yo creo que no. Porque el que construye un edificio "¡Ah, mira! Es que solo miras los ladrillos". Bueno, claro, pero que tienes que poner bien los cimientos, un hormigón que no se afecte con el terremoto, si es una zona de terremoto, ¿no? Ya miran en qué terreno construyen... Y ¿qué pasa? ¿Que solo te interesan los edificios? Bueno, pero allí va a haber personas y miro la seguridad de las personas, yo creo que es lo mismo, ¿no?...»

Así, la enfermera experta de intensivos tiene claro que la práctica del cuidado no es una técnica, que el cuidado no es solo una acción instrumental, sino que va conjugada con el cuidado, cuyo significado reside en el acto humano que representa (Medina, 1999). Consecuentemente para ella, están integradas la técnica y la humanidad, es decir, la interrelación con la persona. Cobran importancia las condiciones del ambiente próximo al estudiante para favorecer la transmisión reflexiva en la acción (Schön, 2002), desde la identidad y el empoderamiento del rol.

E01: «A la gent que tria el màster li agrada molt la màquina, li agrada molt la situació crítica, el moment aquell, li agrada molt, clar... O li agrada molt saber, jo el vaig fer per saber més i molta gent ve així. I molta gent perquè li agrada el tema UCI, li atrau, no el coneixen, o li agrada el pacient crític, dominar més, saber una mica més. Però en la persona, no pensen en ningú. Bueno jo crec que ningú. Potser jo tampoc ho pensava. Jo vaig fer-ho per saber-ne més. Per tenir més *manejo* amb els pacients i que no se m'escapés alguna cosa...»

La enfermera referente del alumno percibe que, los alumnos de prácticas quieren aprender todo lo relacionado con la tecnología y no tienen aún la capacidad de ver la integridad. Necesitan entender la tecnología aplicada y para ello la enfermera referente es la persona que va reconduciendo la comprensión de la integración. A la vez, va recordando su propio proceso de aprendizaje de cuando eran alumnas del posgrado:

E10: «Als alumnes els dic... Perquè moltes vegades la pregunta és: "I això què? És normal?". I quan em fan aquesta pregunta, dic: "Mira, això et puc dir números, et puc dir el que vulguis, **però mira't la persona, sempre**. T'ho dic, mirat la persona, les circumstàncies de la persona, i llavors sabràs tu el que és normal i el que no. Perquè, si no, què? Hi ha hagut un alumne, precisament aquest any, que li he dit mil vegades. Un altre cop? "Si vull que marxis d'aquestes pràctiques és dient-te que no em facis aquesta pregunta!" Perquè per a mi és molt difícil contestar això. Mira't la persona. Què et diu la persona? És que és això. Per a mi, és així. A veure, els números són importants, s'han d'interpretar, tot el que vulguis, però què t'està dient la persona? Que està millor? Que està pitjor? Pregunta-l'hi. Pregunta-l'hi. Si parla pots preguntar. És que és tan fàcil com això. Per a mi és tan fàcil com això. Però clar, fins arribar aquí i el que et queda... Perquè hi ha processos que són molt durs i difícils i no saps tampoc com arribar-hi...»

La enfermera profesora y/o referente de los alumnos del master, en su reflexión se

dan cuenta por su experiencia que para adquirir el conocimiento y las habilidades para el desarrollo del rol profesional, es necesario partir de los valores humanos intrínsecos y entrar en el proceso de socialización profesional en enfermería en el proceso de aprendizaje del rol profesional, que permite adquirir los valores sociales y aprender a conducirse de manera autónoma dentro el contexto grupal.

Una enfermera muy experta en la UCI, expresa que establece una comunicación significativa con el paciente, desde la experiencia y el convencimiento del saber cuidar. y otra enfermera expresa que se transmite siempre y que los alumnos captan la esencia del cuidado que se da. La enfermera lo expresa con toda naturalidad, porque forma parte de su cultura reflexiva tanto a nivel asistencial como docente:

E05: « si, jo crec que sempre m'he relacionat molt bé amb els malalts, però suposo que a mesura que et fas més gran i i tens més experiència, doncs tens una cosa amb el malalt que el tranquil·litza més, però crec que bueno ells també veuen si a tu t'agrada o no t'agrada. I llavors pues jo... no sé com sempre m'ha agradat la infermeria...»

E04: « pues no sé... a nivell... bueno tenir en compte l'equip, has de fer-los entrar en aquesta dinàmica, que entren amb molta facilitat, no? I si veuen que tu tractes de determinada manera al pacient pues també es poden preocupar de...a vegades les veus que es queden embobats, mirant, no? lo que fas amb el pacient i diuen "ostres pues no había pensado nunca que en la UCI... claro porqué aquí... parecía que iba a ser todo mucho aparato y mucha técnica pero hay mucho contacto con la persona y ..." i també entenen que tenen allà una persona que han de cuidar-la i... i estar pendent de les coses...»

Este aprendizaje del alumno está relacionado con las reflexiones que aporta Cohen (1988) en relación a la socialización profesional, que teniendo en cuenta la parte intrínseca de la persona y su relación con las fases evolutivas del desarrollo del conocimiento de Piaget (1928), de la influencia social de Kelmar y del desarrollo humano de Ericsson, al igual que en el desarrollo de la independencia en el proceso del paso de niño a adulto, sucede el proceso de la independencia en el rol profesional, pasando de un rol pasivo a un rol activo, momento que corresponde a la adquisición de la capacidad de pensamiento crítico y la adhesión a la profesión, de aceptación de la responsabilidad de las propias decisiones y acciones, y de confianza en uno mismo para definir el rol profesional. El apego al rol profesional lo expresa la enfermera:

E05: «Quan ho veuen aplicat veuen l'exemple de com han de relacionar-se amb el malalt, però també se'ls hi ha d'explicar, se'ls hi ha de verbalitzar perquè tot i que surt i que és molt emocionant, doncs, s'ha de portar al cap estructurat que tu això ho fas d'una forma voluntària amb un objectiu, que això després et porta alegria i felicitat a la feina, però que això es fa amb un objectiu de poder relacionar-te bé amb el malalt i se'ls hi ha dir: "Bueno, tu has d'anar i no posar-te nerviosa quan tu estàs practicant", "Tu has d'anar amb seguretat i explicar-l'hi" I els ho has de transmetre, no només serveix que mirin, els ho has d'explicar...»

La parte del aprendizaje posterior se basa en entender que, si la sensibilidad no es intrínseca del aprendiz y este no se da cuenta de que debe trabajar en ella, tan solo comprenderá la técnica profesional, pero no comprenderá la respuesta del paciente y no será capaz de anticiparse a la situación del paciente. La enfermera entiende que se transmite el cuidar, pero también es cierto que por la experiencia capta esta parte intrínseca que corresponde al desarrollo personal:

E05: «És com t'eduques tu, no? Si tu t'eduques... Si a tu et toca una infermera que és molt antiga i és educada i parla de vostè als malalts i tracta bé els malalts aprendrà així, i si et toca amb una persona, no diré molt jove perquè hi ha joves, hi ha de tot i la línia no és l'edat, però que es relaciona d'una manera diferent amb els malalts, també ho aprendrà. Tot i que a vegades t'emportes sorpreses, no? D'alumnes que has tingut, que dius: "Uii!", que has puntuat molt bé, que han tractat molt bé el malalt i després que treballant dius: "Ostres... no m'ho esperava...»

Esta cultura aprendida durante el periodo estudiantil, gracias a la interacción con profesionales en ejercicio y educadores, constituye la base de la socialización profesional (Cohen, 1988). Para la unidad, supone tener internalizados aspectos que forman parte de la esencia del saber cuidar (conocimientos, habilidades, destreza y actitud humana) y el perfil personal y profesional humanista en relación con valores éticos y morales.

Al término del máster, el alumno ha de seguir trabajando en el proceso de identidad del rol y ha de sentir apego al rol profesional, aspecto decisivo para la integración de uno mismo con el rol profesional:

E05: «Ho transmetem tot, perquè igual que igual que ho veuen els malalts ho veuen els alumnes...»

E10: «Cada persona tenim un caràcter diferent, i és la manera que pots ser tu veus en situacions determinades que hi ha una actuació que tu dius "Això, això és el que he de fer" si em passa a mi. Llavors, suposo que ho adquireixes, ho treballes a la teva manera de ser i ho transmetes com pots a les persones que has de cuidar, que serà diferent o així, però és com una pauta o és una cosa que tu d'inici tampoc tens un "maneig" de... I no és una actuació que veus, o una manera de fer que veus, doncs així...»

E10: «[...] La tecnologia importa. És una part important. Però la tecnologia és la tecnologia, i un cop l'has superat és més difícil la resta que la tecnologia. Per a mi. Ara ho veig així. Abans no. Per a mi era saber per poder portar, per poder cuidar la visió era totalment diferent, però clar, d'això te n'adones quan va passant el temps.»

Curiosamente, a pesar de saber que deben superar la inseguridad que produce no dominar la tecnología, las propias enfermeras viven con tranquilidad que las enfermeras del máster, de entrada, solo expresen interés por la tecnología. Durante el proceso de aprendizaje, las enfermeras referentes utilizan distintas estrategias para reconducir la parte profunda del pensamiento enfermero; explican que hay una parte intrínseca difícil de reconducir si la enfermera no la tiene adquirida:

EF03: «[...] S'ensenya, s'ensenya el coneixement, i s'ha d'ajudar a integrar, i el sentit comú, i el criteri, yo creo que se nace, es pot fomentar, però el que no el té (E07: No lo siente), jo que porto molts anys donant classes a alumnes, no lo adquiren.»

E10: «[...] Bueno, ho intento transmetre de la millor manera possible, agafant d'aquí i d'allà. Al principi del lo que tenia inicialment i després de tota l'experiència que m'han donat totes les circumstàncies i totes les coses que he anat vivint. Els ho intento transmetre, a través de la meua manera de ser, i de fer tot lo que jo he après.

De todas maneras, el planteamiento de las prácticas con la tutorización de la enfermera referente, y con el compromiso de que el alumno integre la teoría en la práctica —para que al finalizar la formación sea autónomo en el cuidado del paciente crítico desde toda la vertiente holística—, va reconduciendo las diferencias entre las distintas personalidades del alumno y la enfermera referente:

E04: «La gent que està sensibilitzada ho capta, perquè m'ha vingut una alumna que ja *venía con la semillita* i m'ha dit: "És la primera vegada que veig una infermera que fa això i això, que jo pensava que s'havia de fer". A mí me dejó estupenda, però jo també vaig estar molt bé amb ella perquè ella ja veia que hi

havia coses que s'havien de fer i que li costava de veure en altres àmbits. Llavors, pues, això, adelantar-te una miqueta a les coses, veure exactament què té el pacient, què se li fa, què se li deixarà de fer, i ja preparar coses per intentar evitar coses que donaran problemes, o avançar coses que facilitaran la situació. I això, et refereixes que jo crec que sí que es transmet qui es sensible a això ho rep i ho... I s'empalta, perquè a mi m'ha passat, vull dir que véns, estudies, tens una intenció, ets una persona que t'agraden les persones, i que vols ajudar i tal, però hi ha gent que et transmet i dius: "Aquesta manera de fer és la bona, no?" Vull dir, això és el que jo vull. I has de tenir la sensibilitat de veure-ho i fomentar, i que sempre aprens coses i sempre veus maneres de fer i tal, però... La intencionalitat és això, anar cap aquí i ajudar la persona, però fent-la a ella partícip de tot i intentar que en la mesura que pot se senti persona, que és el que és, no? Jo crec que s'ha de transmetre, el que passa és que de vegades hi ha situacions, estructures i coses que costa de transmetre, però la persona que és sensible jo crec que ho rep i ho capta. Jo crec que sí, perquè hi ha persones que han anat sortint de les promocions i les veus i dius: "Mira, bé!" [...] I esperem que poguem transmetre.

En el grupo focal también emergió la importancia del aprendizaje significativo: hablaron de que aprender no significa solamente enseñar los conocimientos, sino que la enfermera experta ayuda a que alumno del master los integre en el paciente, que aprenda a tener criterio y juicio clínico. También entienden que hay una parte intrínseca que corresponde al perfil personal ligado a los valores:

EF03: «Se enseña el conocimiento, y se ha de ayudar a integrar, y el sentido común, aunque creo que se nace, se puede fomentar... Ha de haber alguien al lado que te diga: "Tú ahora, mira, mira y ¿qué ves?".»

Los pacientes también se dieron cuenta de que en el proceso de aprendizaje hay corrección positiva por parte de la enfermera referente; lo entendieron perfectamente como proceso lógico, comprensible y seguro.

P17: «Feia la pràctica i me'l va canviar, perquè hi havia el cable aquest que és per si t'han de posar un marcapasos, em sembla. L'havia enrotllat tot i l'havia tapat tot i l'altre diu: "No, no, això va bé que quedí *suelto*". Bueno, però, clar, també han d'aprendre, vull dir, que es va haver de canviar i tal, però la noia va ser molt agradable, i va fer-ho amb molta cura i tal. Bueno, pues ha de fer el seu procés d'aprendre, vull dir, que això tothom ha de pasar-ho...»

En este contexto de complejidad, las enfermeras describen muy bien la realidad de la UCI; la práctica enfermera se conforma a partir de una compleja constelación de conocimientos y competencias que interconecta aspectos intelectuales, físicos,

emocionales, éticos, técnicos, clínicos y médicos. En su práctica cotidiana, las enfermeras integran y articulan toda una complejidad de dimensiones y actividades, teniendo un papel determinante en todas ellas (Miró, 2010).

E10: «Yo pienso que, evidentemente, sin alguien de referencia y algunas pautas no puedes empezar, porque te ves perdido, un mundo súper amplio; es algo que no me lo acabo, dices: “No me lo acabo”, cuando empiezas

Las informantes han recibido y han sido transmisoras de dicho saber enfermero a través de modelos de enseñanza reflexivos en la práctica clínica. Esto les ha permitido adquirir los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarios para la formulación del juicio clínico sobre la propia práctica, basados en la comprensión de la respuesta del paciente. Tal como dice Cohen (1988), este parte del convencimiento del rol profesional de cuidar. Mediante una formación reflexiva se puede abarcar la comprensión multiparadigmática de la enfermera ya expresada por Carper (1997), Leninger (1979), Watson (1985), Benner (1984, en Colina y Medina, 1997).

Cada enfermera lleva a cabo su proceso personal de manera reflexiva y, en la transmisión del cuidado, interactúa con el alumno desde el aprendizaje significativo y progresivo:

E01: «Sí, clar, però bueno, jo els deixo fer. En realitat, han de pensar en les coses. Si ho pensen i ho fan bé, si ho fan diferent de mi m'és igual, jo ho faig així, perquè a mi m'agrada així, o ho he après així, i amb els anys... És com a l'hora d'escriure; jo els ensenyo a escriure com escric jo, que després elles ho volen fer d'una altra manera, bueno, no estaré jo amb elles treballant... Que escriuin com vulguin, no? Jo els ensenyo el meu ordre, no? I com em van ensenyar a mila meva enfermera, però cadascú... Si escriuen bé, jo no tinc cap problema. Si té una coherència, no? Pues tots som diferents, no tots hem de treballar igual...»

Algunas enfermeras explican que han tardado un tiempo a realizar el cambio real que corresponde a la enfermera experta de Benner (1984). Pensaban que cuidaban a una persona enferma con máquinas, pero era al revés: primero aseguraban el funcionamiento de las máquinas y, hasta que no se sentían seguras, no miraban en realidad a la persona. Por lo tanto, la mirada no era integrada:

E10: « i un cop que l'has superat és més difícil la resta que la tecnologia. Per a mi. Ara ho veig així. »

E10:« Encara que la situació sigui difícil, es més fàcil perquè ja has viscut altres situacions, i ja lo nou potser que sigui nou però ja és diferent, perquè ja portes uns anys d'experiència que bueno que potser la tranquil·litat i no sé la manera que ja no tens... o la por, que has perdut la por a segons quina... a enfrontar-te a alguns processos de la vida, perquè a la fi i al cap és la vida. Es com que et veus més segur, més relaxat i amb això crec que pots donar unes certes coses que avans des de el començament, partint de zero, no pots donar per cuidar. »

Curiosamente, parece que no vean igual esta realidad que explican de su vivencia cuando hablan de las alumnas. Todas atribuyen un gran valor a que la enfermera-alumna del máster tenga internalizados los valores profesionales que configuran el rol profesional; esperan ver, en el transcurso del aprendizaje, que superan la preocupación exclusiva tecnológica. Buscan que su foco sea la tecnología aplicada; en definitiva, les ha de importar la persona. Si bien en el proceso de aprendizaje se tiene que dominar la tecnología, es imprescindible que capten que los cuidados que realizan están aplicados al paciente, es decir, a un ser humano con pensamientos, sentimientos, emociones, preocupaciones. No pueden ver la máquina desconectada de la persona. Su estrategia de enseñanza va dirigida a que, en el transcurso de las semanas de prácticas, de manera progresiva, el alumno vaya adquiriendo la comprensión integral.

8.4.1.3. Transmisión por parte del propio equipo

En nuestro estudio es patente que las enfermeras no ven las máquinas, sino que ven a una persona con las máquinas. Dicha persona necesita de la atención de la enfermera para satisfacer sus necesidades. Estas no solamente están relacionadas con la parte física; cuidar está en todo lo que envuelve a la persona:

E08: «Penso que l'aprenentatge té una part molt de veure que fa l'altre, com ho fa i quina actitud té quan fa les coses, eh?, llavors ja depèn de la teva opció personal que vulguis o no vulguis agafar el que estàs veient, no? Però jo penso que... que el fet que et vegin com fas les coses influeix en la... si més no, en la visió que tenen, no? És donar-los cartes i, a veure, a tot això i el malalt és important i jo quan faig això ho faig d'aquesta manera perquè penso, vale? Que el malalt ho ha de captar ara, perquè el malalt és la primera persona que ha d'estar en el nostre organigrama, ha d'estar aquí al mig i tots hem d'estar i, per tant, jo ho faig d'aquesta manera i a mi m'agradaria, pues, que tu vegis com ho fas i a més que ho fessis així...»

La asunción del rol es algo más que aprender las habilidades mecánicas (conocimiento tecnológico). La enfermera ha de adquirir los valores sociales y

aprender a conducirse de manera adecuada dentro del contexto grupal. Así logra ser un miembro de la sociedad y constituirse en portador de los valores y actitudes culturales del propio grupo profesional. Sobre la base técnica de la disciplina, se construyen los valores, actitudes y reacciones emocionales que exige el rol profesional y aplica las normas éticas comunes a los demás miembros de la profesión.

E12: «Sempre m'he sentit molt recolzat per les meves companyes. Des de la menys experta fins a totes...»

E13: «Jo hi estic molt a gust, a la UCI. Però no solament perquè em porti bé com a persona amb infermeria, sinó perquè s'hi treballa bé. I moltes vegades dius: "Ostres! i a altres UCIs es treballa així?" saps? A altres hospitals?»

E07: «Jo crec que això s'aprèn, es va aprenent mica en mica, i és veritat que les estudiants d'infermeria, —per exemple, no?— No tenen tracte amb el malalt, els costa molt el tracte amb el malalt, el tracte amb les famílies. Els costa més això que no aprendre el funcionament d'un respirador, o la resta, no? I tu creus també que a través de com ho fas tu, creus que aprenen?»

E08: «[...] I les vegades que els agafo per mirar ventiladors i tal, faig davant dels alumnes el mateix que faria de forma habitual, no? I, a més, intento que si parlo amb el malalt i tal, pues, ells també, que no estiguin allà d'estaquirots mirant, no?»

Comprendiendo el contexto de las instituciones hospitalarias, y el nuestro en concreto, pienso que las enfermeras tienen apego a la identidad del rol (Cohen, 1988) y entendemos cómo se mueven las enfermeras dentro de las organizaciones complejas (Medina, 2006; Morin, 2004). Igualmente, la reflexividad (Schön, 1992; Giddens, 1987) y el juicio clínico aplicados de manera continua en el cuidado integral inciden en su autonomía y desarrollo del rol profesional. Vemos también que ello forma parte del saber profesional, así como que son fieles a un modelo tecnológico-humanista y científico integral. Transmiten los valores de la profesión en su trabajo diario, siendo sensibles al sufrimiento de la persona y proporcionando cuidados humanos y seguros:

E12: «Abans d'estar aquí havia estat en un altre lloc i, bé, econòmicament millor i jo crec que hagués tingut la mateixa projecció, potser no era intensius — que era el que volia—, però per a mi no era la manera de treballar, jo no em podia quedar allà ni borratxo. I abans de treballar en aquell lloc ja havia treballat aquí, havia treballat a hematologia, just venir de França, i vaig quedar

encantadíssim de com em van rebre. També tenia ganas de començar a treballar aquí a Espanya, i això que eren malalts hematològics, i és molt dur, i a mi em feia cosa aquesta malaltia, però entre les infermeres i com es feien les coses vaig quedar admirat, i al fer el postgrau després ja vaig dir, després de moltes pràctiques, que jo m'havia de quedar aquí... Per l'autonomia que tenim...»

En nuestra intervención enfermera es importante reconocer que el cuidado que proporcionamos comprende los aspectos humanistas relativos a la actitud y el compromiso, al mismo tiempo que los aspectos instrumentales o técnicos. Esta integración se ha estudiado desde diversas escuelas de pensamiento enfermero, entre las que destaca la escuela del *caring*, que significa, según la teoría desarrollada por Watson (2006) facilitar y apoyar a la persona respetando sus valores, creencias, cultura y modo de vida, a través de una relación interpersonal impregnada de coherencia, empatía y calor humano. Así, pues, a medida que avanza en expertez, la enfermera tiene la capacidad de valorar al paciente de una manera integral antes de actuar:

E10: «Conforme va passant el temps, vius les experiències amb les companyes, amb els pacients, amb els familiars, amb la resta de professionals i tot, és tot com més fàcil, és més fàcil, no? Encara que la situació sigui difícil, és més fàcil perquè ja has viscut altres situacions, i ja el que és nou pot ser que sigui nou, però ja és diferent, perquè ja portes uns anys d'experiència que potser la tranquil·litat i no sé la manera que ja no tens... O la por, que has perdut la por a segons quina... A enfrontar-te a alguns processos de la vida, perquè a la fi i al cap és la vida. És com que et veus més segur, més relaxat, i amb això crec que pots donar unes certes coses que abans des de el començament, partint de zero, no pots donar per cuidar...»

Capítulo 9. Reflexiones finales

Las reflexiones finales de esta investigación surgen de los resultados de la exploración y comprensión del conocimiento práctico reflexivo de las enfermeras de las UCI. El estudio se ha llevado a cabo analizando la voz de las enfermeras y de los pacientes en cuanto a la percepción y la vivencia de cómo cuidan y cómo transmiten este conocimiento en la práctica asistencial, desde su experiencia personal en un contexto concreto cultural de una Unidad de Cuidados Intensivos. La recogida de datos se ha visto favorecida por la trayectoria profesional de la investigadora, que ha estado implicada en la unidad desde su inicio en la creación y ha participado en la formación de profesionales desde la propia práctica asistencial.

Los resultados me han permitido comprender y captar el cuidado holístico que las enfermeras proporcionan a pacientes y familias en un medio tecnológico de gran complejidad. Al mismo tiempo, el trabajo doctoral otorga visibilidad a la práctica reflexiva de las enfermeras de intensivos e incide en la repercusión que esta tiene en la socialización de los profesionales, tanto en su necesario aprendizaje inicial como en su posterior formación continua. Además, la investigación ayuda a comprender el impacto de la práctica reflexiva en la identidad profesional y en el trabajo con el equipo interdisciplinar en la UCI. Finalmente, la tesis pone en entredicho el tópico de que los cuidados enfermeros en las UCI están dominados por el tecnicismo y aporta, por tanto, una visión distinta a la sociedad y a los propios profesionales.

Este capítulo recoge una serie de reflexiones finales. Dan respuesta a los objetivos específicos planteados y se dividirán en sustantivas, metodológicas y derivaciones para la práctica asistencial, docente e investigadora.

9.1. Sustantivas (teóricas)

La reflexión continua realizada en esta investigación, junto con los autores que han guiado mi reflexión, y la voz de los participantes, han sido de una gran relevancia para comprender las dimensiones reflexivas de las enfermeras en el cuidado profesional del paciente crítico. Y es que los cuidados de las enfermeras de intensivos son unos cuidados holísticos que dan respuesta a las necesidades de los pacientes en toda su complejidad, desde un paradigma hermenéutico y reflexivo. El núcleo del ejercicio profesional de las enfermeras

de la UCI es la integración humano-tecnológica–científica, en la que confluyen e interactúan los tres vectores reflexivos (cultura humanista, práctica reflexiva y socialización profesional), que agrupa a todas las dimensiones emergentes del cuidado (ver Figura 1 en pág. 151).

Las enfermeras expertas indican que la integración humano-tecnológica–científica forma parte de su esencia del rol profesional (cuidar) y que alcanzar la visión holística requiere de un tiempo de aprendizaje y de seguridad tecnológicos. Solo así son capaces de tener esta visión integral, que conlleva la integración entre el conocimiento y cuidado técnico y el conocimiento y cuidado de la persona. Este cuidado lo entienden como un todo indivisible y no fraccionado, que se corresponde con la enfermera experta descrita por Benner (1984). Esta enfermera tiene incorporada la capacidad y sensibilidad de mirar y ver a la persona junto con toda la maquinaria y el tratamiento específico. A la vez, tiene el dominio para realizar los cuidados de manera integrada, con juicio clínico, intuitivo, que le permite anticiparse a los problemas y resolverlos. Tiene una visión de la persona en toda su complejidad que permite proporcionar cuidados continuos, dirigidos a proporcionar seguridad, bienestar y confianza.

La integración a la que hacemos referencia supone un eslabón más en el proceso de comprensión de la humanización del cuidado del paciente crítico: permite entender mejor el cuidado integral que se da al paciente crítico y se encuentra en total conexión con la combinación humano-tecnológica obtenida en los resultados de los pacientes (Romero *et al.*, 2013) y en consonancia con el grupo focal de las enfermeras (Jover *et al.*, 2015). Las informantes consideraban que los cuidados enfermeros eran satisfactorios cuando estos se caracterizaban por la combinación humanística y científica, se dispensaban de forma continuada e iban dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza.

Los resultados ponen de manifiesto que los pacientes han captado el cuidado integral dado por las enfermeras. Expresan que el cuidado recibido da respuesta con prontitud a sus diferentes necesidades de manera personalizada, unitaria y continua en las distintas dimensiones de la persona, tanto a nivel físico, psicológico y espiritual como social (Piulach, 1984; Collière, 1993; Henderson, 1978; Watson, 2006).

Es patente que enfermeras y pacientes relacionan la práctica reflexiva o reflexividad con la manera de ser y de entender la relación que tiene la enfermera con el conocimiento teórico y con los pacientes y familias. Ello va en consonancia con la idea de Dewey (1998) de que la reflexión es una forma holística de atender y responder a los problemas. La acción reflexiva va más allá de los procesos racionales y lógicos y, junto con las tres actitudes básicas de la acción reflexiva —mente abierta, responsabilidad y honestidad— caracteriza el cuidado humano.

En el pensamiento reflexivo destaca también la naturaleza del saber enfermero en la interrelación continua que establece la enfermera con el paciente y sus familiares, en la propia práctica. Esta se recoge en los trabajos de Schön (1992), que aporta la reflexión en y sobre la acción, como eje primordial para poder dar cuidados humanos y personalizados. Gracias a ellos, el paciente dependiente logra «sentirse persona». Se le concede la posibilidad de participar en su proceso: pensar, opinar y tomar decisiones.

Todas las enfermeras participantes han expresado que haber experimentado la sensación de que había llegado el momento de su vida profesional en el que cuidaban desde dicha integridad humanotecnológica y científica. Lo describen como un proceso de aprendizaje que conlleva un cambio de mirada y de actitud: primero, mirar a la persona; después, ver y actuar; finalmente, interactuar con el paciente y su tratamiento. Esta vivencia se encuentra en estrecha relación con la responsabilidad profesional de estar formada para trabajar en una UCI (Jover, 2009) y con la evolución de la enfermera hasta adquirir la seguridad tecnológica y poder ver a la persona como un todo. Benner (1984) describe magistralmente esta evolución y establece distintos niveles de competencia, hasta llegar al nivel de experta.

Las enfermeras se forman para captar las necesidades, percepciones, sentimientos y emociones vinculados a la situación de enfermedad del paciente. El paciente percibe esta capacidad en la manera de comunicarse, ya sea verbalmente —mediante una interacción participativa durante todo el proceso de su enfermedad— o no verbalmente —interacción establecida a través de la mirada, gesto, sonrisa, la estructura y posición corporal con el paciente y su familia—. Ambas modalidades de comunicación, verbal y no verbal, son indicadoras de la proximidad, sensibilidad, atención y comprensión que caracterizan a la enfermera en el momento de entrar en el box. En su

fragilidad y vulnerabilidad, el paciente las capta y le hacen sentir persona, sentirse bien (Peplau, 1988; van Manen, 1983, 1988). Los resultados denotan que la enfermera permite el respeto hacia la libertad, la autodeterminación, la autonomía, y la individualidad del paciente ajustada a las necesidades expresadas (Freire, 1988).

En nuestros resultados queda reflejado que los cuidados percibidos como positivos por los pacientes y por las enfermeras son aquellos que por medio de la eficiencia y dominio de la técnica, juicio clínico, la rapidez, la precisión, la actitud y trabajo en equipo, aportan seguridad física, psicológica y espiritual. Se trata de cuidados que se corresponden con la competencia profesional de la enfermera de críticos, que sabe y maneja con una gran soltura y naturalidad la técnica junto con una adecuada interrelación, que envuelve toda la complejidad de la persona y del tratamiento que necesita durante el proceso de su enfermedad (Piulach, 1984; Henderson, 1978; Watson, 2009; Jover, 2009).

La calidad de los cuidados proporcionados se calibra a nivel personal, profesional y social. El cuidado holístico integra la técnica en el ser humano y observa la evolución que tiene lugar en las personas cuidadas (Mayeroff, 1971; Cohen, 1988; Morin, 2000). Las enfermeras perciben que este cuidado integral constituye su rol profesional; se sienten cómodas con él y son coherentes con él. Manifiestan que se sienten seguras e independientes en el cuidado con el paciente crítico dentro del equipo asistencial y también se sienten responsables de transmitir los valores personales y profesionales a las profesionales que realizan el posgrado en el complejo mundo de la UCI. Se trata de una actitud relevante en la identificación del rol y la identidad expresada por Cohen (1988).

Al igual que observan Freire (1998, 1999) y Medina (2005a), las enfermeras señalan la importancia y relevancia de que la relación que se establece con los estudiantes, profesionales noveles y con todo el equipo interdisciplinar se caracterice por un pensamiento crítico-reflexivo, y no impositivo, que permita el crecimiento personal y profesional. Así, se logra tener y mantener la relación humana dentro de un contexto tecnológico.

Las aportaciones de Foucault (1986) ayudan a analizar la forma en que se construyen y naturalizan las relaciones cotidianas en la UCI y el tipo de influencia que ejercen las relaciones de poder en los profesionales. Con todo, en los resultados de las enfermeras y captados por los pacientes se puede ver

que, como dicen Lunardi *et al.* (2006), las enfermeras pueden hacer uso y, de hecho, hacen uso de su poder en su quehacer cotidiano, aunque todavía queda un largo camino por recorrer en el contexto institucional y sociopolítico.

9.2. Metodológicas (¿qué he aprendido?)

Realizar esta investigación cualitativa desde la etnografía me ha supuesto una gran riqueza personal reflexiva, me ha conducido a través de las palabras auténticas expresadas por las enfermeras y pacientes «oír», «sentir», «respetar» la esencia o la singularidad de cada persona, y por mi parte tener la sensibilidad que describe van Manen (1998) de percibir, entender y hacer, es decir reflexionar sobre el profundo significado de sus palabras.

La elaboración de la tesis ha conllevado por mi parte una reflexión continua, durante todo el proceso. A raíz de esta se ha reformulado el diseño de la tesis, teniendo en cuenta la situación de la unidad, el cambio de estructuras del HSCSP, el nuevo modelo de críticos, y según los datos obtenidos.

Si bien el estudio surgía de la reflexión acerca de la falta de visibilidad del rol de las enfermeras por parte de ellas mismas, de los pacientes y de la sociedad en general, los resultados han revelado que las enfermeras tienen claro su rol y los pacientes lo captan perfectamente.

Las enfermeras con experiencia se dan perfecta cuenta de que el paciente vulnerable las necesita y las necesita seguras y próximas, y su manera de actuar se refleja en sus intervenciones cuando dicen: «Entro, miro y veo». Así, tienen claro lo que deben priorizar en situación de emergencia o de normalidad. No obstante, también aludieron a los problemas relacionados en momentos determinados con la convivencia con el modelo médico.

9.3. Derivaciones para la práctica

Las aportaciones de los pacientes críticos y las enfermeras expertas en cuanto a la percepción que tienen sobre los cuidados dados y recibidos nos han permitido identificar la repercusión del cuidado humano-tecnológico del paciente, el liderazgo de los cuidados, la identidad profesional y la transmisión del conocimiento.

9.3.1. Cuidado del paciente crítico

La clave para conseguir el cuidado integral es que los profesionales sean prácticos reflexivos. La práctica reflexiva revaloriza la propia práctica, permitiendo un aprendizaje personal y profesional dirigido al desarrollo profesional y conduce al liderazgo de los cuidados, mediante un cuidado intuitivo, reflexivo con juicio clínico, que corresponde a la enfermera experta en UCI. En el desarrollo de la práctica reflexiva del profesional del estudiante, tiene un papel fundamental el propio perfil personal, la experiencia y las características culturales.

La reflexividad sobre la práctica implica tener la sensibilidad ante el sufrimiento y proporcionar cuidados humanos a la vez que tecnológicos que respondan a las necesidades de los pacientes y las familias, teniendo respeto hacia la cultura y los valores de las personas. La excelencia de la relación terapéutica precisa de una adecuada comunicación significativa y de respeto por los valores de cada persona, durante todo el proceso de la enfermedad, dando información continua y cierta, mediante una interrelación empática, próxima, de escucha activa. Este apoyo emocional favorece la expresión de los sentimientos y facilita la toma de decisiones con respeto por la dignidad, individualidad y libertad del paciente.

Los pacientes conciben su vivencia en UCI como satisfactoria en cuanto a la atención de la enfermera. En momentos de incertidumbre, desánimo o fragilidad, el paciente capta al igual que la enfermera que los cuidados dan respuesta no solo a la parte física y psicológica, sino que trascienden a la cobertura de la necesidad espiritual. Así, su experiencia en la UCI se aproxima al pensamiento de Watson (2006), que explica que el cuidado es la razón moral de las enfermeras; no es un procedimiento o una acción, es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.

Los pacientes describen sensaciones de seguridad, tranquilidad y confianza hacia los profesionales (Kools, Tong, Highes, Jayne y Scheibly, 2002; Fernández, 2006; Bellido, 2006; Martínez, Rodríguez-R., Rodríguez-F. y Rodríguez-F., 2005; Attree, 2001) así como de estar continuamente vigilado, controlado (Solano y Siles, 2003), Al igual que otras investigaciones constatan que los cuidados de las enfermeras, tienen competencia profesional,

accesibilidad, disponibilidad, tiempo dedicado al paciente, eficacia, continuidad, entorno físico e información dada (Merkouris, Infantopoulos, Lanara y Lemonidou, 1999), cuidan con respeto al ser humano, tienen habilidades técnicas, establecen comunicación efectiva, el toque terapéutico y la empatía (Raftopoulos, 2005), así como en lo referente a la capacidad de la enfermera para proporcionar atención individualizada, trato amable, anticiparse y cubrir las necesidades, preocuparse por el paciente, demostrar habilidad, interés (Larrabee et al., 2004)

Tenemos que seguir avanzando en esta la línea de mejora continua del cuidado humano y tecnológico integrado, que es continuo y seguro, que responde a las necesidades de los pacientes y sus familias, y que permite que la experiencia que tiene de la UCI en relación a la atención enfermera, la recuerden profesional, segura, con sentimiento de bienestar, y de satisfacción y nada relacionado con el tópico de que los cuidados de las enfermeras de UCI son cuidados solamente tecnológicos y deshumanizados.

Ello implica ejercer la responsabilidad moral profesional en la práctica asistencial de avanzar en el legado reflexivo del saber cuidar, desde la conciencia del poder (Lunardi *et al.*, 2006), la práctica reflexiva continua que permite ser consciente de la situación y el empoderamiento del rol profesional, que permite identificar las situaciones de conflicto y buscar las soluciones, avanzar en el conocimiento fortaleciendo la seguridad ontológica y la autonomía profesional (Atkins, 2006, en Delgado, 2010)

El modelo de gestión ha de estar inmerso en la cultura reflexiva, de respeto hacia la autonomía de los profesionales ha de ejercer la visualización del rol profesional, ser facilitador del trabajo en equipo e incidir en la adaptación positiva de los profesionales en las organizaciones complejas.

9.3.2. Formación especializada

La integración humano-tecnológica exige una formación específica o especializada, la cual permite adquirir las competencias necesarias para el cuidado del paciente crítico. En todos los discursos de las enfermeras se percibe la necesidad de formación específica: aseguran que sin formación no es posible ni trabajar ni proporcionar cuidados seguros al paciente crítico.

Todas ellas reconocen que el máster en Enfermería intensiva las ha capacitado para el cuidado integral del paciente crítico.

El pensamiento reflexivo de las enfermeras está dentro del contexto de la práctica reflexiva de la UCI, en el cual se llevan a cabo procesos de reflexión sobre la propia práctica, dentro de una cultura desarrollada con el fin de mejorar la práctica asistencial y docente de los profesionales. La formación y la docencia forman parte de la cultura de la UCI y están integradas con naturalidad desde el inicio de la UCI y del inicio laboral de las enfermeras (Jover, 2009; Tuning, 2006). De este modo, podemos decir que las profesionales han recibido la misma formación específica y que a la vez, de manera natural, han atravesado un proceso de asimilación y han sido transmisoras del cuidado del paciente crítico.

Existe una influencia cultural humanista y científica que lleva a cabo el propio colectivo profesional en su trabajo diario. De manera natural, la convivencia de las enfermeras expertas y las enfermeras de posgrado sirve para transmitir la responsabilidad competencial (Cohen, 1988; Medina, 2005a). Las enfermeras expresan que, después de un proceso formativo específico, se dan cuenta de que a pesar de creer que cuidan de manera integral del paciente, no consiguen ese objetivo hasta transcurrido un tiempo indeterminado para comprender la esencia del cuidar. Dicho tiempo de consolidación varía para cada enfermera en concreto y se deriva del conocimiento previo formativo y de la conjugación con la expertez clínica adquirida durante la propia práctica asistencial en su desarrollo profesional (Benner, 1984).

Las participantes reconocen y reviven su periodo de formación en el posgrado/máster como un valor formativo relevante en su desarrollo profesional. Expresan que las docentes expertas les transmitieron el conocimiento, el saber práctico, la relación entre la teoría y la práctica aplicada a la persona y el juicio clínico, siempre a partir de su manera de cuidar. Asimismo, es notorio que captaron el apego al rol profesional de cuidar a través de la autenticidad de las enfermeras expertas de la UCI.

La investigación ha señalado la conciencia y la autorreflexión de las enfermeras sobre la importancia social de su acción práctica en el desempeño del rol profesional y, en consecuencia, en la transmisión de la esencia del saber cuidar. Se dan cuenta del proceso de integración y coherencia entre la teoría y

la práctica a partir de la reflexión individual y colectiva. Así, las enfermeras asumen su rol como transmisoras de la esencia del saber cuidar. Con el tiempo, surge entre ellas el interés por ir modificando, en función de su experiencia, el modo de transmitir el conocimiento complejo en el contexto de la persona y su enfermedad.

La identidad del rol la transmite el propio grupo en la práctica profesional. Por ese motivo, los estudiantes se deben identificar con los profesionales en el medio hospitalario de la unidad, deben tener confianza en las enfermeras, deben ver la coherencia entre la teoría y la práctica, y aprender de su modo de solucionar los problemas.

Para llegar a la socialización, el estudiante tiene que aprender el aspecto cognoscitivo, la tecnología, es decir, los hechos, las habilidades y la teoría; asimilar la cultura profesional, que incluye valores, normas, atributos motivacionales, normas éticas comunes a los demás miembros. Le ha de permitir conocer y poner en práctica la tecnología, resolviendo todos los problemas nuevos a los que tiene que enfrentarse. Esta cultura aprendida durante el proceso de interacción con profesionales y educadores constituye la base de la socialización profesional; encontrar una versión del rol que sea profesional y personalmente aceptable e integrar ese rol profesional en todos los demás roles de su vida (Cohen, 1988).

9.3.3. Investigación

Es necesario seguir avanzando en la línea reflexiva que permite naturalizar patrones de conducta hacia relaciones de libertad para pensar, actuar participar y avanzar en el progreso profesional desde el rol profesional (Hernández, 2002).

Saber qué piensan los pacientes y las enfermeras expertas sobre el cuidado enfermero nos permite seguir avanzando en el proceso reflexivo, desde la propia experiencia. Al mismo tiempo, nos anima a seguir en esta línea crítica de desarrollo profesional y, por tanto, de mejora de la calidad asistencial y de seguridad física, psicológica, emocional y espiritual.

Investigaciones como la que hemos llevado a cabo suponen avanzar en la visibilidad de la enfermera en su rol profesional. La identidad profesional incide

en el ejercicio de su poder, de tal forma que puede acabar realmente ejerciéndolo de manera justa y en equilibrio en los equipos de salud.

Resulta imprescindible seguir en la línea reflexiva del conocimiento en y sobre la práctica asistencial: estudiar su repercusión en la formación de los profesionales, en el clima organizacional, en el bienestar del paciente y sus familias, en el conocimiento de la opinión de los pacientes sobre los cuidados de las enfermeras. Solo de este modo se da un paso adelante en los cuidados humanos, reflexivos y seguros para la mejora de la salud de los pacientes o del acompañamiento en los procesos del final de la vida.

Capítulo 10. Conclusiones

En respuesta al objetivo general planteado en la tesis podemos concluir de los resultados que han emergido de los participantes, que las enfermeras realizan prácticas reflexivas en el cuidado que dan al paciente crítico, porque en sus discursos claramente y sin lugar a duda, han posicionado el cuidado humano tecnológico, integrado en el centro del cuidado.

Esta parte central constituye el núcleo del cuidado que dan al paciente crítico como esencia del saber profesional, que precisa de la confluencia por un lado de la cultura personal y profesional humana, por otro lado realizar una práctica reflexiva continua, que permite tener la sensibilidad suficiente para captar a la persona en toda su integridad y a su vez tienen integrado que la enfermera es la transmisora del cuidado, para seguir avanzando en el desarrollo y liderazgo profesional.

Las conclusiones relacionadas con los objetivos específicos de la tesis son las siguientes:

Claramente coincidieron todas las enfermeras con un cierto grado de expertez en ver en primer lugar a la persona, antes que la máquina o podemos decir que ven a la persona con la máquina, ello permite entender que son profesionales reflexivos que se anticipan a las necesidades y a las situaciones de riesgo, de tal manera que conciben de manera natural la integración entre el conocimiento, la habilidad y la comprensión del ser humano para proporcionar a la vez un cuidado técnico-científico y humano.

Su pensamiento integra la persona de manera holística: física, psicológica-emocional y espiritual, y así es como definen el cuidado, cuando expresan la valoración que realizan de manera integral, ante la respuesta del paciente a todo el tratamiento complejo que lleva.

La identidad y el liderazgo de los cuidados ante la gravedad, la vulnerabilidad y la indefensión del paciente, lo llevan a cabo desde una mirada integrada, que da respuesta a sus necesidades, en equilibrio entre la seguridad y el bienestar de la persona, el conocimiento complejo y la actitud humana, que permite la integración y la coherencia entre la tecnología y la humanidad.

Las enfermeras describen con claridad que necesitan un tiempo para dominar la tecnología y que posteriormente aflora una manera de ser y estar que implica cuidar de manera individualizada, próxima, integral, continua y reflexiva.

A medida que son más expertas, son más humanas, junto con su evolución reflexiva son capaces de integrar en la actividad diaria los valores éticos y morales de la profesión, a la persona y ello implica respetar los valores individuales, estableciendo así una interrelación significativa que permite al paciente sentirse persona y activa en su proceso.

Entienden que su rol es cuidar y en el cuidado que dan al paciente crítico, ven que el tono y el tacto junto con el juicio clínico son cualidades necesarias para captar las necesidades de la persona y anticiparse a las situaciones de riesgo, tomando decisiones con alta profesionalidad tecnológica y humana integrada.

Al llegar al nivel de expertez, todas las enfermeras entienden que el cuidar a la persona es el sentido de su profesión y que, en este contexto concreto de enfermedad grave, son indispensables los conocimientos integrados humano-tecnológico-científicos, así como el pensamiento reflexivo.

Todas ellas ven imprescindible la formación reflexiva para poder cuidar al paciente crítico, así como la formación continua ante las nuevas tecnologías. Con facilidad en sus discursos se sitúan en el recuerdo de su aprendizaje con las enfermeras expertas que fueron profesionales claves para ellas y en otros momentos se sitúan en la posición de referentes para las futuras intensivistas, preocupadas por su papel reflexivo y significativo en la repercusión del rol profesional.

La cultura organizacional de atención humanizada, segura, continua, integral, de respeto, tolerancia, confianza, incide en reflexionar sobre la tolerancia a la individualidad y al espacio de libertad de cada individuo, mantienen el compromiso con el paciente y la familia, hecho que permite pensar antes de actuar, ser próximas, adaptarse al clima cambiante y progresar en la profesión

Las competencias relacionadas con la capacidad para aplicar los conocimientos aprendidos en la práctica en una atención eminentemente de ayuda a la persona en el proceso de la enfermedad desde el compromiso

profesional, desde el respeto a la cultura y a los valores de la persona, desde los valores profesionales y personales de la práctica profesional

Reconocer que el aprendizaje es bidireccional y que es una fuente principal de nutrición que permite la capacidad de crear y compartir significados, establecer la interacción profesional-paciente y familia y entre profesionales, es por tanto un espacio de creación de significados, y de gran gran riqueza personal.

Visualizar las vivencias de la enfermera y del paciente desde su percepción, sentimientos y la repercusión que tiene en la evolución de la enfermedad, es un estímulo para seguir avanzando en investigar en la esencia del cuidado y en el compromiso profesional.

Referencias bibliográficas

- Abreu, A. (2004). Formación permanente en enfermería e investigación. ¿Una manera de definir nuestro rol? *Tempus Vitales. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*, 4(1), 14-17.
- Acebedo, M.S. (2012). *Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras "expertas" en UCI. Once relatos y veintitantas historias*. Tesis doctoral. Tarragona: Ciencias de la Enfermería del Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili.
- Aliberch, A.M. y Miquel, I.M. (2015). Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería intensiva*, 26(3), 101-111.
- Allué, M. (1997). Sobrevivir en la UCI. *Enfermería intensiva*, 8(1), 29-34.
- Argyris, C. y Schön, D. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Arredondo, C.P. y Siles, J. (2009). Tecnología y humanización de los cuidados. Una Mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Índex de Enfermería*, 18(1), 32-36.
- Arroyo de Cordero, G. (2000). Humanismo en enfermería. *Revista de enfermería. IMSS*, 8(2), 61-63.
- Asiaín, M.C. (1996). Formación post-básica de enfermeras de Cuidados intensivos. Panorama internacional. *Enfermería intensiva*, 7(2), 55-61.
- Atkins, S. y Murphy, K. (1993). Reflection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188-1192.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466.
- Ayllón, N., Álvarez, M. y González, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una unidad de Cuidados intensivos. *Enfermería intensiva*, 18(4), 159-167.
- Barbosa, L. y Azevedo, S.M. (2006). Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de Cuidados intensivos. *Índex de Enfermería*, 15(54), 20-24.
- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70(136), 123-160.
- Bastos, M.A.R. (2002). O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensive. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 131-136.
- Bardallo, M.D. (2010). *Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir*. Tesis doctoral. Barcelona: Investigación en Didáctica, Formación y Evaluación. Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona.
- Barnard, A. y Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 367-375.
- Barra, D.C.C., Nascimento, E.R.P., Martins, J.J., Albuquerque, G.L. y Erdmann, A.L. (2006). Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 422-430. Recuperado de http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm.
- Barrio, I., Simón, P. & Pascua, M.J. (2004). El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enfermería Clínica*, 14(4), 235-241.
- Barrio, M., Lacunza, M.M., Armendáriz, A.C., Maragall, M.A. y Asiaín, M.C. (2001). Pacientes con trasplante epático: su experiencia en cuidados intensivos. Estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 12(3), 135-145.
- Bellido, J.C. (2006). El paso por una unidad de cuidados intensivos y el regreso a la vida. *Archivos de la Memoria*, 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/3/a0613.php>.
- Beyer, L y Liston, D. (2001). *El currículo en conflicto. Perspectivas sociales, propuestas educativas y reforma escolar progresista*. Madrid: Akal.
- Beltrán, O.A. (2009). La unidad de cuidado intensivo: un lugar para quedarse solo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 34-45.

- Bengoechea, M.B. (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enfermería Clínica*, 11(6), 266-274.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P. y Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in Health and illness*. Don Mills, Ont.: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P. (1994). The role of articulation in understanding practice and experience as sources of knowledge in clinical nursing. In J. Tully (Ed.), *Philosophy in an age of pluralism: The philosophy of Charles Taylor in questions* (pp. 136-155). New York: Cambridge University Press.
- Benner, P., Tanner, Ch. y Chesla, C.A. (1996). *Expertise in Nursing Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Benner, P. (1997). A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Theoretical Medicine*, 18(1), 47-61.
- Benner, P. (2000). The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 1(1), 5-19.
- Benner, P. (2005). Extending the dialogue about classification systems and the work of professional nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 242-272.
- Benner, P., Stuphen. M., Leonard. V. y Dav. L. (2008). Formation an everyday ethical comportment. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 473-476.
- Benner, P., Stuphen, M., Leonard, V. y Day, L. (2010). *Educating nurses. A call for radical transformation*. Vista Lane, Standford, CA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Blancafort, S. (2006). ¿Qué esperan los pacientes de los profesionales sanitarios? *Enfermería clínica*, 16(1), 1-2.
- Blasco, T. y Otero, L. (2008). Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). *Nure Investigación*, 34.
- Bohorquez, A., Ramírez, A.C., Rodríguez, E.E., Polentino, C.V., Medina, M.C. y Aceros, M.Z. (2011). Suspiro de vida. Vivencias de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos sometidos a soporte ventilatorio. *Ciencia y cuidado*, 8(1), 61-69.
- Bonill, C. y Celdrán, M. (2012). El cuidado y la cultura: génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index de enfermería*, 21(3), 160-164.
- Borrell, F. (2004). *Cómo trabajar en equipo y crear relaciones de calidad con jefes y compañeros*. Ediciones Gestión 2000. Planeta DeAgostini Profesional y Formación S.L.
- Boud, D. y Walker, D. (1998). Promoting reflection in professional courses: the challenge of context. *Studies in Higher Education*, 23(2), 191-192.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Boyd, E.M. y Fales, A. (1983). Reflective learning: Key to learning from experience. *Journal of Humanistic Phsicology*, 23(2), 99-117.
- Brockbank, A. y McGill, I. (2002). *Aprendizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Morata.
- Bullough, B. (1975). Barriers to the nurse practitioner movement: Problems of women on a women's field. *International Journal of Health Services*, 5(2), 309-317.
- Burton, A.J. (2000). Reflection: nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing*, 5(31), 1009-1017.
- Busquets, M. (2004). La autonomía, una visión desde el cuidado enfermero. *Nursing*, 22(06), 58-65.
- Butelman, I. (1996). *Pensando las instituciones. Sobre teorías y prácticas en educación*. Buenos Aires: Paidós.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad de la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 473-482.
- Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la Enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.

- Carrión, M. (2014). La Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Críticos (EfCCNa). "Trabajando juntos-logrando más". Editorial de *Enfermería Intensiva*, 25(1), 1-3.
- Carper, B.A. (1978). Fundamentals patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 1(1), 13-24.
- Carper, B.A. (1979). The ethics of caring. *Advances in Nursing Science*, 1(3), 11-19.
- Castillo, S. (2013). *Práctica pedagógica de profesores/as expertos/as en la formación clínica de estudiantes de enfermería*. Tesis doctoral. Barcelona: Educación y Sociedad. Facultad de Pedagogía.
- Castillo, S. y Vessoni, R.D. (2007). La relación tutor-estudiante en las prácticas clínicas y su influencia en el proceso formativo del estudiante de enfermería. *Educare*21, 38.
- Cazorla, C., Cravoisy, A., Gibot, S., Nace, L., Levy, B. y Bollaert, P.E. (2007). Perception par les patients de leur séjour en réanimation. *Presse med*, 36, 211-216.
- Cheek, J. y Rudge, T. (1993). The power of normalisation Foucauldian perspective on contemporary Australian health care practices. *Australian Journal Social Issues*, 28, 271-285.
- Cisneros, C. (2002). En: Mercado F.J., Gastaldo D., Calderón C., editores. Análisis cualitativo asistido por computadora. Méjico: *Ibero América Universidad de Guadalajara*.
- Cohen, H.A. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Enfermería y Sociedad. Ediciones Grijalbo, S.A.
- Colina, J. y Medina, J.L. (1997). Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva. *Revista ROL de Enfermería* 232, 23-31.
- Collière, M.F. (1986). Invisible care and invisible women as Health care-providers. *International journal of nursing studies*, 23(2), 95-112.
- Collière, M.F. (1990). Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. *Notas de Enfermería*, 1, 53-66.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGrawHill Interamericana.
- Conway, J. (1994). Reflection, the art and science of nursing and the theory-practice gap. *British Journal of Nursing*, 3, 114-118.
- Çobanoğlu, N. y Argiel, L. (2004). A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nursing Ethics*, 11(5), 444-458.
- da Silva, V. y Aparecida, L. (2002). Significado cultural del cuidado humanizado en una Unidad de Terapia Intensiva: "Mucho se habla y poco se vive". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 137-144.
- de Lima. L., Coelho. S., Advles. L., Biolchi. T., Pires. D.E. v Schubert. V.M. (2011). Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería Global*, 10(22).
- del Llano, J. (2003). Innovación tecnológica y bienestar social. *Humanitas*, 1(3), 215-220.
- Davis, A.J., Tschudin, V. y de Raeve, L. (2010). *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Madrid: Triacastela.
- Davis, A.J. (2011). *Tenir cura i l'ètica del tenir cura en el segle XXI: què sabem i què hem de qüestionar*. Barcelona: Col.legi oficial d'infermeria de Barcelona. Disponible en <http://www.coib.org/articles.aspx>
- Delgado, P., Solá, A., Mirabete, I., Torrents, R., Blasco, M., Barrero, R., Català, N., Mateos, A. y Quinteiro, M. (2001). Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva*, 12,110-126.
- Delgado, P. (2010). *Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité*. Tesis doctoral. Monrreal: Faculté des sciences infirmières.
- DeMarco, R.F., Roberts, S.J. y Chandler, G.E. (2005). The use of a writing group to enhance voice and connection among staff nurses. *Journal of Nurses in Staff Development*, 21(3), 85-90.
- Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (2005). Entering the field of qualitative research. En Denzin, NK. and Lincoln, YS (eds). *Handbook of Qualitative Research*. Sage, London.
- Derrida, J. (1989). *Del espíritu: Heidegger y la pregunta*. Valencia: Editorial Pre-textos.

- Dewey, J. (1998). *Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo*. Barcelona: Paidós.
- Dinkelman, T. (2003). Self Study in teacher education a jeans and tool for promoting reflective teaching. *Journal of Teacher Education*, 54 (1), 6-18.
- Dragon, N. (2006). Patient care in a technological age. *Australian Nursing Journal*. 14(1), 16-19.
- Dreyfus, E. y Dreyfus, H. (1980). *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition*. California: University Berkeley Operations Research Center.
- Durgahee, T. (1997). Reflective practice: Decoding ethical knowledge. *Nursing Ethics*, 4, 211-217.
- Eisner, E.W. (1998). *El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*. Barcelona: Paidós Educador.
- Elbaz, F. (1981). The teacher's "Practical Knowledge" Report of a Case Study. *Curriculum Inquiry*, 11(1), 43-71.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Erlen, J.A. y Frost, B. (1991). Nurses's perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*, 13, 397-407.
- Escuredo, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería clínica*, 13(3),164-170.
- Falcó, A. (2005). Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enfermería clínica*, 15(5), 287-290.
- Feito, L. (2009). *Ética del cuidar en: la ética del cuidado en la enfermería*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Fernández, N. (2006). Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas Enfermería*, 9, 19-26.
- Fontana, A. y Frey, J.H. (1998). Interviewing. The art of science. The art of science. En: Denzin N.K., Lincoln Y.S., editores. *Collecting and interpreting qualitative materials*, 47-48. Sage, London.
- Foucault, M. (1986). *Vigilar y castigar* (5.ª ed). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1980). Truth and power. En: Gordon C. Editor. Michel Foucault: power/knowledge. Hertfordshire (England): *Harvester Wheatsheaf*, 109-133.
- Freire, P. (1998a). *Cartas a quien pretende enseñar* (4.ª ed.). Méjico: Siglo XXI Editores S.A.
- Freire, P. (1998b). *La educación como práctica de libertad* (46.ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido* (2ª ed.). Méjico: Siglo XXI Editores S.A.
- Gadamer, H.G. (1988). *Verdad y método* (3.ª ed.). Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Gadow, S.A. (1985). Nurse and Patient: the caring relationship. En: Bishop y Scudder eds. *Caring, curing, coping: Nurse, physician, patient relationship*, 34-37. University of Alabama Press.
- Gálvez, M., Ríos, F., Fernández, L., del Aguila, B., Muñumel, G. y Fernández, C. (2011). El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 22(1),13-21.
- Gallego, G, Alorda, C. y Miró, R. (2008). Seguimiento de un caso clínico en hospitalización a domicilio: una nueva alternativa. *Enfermería Clínica*, 18(6), 321-325.
- García, A., Sánchez, F., Amorós, S.M., Balaguer, F., Díez, M., Durán, M.T., González, M., Lastra, P., Sánchez, C. y Zaforteza, C. (2010). Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 11-19.
- Gastaldo, D. y McKeever, P. (2002). Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? En *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana* (Mercado F.J., Gastaldo D. y Calder'n C., eds.) Universidad de Guadalajara, Méjico, 475-479.
- Gasull, M., Delgado, J.C., Toro, R. y Ferrer, C. (2009). En: Buisán P., coordinación. Reflexiones desde la ética del cuidar. Madrid: *Asociación de Bioética Fundamental y Clínica*.
- Gasull, M. (2010). Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza. *Bioética y debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, 16(59).
- Gaut, D.A. (1986). Evaluating caring competencies in nursing practice. *Topics of clinical Nursing*, 8(2), 77-83.

- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Getliffe, K. (1996). An examination of the use of reflection in the assessment of practice for undergraduate nursing student. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 361-374.
- Giddens, A. (1979). *Central problems in a social theory: actions, structure and contradictions in social analysis*. London: McMillan.
- Giddens, A. (1987). *Las nuevas reglas del método sociológico. Crítica positiva de las sociologías interpretativas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza editorial.
- Giddens, A. (1994). *Beyond Left and Right - the Future of Radical Politics*. Cambridge: Polity.
- Giroux, H. y McLaren, P. (1998). *Sociedad, cultura y educación* (Serie educación internacional). Madrid: Miño y Dávila.
- Goetz, J. y LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata, Madrid.
- Goffman, (1959). *The presentation of self in every day life*. Nueva York: Anchor Books.
- Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco, estudios de bioética*. Madrid: Triacastela.
- Gracia, D. (2007). *Procedimientos de decisión clínica*. Madrid: Triacastela.
- Grundy, S. (1994). *Producto o praxis del currículum* (2.ª ed.). Madrid: Ediciones Morata S. L.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS, ed. Sage Handbooks of qualitative research. Cap 6. SAGE, 163-168.
- Gilligan, C. (1983). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Méjico: Fondo de cultura económica.
- Guasch, O. (2002). *Observación participante*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gutiérrez, B., Blanco, A.M., Luque, M. y Ramírez, M.A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 7(12), 1-14.
- Habermas, J. (1989). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Habermas, J. (1992). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Hargreaves, J. (1996). *Profesorado, cultura y postmodernidad*. Madrid: Morata.
- Hargreaves, J. (2004). So how do you feel about that? Assessing reflective practice. *Nurse Education Today*, 24, 196-201.
- Heath, H. (1998). Paradigm dialogues and dogma: finding a place for research, nursing models and reflective practice. *Journal of advanced Nursing*, 28(2), 288.
- Henoa, A.M., Adarve, S. y Trujillo, J.C. (2010). Estar sin sedación, es saber que uno está vivo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 23-31.
- Henderson, V. (1978). *Principles and practice of nursing* (6.ª ed). New York: McMillan.
- Hernández, A. (2010). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *PsicoPediaHoy*, 12(12). Disponible en: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>
- Hernández, F. (2002). Docencia e investigación en Educación Superior. *Revista de investigación educativa*, 20(2), 271-301.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M.P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª edición). Méjico: McGraw Hill.
- Hills, M.D. y Mullet, J. (2002). Enhancing nursing health promotion through cooperative inquiry. En: Lynne E. Young et Virginia Hayes (Éds) Transforming health 288 promotion practice-concepts, issues, and applications (pp. 311-322). FA Davis Company, Philadelphia.
- Hofhuis, J.G.M., Spronk, P.E., van Stel, H.F., Schrijvers, J.P., Rommes, J.H. y Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive Critical Care Nurs*, 24(5), 300-313.

- Hupcey, J.E. (2000). Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 361-367.
- Jacox, A. (1973). Professional socialization of nurses. *Journal of the New York State Nurse's Association*, 4(4), 6-15.
- Japón, D. (2002). Sobre una cama de UCI. Una experiencia personal. *Tempus Vitalis*, 2(1), 24-27.
- Jiménez, M.F. (2009). *Construcción de la ética asistencial del cuidar en Urgencias y Emergencias*, tesis doctoral. Barcelona: Departamento de Antropología, Filosofía y Treball Social, Universitat Rovira i Virgili.
- Jiménez, M.F., Montes, M.J., Martorell, M.A. y Nogués, C. (2009). Del saber práctico al saber teórico: Teorizando sobre modelos interpretativos del cuidado. *Parainfo Digital*, 7. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n7/113o.php>
- Johns, C. (1996). Visualising and realising caring in practice through guided reflection. *Journal of Advanced Nursing*, 6(24), 1135-1143.
- Joelle, K. y Kerry, L. (2002). Capturing complexity: a typology of reflective practice for teacher education. *Teaching and Teacher Education*, 18, 73-85.
- Johansson, P., Olèni, M. y Fruidlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing in context of health care: a literatura study. *Scand J Caring Sci*, 16, 377-344.
- Jover, C. (2009). *Máster Enfermería Intensiva de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Jover, C., Romero, M., Delgado, P., de la Cueva, L., Solà, N., Acosta, B., Ricart, M.T. y Solà, M. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 3-14.
- Jover, C. y Solà, N. (1996). Programa de calidad en enfermería en intensivos. Evolución y experiencia. *Calidad asistencial*, 11, 80-90.
- Kanter, R. (1993). *Men and women of the corporation* (2.ª ed). New York: Basic Books.
- Kawulich, B. (2005). Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum: Qualitative social research (FQS)*, 6(2), artículo 43.
- Kelman, H. (1967). "Three processes of social influence" en *Current Perspectives in Social Psychology*, Oxford University Press, Nueva York.
- Kemmis, S. y McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. Australia: Deakin University.
- Kérouak, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- Kim, H. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1205-1212.
- Kools, S., Tong, E.M., Hughes, R., Jayne, R. y Scheibly, K. (2002). Hospital experiences of young adults with congenital heart disease: divergence in expectations and dissonance in care. *Am J Crit Care*, 11(2), 115-125.
- Kuper, A., Reever, S. y Levinson, W. (2008). An introduction to reading and appraising qualitative research. *British Medical Journal*, 337, 404-407.
- Kvale, R., Ulvik, A. y Flaatten, H. (2003). Follow-up alte intensive care: a single center study. *Intensive Care Med*, 29(12), 2149-2156.
- Larrabee, J.H., Ostrow, C.L., Withrow, M.L., Janney, M.A., Hobbs, G.G. y Burant, C. (2004). Predictors of patient satisfaction witch inpatient hospital nursing care. *Resarch in Nursing Health*, 27(4), 254-268.
- Leal, C., Luján, I., Gascón, J., Ferrer, L. y Van-der-Hofstadt, C.J. (2010). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enfermería Intensiva*, 21(4),136-141.
- Leininger, M.M. (1988). The phenomenon of caring; importance, research questions and theoretical considerations, dans M. M. Leininger ed., *Caring: an essential human need*, Detroit, Wayne Satet University, p. 3-15.
- Leininger, M.M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices journal of transcultural. *Nursing*, 13(3), 189-192.
- Leyva, J.M. (2007). Silencio organizacional. Revisión bibliográfica de las razones y consecuencias del silencio en el trabajo. *Index Enfermería*, 16(57), 33-36.

- Liaschenko, J. y Peter, E. (2004). Perils of proximity: a spatio temporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing Inquiry*, 11(4), 218-225.
- Liaschenko, J. y Peter, E. (2009). *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Madrid: Triacastela.
- Lorenzo, R., Sánchez, M., Santana, L., Cobán, J.L. & García, R. (2010). Gestión de la calidad en una unidad de cuidados intensivos: implementación de la norma ISO 9001:2008. *Medicina Intensiva*, 34(7), 476-482.
- Luis, M.T. (2007). *Del saber v del saber hacer. Tesela*, 1. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6366.php>
- Lunardi, V., Peter, E. y Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16(5), 271-277.
- Mackintosh, C. (1998). Reflection: a flawed strategy for the nursing profession. *Nurse Education Today*, 18(7), 553-557.
- Maggs, C. y Biley, A. (2000). Reflections on the role of the nursing development facilitator in clinical supervision and reflective practice. *International Journal of Nursing Practice*, 6(4), 192-195.
- Mahon, M. (2006). Technology in hospice: Is it a contradiction? *Home Healthcare Nurse*, 24(8), 527-531.
- Mann, K., Gordon, J. y MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in health science education: theory and practice*, 14(4), 595-621.
- Margalef, L. (2004). Contribuciones de la etnografía crítica a la formación y desarrollo profesional del profesorado. *I reunión científica internacional sobre etnografía y educación*, ponencia. Universidad de Alcalá de Henares, España.
- Margalef, L. y Pareja, N. (2008). Un camino sin retorno: estrategias metodológicas de aprendizaje activo. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 22(3), 47-62.
- Marín, B. (2008). Plena integración de la enfermería en la universidad. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 165-168.
- Martínez, A.A., Rodríguez-R., A., Rodríguez-F., C. y Rodríguez-F, A. (2005). Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enfermería en Cardiología*, 12(34), 15-21.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper y Row Publishers.
- McLaren, P. (1997). *Pedagogía crítica y cultura depredadora. Políticas de oposición en la era postmoderna*. Barcelona: Paidós Educador.
- Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Medina, J.L. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados desde una perspectiva reflexiva. *Revista de enfermería de Albacete*, 15, 21-30.
- Medina, J.L. (2005a). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicaciones y ediciones de la Universidad de Barcelona.
- Medina, J.L. (2005b). Entorn a la noció de reflexió. *Agora de enfermería*, 9(1).
- Medina, J.L. (2006). Aprender a cuidar y cuidados profesionales (I). Algunas reflexiones sobre la naturaleza política y de género de la pedagogía y de la práctica del cuidado. *Educare21*, 1(4).
- Medina, J.L. y Castillo, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una enseñanza reflexiva. *Texto y Contexto, Enfermagem*, 15(2), 303-311.
- Medina, J.L. y do Prado, M.L. (2009). El currículum de enfermería como prototipo de tejné: racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(4), 617-626.
- Medina, J.L., Jarauta, B. y Urquizu, C. (2005). Evaluación del impacto de la formación del profesorado universitario novel: un estudio cualitativo. *Revista de Investigación Educativa*, 23(1), 205-238.
- Medina, J.L. y Sandín, M.P. (1994). Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado (I). *Enfermería Clínica*, 4(5), 221-237.
- Medina, J.L. y Sandín, M.P. (1995). Epistemología y enfermería (II): paradigmas de la investigación enfermera. *Enfermería Clínica*, 5(1), 40-52.

- Medina, J.L. y Sandín, M.P. (2006). La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto & Contexto, Enfermería*, 15(2), 312-319.
- Merkouris, A., Infantopoulos, J., Lanara, V. y Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7(1), 19-28.
- Meneses, M.T. (2007). La reflexividad como herramienta de investigación cualitativa (I). *Nure Investigación*, 30, 1-5.
- Merton, R. (2003). *Teoría y estructuras sociales*. Méjico: Fondo Cultura Económica.
- Mezirow, J. (1996). Comtemporary paradigms of learning. *Adult Education Quarterly*, 46(3), 158-173.
- Mezirow, J. (1998). On critical reflection. *Adult Education Quarterly*, 48(3), 185-198.
- Mezirow, J. (1990). *Fostering Critical Reflection in Adulthood*. San Francisco: JosseyBass.
- Miles, R. (1989). Experiential learning in nursing. En Jolley, M. and Allan. P. (eds), *The curriculum in nursing education*, 85-126. London: Croom Helm.
- Mínguez, I. y Siles, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*, 14(4), 594-604.
- Miró, M. (2010). Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enfermería Clínica*, 20(6), 360-365.
- Miró, M., Gastaldo, D. y Gallego, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18(1), 24-32.
- Moreira, M.A. (2000). *Aprendizaje significativo: teoría y práctica*. Madrid: Visor Libros, S. L.
- Moreira, M.A. (2005). Aprendizaje significativo crítico. *Indivisa: boletín de estudios de investigación*, 6, 83-102.
- Moreen, O., Piazza, I.M., Quinn, M., Dykes, P. y Fitzpatrick, J. (2008). The relationship between nurses' perceptions of empowerment and patient satisfaction. *Applied Nursing Research*, 21(1), 2-7.
- Morin, E. (2000). *La mente bien ordenada*. Barcelona: Seix Barral.
- Morin, E. (2004). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morse, J.M. (1986). Quantitative and qualitative research: Issues in sampling. En Chinn P. (ed.) *Nursing Research Metodology: Issues and implementation*. Aspen, Maryland.
- Morse, J.M. (2005). La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. En: Morse, J.M. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. *Publicaciones de la Universidad de Alicante*, 163-181.
- Morse, J.M. y Field, P.A. (1995). *Qualitative Research Methods for Health Professionals* (2.ª ed). Tousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc.
- Morse, J.M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorff, J.L. y Johnson, J.L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept, *Advances in Nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Müggenburg, M.C. y Riveros, A. (2011). Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario. Parte I. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 9(1), 36-44.
- Nelson, S. (2007). De la autonomía a la responsabilidad: aspectos individuales y de conjunto en la práctica actual de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 17(4), 1-2.
- Noddings, N. (1984). *Caring, a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of california Press.
- Noreña, A.L, Alcaraz, N., Rojas, J. y Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- Page, S. y Meerabeau, L. (2000). Achieving change through reflective practice: closing the loop. *Nurse Education Today*, 20(5), 365-372.
- Palacios, D. (2007). El manejo de la tecnología y su influencia en los cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica*, 17(3), 146-151.
- Palacios, D. (2008). Modernidad, positivismo y tecnología: Influencia en la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico. *Index de Enfermería*, 17(3). Consultado en <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- Paravic, T. (2010). Enfermería y globalización. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 9-15.

- Parker, J. y Gardner, G. (1992). The silence and the silencing of the nurse's voice: A reading of patient progress notes. En: Parker J., Editor. *A Body of Work. Collected writings on nursing. Nursing Praxis International*, 168-177.
- Peiró, J.M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 68-82.
- Pearson, W. (1998). Reflection and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 165-170.
- Peplau, H.E. (1988). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Macmillan Education LTD, London.
- Perraut, A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. París: Presses Universitaires de France.
- Perrenoud, P. (2004). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona: Graó.
- Piaget, J. (1928). *Judgment and Reasoning in the Child*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Pierson, W. (1998). Reflection and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 27(1), 165-170.
- Piulachs, M.T. (1984). Naturaleza de la atención de enfermería y su posición en el contexto general de los cuidados de salud. *Nursing* (enero-febrero), 19-27.
- Poblete, M. y Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: towards a post-critical philosophy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Purnell, L.D. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados, Año III*(6), 91-102.
- Raftopoulos, V. (2005). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nurs Web Journal*, 22, 1-15.
- Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis doctoral. Barcelona: Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona.
- Ramírez, C.A. y Parra, M. (2011). Percepción de los comportamientos del cuidado en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en enfermería*. 29(1), 97-108.
- Russell, S. (1999). An exploratory study of patients memories and experiences o fan intensive care unit. *Advance Nursing*, 27(4), 783-791.
- Reddington, M. (1994). *Health, Happiness and Human Needs - An Introduction to Symbolization*. Paperback. TDC Publishing.
- Redmond, G.M. y Sorrell, J.M. (1999). Studying patients satisfaction; patient voices of quality. *Outcomes Manag Nurs Pract*, 3, 67-72.
- Richardson, G. & Maltby, H. (1995). Reflection-on practice: enhancing student learning. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 235-242.
- Rivera, L.N. (2013). *Saber y experiencia de él/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado*. Tesis doctoral. Barcelona: Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona.
- Rizo, R. (1980). Paul Ricoeur, lector de Husserl: En las fronteras de la fenomenología. Consultar en <http://textos.pucp.edu.pe/texto/Paul-Ricoeur-lector-de-Husserl-En-las-fronteras-de-la-fenomenologia>
- Roberts, S.J., DeMarco, R. y Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 288-293.
- Rodríguez, M. (2012). *El arte del cuidado: Un legado reflexivo del saber*. Tesis doctoral. Madrid: Programa de doctorado en Ciencias de la Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Madrid.
- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A.L. y Ramírez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145-153.
- Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

- Rogers, M.E. (1972). Nursing: to be or not to be. *Nursing Outlook*, 20(1), 42-46.
- Rogers, M.E. (1983). Science of unitary human beings: a paradigma for nursing, dans I. W. Clements, F. B. Roberts eds, *Family Health: a theoretical approach to nursing care*, John Wiley and Sons, New York, 219-228.
- Rogers, R. (2001). Reflection in Higher Education: Concept Analysis. *Innovative Higher Education*, 26(1), 37-57.
- Romero, M., de la Cueva, L., Jover, C., Delgado, P., Acosta, B., Solá, M., Juandó, C., Ricart, M.T. y Solá, N. (2013). La percepción del paciente crítico sobre cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 51-62.
- Rué, J. y Martínez, M. (2005). *Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior*. Barcelona: IDES Servei de publicacions de la UAB.
- Salamanca, A.B. (2013). *El aeiou de la investigación en enfermería*. Madrid: Fundación para el desarrollo de la Enfermería (Fuden).
- Salazar, (2006). El liderazgo transformacional ¿modelo para organizaciones educativas que aprenden? *UNIrevista*, 1(3).
- Salazar, A.M. y Martínez, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en enfermería*, 26(2), 107-115.
- Sauvaige, M. y Bouvet, A. (2004). Penser autrement l'éthique du soin infirmier. *Ethique y Santé*, 1, 83-87.
- Scanlan, J. y Chernomas, W. (1997). Developing the reflective teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1138-1143.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner's: how professionals think in action*. New York: Basicbooks.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paidós MEC.
- Schön, D. (1996). La crisis del conocimiento profesional y la búsqueda de una epistemología de la práctica. En *Construcciones de la experiencia humana*, 1, 183-212. Ed. Marcelo Pakman. México: Gedisa.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo: como piensan los profesionales cuando actúan*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Simms, S. (1977). Nursing dilemma –the battle for role determination. *Supervisor Nurse*, 8(9), 29-31.
- Sirota, A. (2009). *Violencia en la escuela. De las violencias sufridas a las violencias cometidas*. Veracruz: Biblioteca de la Editorial de la Universidad Veracruzana en coedición con la Editora de Gobierno del Estado de Veracruz.
- Solano, M.C. y Siles, C. (2003). Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. *Cultura de los cuidados*, 7(14), 83-91.
- Solano, M.C. y Siles, C. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index de Enfermería*, 14(51), 29-33.
- Somerville, D y Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nurs Times*, 100(12), 42-45.
- Stayt, L.C. (2007). Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 523-630.
- Staniszewska, S. y Ahmed, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 364-372.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tedlock, B. (2000). Ethnography and Ethnografic Representation. En Denzin N. y Lincoln Y. *Handwook of Qualitative Research*. Sage Publications, 455-486. London.
- Teekman, B. (2000). Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1125-1135.
- Torralba, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 136-141.

- Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Instituto Borja de Bioética y Fundación MAFRE medicina.
- Vallés, M.S. (2009). Entrevistas cualitativas. *Cuadernos metodológicos* 32. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- van Manen, M. (1983). *Qualitative Methodology*. Beverly Hills, California: Sage.
- van Manen, M. (1988). *Tales of the field. On writing ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.
- van Manen, M. (1998). *El tacto en la enseñanza. El significado de la sensibilidad pedagógica*. Barcelona: Paidós Educador.
- van Manen, M. (2004). *El tono en la enseñanza: el lenguaje de la pedagogía*. Barcelona: Paidós.
- Vidich, A. y Lyman, S. (2000). Qualitative Methods: Their History in Sociology and Antropology. En Denzin N. y Lincoln Y. *Handbook of Qualitative Research*. London Sage Publications, 37-84..
- Walker, K. (2003). Why evidence-based practice now?: a polemic. *Nursing Inquiry*, 10(3), 145-155.
- Walker, P.H. y Redmond, R. (1999). Theory-guided, evidence-based reflective practice. *Nursing Science Quaterly*, 12(4), 298-303.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. 2.ª ed. Boulder, Colorado: Associated University Press.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League of Nursing.
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie el science des soins infirmiers*. París: Seli Arslan.
- Watson, J. (2006). Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nurs Admin Q*, 30(1), 48-55.
- Watson, J. (2009). *Assesing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. New York: Springer.
- Williams, G.R. y Lowes, L. (2001). Reflective practice. Reflection: possible strategies to improve its use by qualified staff. *British Journal of Nursing*, 10(22), 1482-1488.
- Wolcott, H. (1985). On Ethnographic intent. *Educational Administration Quaterly*, 21(3), 187-203.
- Wong, F., Kember, D., Chung, L. y Yan, L. (1995). Assessing the levels of student reflection from reflective journals. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 48-57.
- Zabalza, M. (2002). *La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas*. Madrid: Narcea.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez, P., de Pedro, J.E. y Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*, 3, 1-7.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez, P., de Pedro, J.E. y Lastra, P. (2005). The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 135-145.
- Zaforteza, C., Sánchez, C. y Lastra, P. (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19(2), 61-70.
- Zaforteza, C., García, A., Quintana, R., Sánchez, C., Abadía, E. y Miró, J.A. (2010a). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales?. *Enfermería Intensiva*, 21(2), 52-57.
- Zaforteza, C., Prieto, S. y Canet, T.P. (2010b). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente cítrico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 11-19.
- Zambrano, G.E., Jaydi, F.C., Lindarte, A.A., Niño, C.J., Ramírez, N.R. y Rojas, L.Y. (2010). Entre la incertidumbre y la esperanza: percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos (UCI). *Ciencia y cuidado*, 7(1), 53-60.

Anexos

Anexo 1. Proceso reflexivo del nuevo modelo de Críticos (I)



abril 2011



Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Direcció infermera
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

MODEL DE GESTIÓ

- ▶ La gestió portada a terme en l'àrea de crítics, ha estat en la línia dels objectius plantejats per la Direcció Infermera en continuar amb el desplegament del model organitzatiu.
- ▶ Desenvolupant una gestió
 - De respecta vers l'autonomia dels professionals
 - De recuperació dels valors de la professió en tots els agents implicats
 - Que existeixin pautes de treball en equip
 - Amb professionals
 - ✓ formats
 - ✓ amb adaptabilitat →
 - ✓ preparats

Per respondre davant dels resultats inesperats amb compromís professional

MODEL DE CRÍTICS. GESTIÓ EQUIP INFERMERA

OBJECTIUS

- ▶ A nivell d'infermeria la gestió que hem desenvolupat té la voluntat i el convenciment de:
 - ✓ Poder ser un **equip cohesionat**, capaç de sumar les habilitats, destreses i coneixements, siguin de l'especialitat que siguin.
 - ✓ Crear les **condicions necessàries** per augmentar l'habilitat i motivació amb la finalitat de que les pròpies infermeres desenvolupin i utilitzin els coneixements i experiència de manera constructiva

GESTIÓ: COMPLEXITAT EN LA INTEGRACIÓ I ADAPTACIÓ

- ▶ La integració de les tres unitats, tres equips mèdics / infermeres diferents està sent de complexa adaptació. I han dificultat en el nou model.
- ▶ Es de difícil compliment els acords marcats per la direcció i l'aplicació del criteris en consens tan a nivell de tractament mèdic com de cures infermeres, tot i que s'entén que per garantir un lliure de crítics cal el nou model.
- ▶ L'ambient es de molt treball i amb tensió.
- ▶ L'adaptació dels diferents equips d'infermeria en aquest ambient està essent difícil, dons es conjuguen equips amb una forta identitat professional amb equips que estan baix una pressió mèdica important .
- ▶ Podem dir que hem passat una crisi?, estem encara amb crisis?

3

MODEL DE CRÍTICS. GESTIÓ EQUIP INFERMERA

Per una bona gestió seguim veient necessari ser un equip cohesionat, que compren l'objectiu principal: **sentir-se equip**. I que entén que per aconseguir-ho, cal tenir el sentiment de pertinença a l'àrea de crítics

Per afavorir que sigui una realitat, s'han realitzat les següents intervencions:



- ▶ Gestionar amb un lideratge compromès, just i equitatiu
- ▶ Mantenir i fomentar la identitat professional en l'atenció al malalt
- ▶ No perdre la identitat professional. Rol de cuidar
- ▶ Establir comunicació amb els diferents equips assistencials
- ▶ Seguir amb la reflexió i el diàleg per a tenir **Respecte i confiança** entre l'equip d'infermeres i l'equip mèdic
- ▶ Seguir amb el lideratge **d'alliberament**, prendre decisions envers les diferents alternatives d'actuació
- ▶ Restablir i tenir confiança, respecte professional en el treball d'equip des de la llibertat, el compromís i no des de la por i la obediència cega
- ▶ Compliment real en el treball diari, dels acords mínims de funcionament conjunt i de seguretat del malalt

5

MODEL DE CRÍTICS. REFLEXIVITAT EN EL PROCÈS DE CANVI

DEFINICIÓ CRISIS

- ▶ Terme utilitzat per designar la intensitat d'uns esdeveniments en els que es produeix un canvi qualitatiu de la situació preexistent.
- ▶ La crisi es una experiència de ruptura en el transcurs de les coses, viscuda com una fallida imprevista i massiva dels lligams que uneixen al subjecte amb les seues apuntaments, el cos, el grup, les seves identifications. Es viu com una amenaça, mort, la persona veu seriosament compromesa la seva capacitat de pensar. (Kaës 1979)

REFLEXIVITAT EN EL PROCÈS DE CANVI

- ▶ Els grups que inicien moviment de recuperació i procuren generar condicions per a una millor vida institucional, es veuen sotmesos a unes vicissituds i complexitat, donat que desafien l'ordre social, en 2 sentits:
 - ✓ Reaccionar davant la passivitat
 - ✓ i amb ella l'acceptació boja de models i estats de resposta, proposant formes de vida i organització institucional.
- ▶ De l'equip d'infermeres i auxiliars destaquem la confiança i el compromís professional per reduir les diferències culturals dels 3 equips i per mantenir la qualitat assistencial, malgrat les dificultats.
- ▶ Cal veure que l'empoderament permet identificar els conflictes i buscar les solucions.

4

REUNIONS: CRITERIS CONCENSUATS AMB LES INFERMERES

- ▶ **Mantenir el compromís institucional de tenir el personal format en les diferents malalties de base. Formació Continuada interna. Sessions**
- ▶ **Treball en equip amb criteris de funcionament homogeni, traspàs de coneixement. Criteris comuns d'actuació infermera. Actes**
- ▶ **Places de nova incorporació, format en el perfil de crítics**
- ▶ **Suplències amb la formació de crítics**
- ▶ **Compromís per part de les infermeres dels quatre torns, de mantenir sempre les plantilles de les tres unitats, amb equitat d'infermeres expertes**
- ▶ **Rotació del personal per les tres unitats, en el moment que les infermeres es sentin segures en l'actuació:**
 - ✓ amb les diferències dels malalts crítics
 - ✓ les diferències en l'actuació mèdica i de les infermeres
- ▶ **Les infermeres expertes s'incorporen a la rotació de manera voluntària**

6

REUNIONS: CRITERIS PER NO MOURES LES INFERMERES

- ▶ **Malalts de les tres especialitats ja estan en les tres unitats**
- ▶ **Mantenir els equips infermera que es coneixen estables en les tres unitats, dona seguretat:**
 - Ja saben com treballen " *Ens coneixem* "
 - Ens donem ajuda sense demanar-la " *Dons ja se veure-ho* "
 - Mateix criteri i prioritats " *Treballem de la mateixa manera* "
 - Tenir el mateix ritme " *Compromís puntualitat, canvi, intervencions, pauses* "
 - Tenir les mateixes prioritats " *davant de la gravetat, l'estabilitat* "
 - Tenir el mateix concepte de rol infermer. " *Cuidar es el rol propi* "
- ▶ **Compromís per part de les infermeres dels quatre torns de mantenir sempre les plantilles de les tres unitats amb equitat infermeres expertes:**
 - Al iniciar el torn s'expressa el compromís de moure's si no es compleixen els criteris d'expertes equitatius. Seguretat per el malalt
- ▶ **Rotació del personal per les tres unitats, en el moment que guanyen la plaça, suplents i qui vulgui de manera voluntària**

7

SUCESOS NUCLEARS EN EL PROCES DE CANVI (Kaës, 1977)

- a) **Temps inaugural, d'intensos treballs i dificultats amagades**
- ✓ Clima d'eufòria: Triomf del projecte, dels gestors i del model
 - ✓ Dificultats per l'acompliment dels resultats promesos
 - ✓ Per superar la commoció dels obstacles:
 - Intens intercanvi
 - Fundadors > autoritat
 - Divisió i enfrontament
 - Delimitar un camp on poder lluitar per el poder
 - ✓ Dramàtica por al fracàs del model fundacional
 - ✓ Por a introduir elements incongruents: porta a extremar la vigilància d'un mateix i dels altres

- a) **Que ens ha succeït / ens està succeïnt:**
- L'eufòria no existeix ni abans, ni després s'intenta donar un marge de confiança i d'espera de resultats.
 - Organització prompta: Infermeres i auxiliars, per unificar criteris, modificar aspectes organitzatius.
 - Por a la pèrdua d'identitat del rol.
 - Pressió mèdica a prioritzar les intervencions delegades del metge sense tenir en compta el judici clínic infermera.
 - Por a anar vers l'atenció deshumanitzada.
 - Es crea enfrontament entre els metges i entre infermeres
 - S'estableix diàleg per intentar comprendre i que et comprenguin

9

REALITAT DESPRES DE LA REUNIÓ PER TORNOS

- ▶ **Formació Continuada. Sessions. Traspàs de coneixement**
- ▶ **Criteris comuns d'actuació infermera. Actes de les sessions**
- ▶ **Places de nova incorporació i suplències. Perfil de crítics**
- ▶ **Diferències en el treball de les infermeres. No es porten a terme els criteris de funcionament comú**
- ▶ **Carregues de treball descompensades en les tres unitats**
- ▶ **Diferents ritmes de treball**
- ▶ **Dificultat en portar a terme el compromís per part de les infermeres dels quatre torns, de moure's mantenint sempre les plantilles de les tres unitats amb equitat d'infermeres expertes**
- ▶ **Diferents necessitats: manca de confiança, manca de cohesió.**
- ▶ **Rotació del personal suplent i de les noves incorporacions per les tres unitats,**
- ▶ **Les infermeres expertes no volen incorporar-se a la rotació voluntàriament**

8

SUCESOS NUCLEARS EN EL PROCES DE CANVI (Kaës, 1977)

- b) **Temps de cansament i necessitat d'ajuda: s'introdueix el dubte**
- ✓ **Fatiga per l'esforç**
 - ✓ **Inseguretat sobre el model**
 - ✓ **Es dona el rumor, la sospita, l'hostilitat**
 - ✓ **Poden apareixia diverses maneres d'amenaça**
 - ✓ **Pot disminuir la capacitat de pensar, planificar, suggerir i s'estructuren sotmetiment: Retirament del camp de les decisions i es busca la protecció del que suposen millors intèrprets del projecte**
 - ✓ **S'instal·la una matriu per a reaccionar als indicadors de sofriment i dificultat: temps d'abandó individual o de petit grup**

- b) **Que ens ha succeït / ens succeeix:**
- Reunió per grups amb supervisora i cap
 - Es demana reunió amb la directora infermera per expressar les pors a la possible pèrdua d'identitat i a la pressió autoritària i repressiva per part mèdica
 - Mantenir **RRHH** adequats i funcions
 - Afegim ajut per suport R. Materials
 - Treball en equip intra /interdisciplinari
 - Vellat per **autonomia del rol**.
 - Gestionar els equips vetllant per la: **competència professional, equitat i bon clima laboral**
 - Qualitat, seguretat, continuïtat cures
 - Organització **formació continuada**
 - I han abandonaments individuals

10

SUCESOS NUCLEARS EN EL PROCES DE CANVI (Kaës, 1977)

c) Temps de fragilitat i audàcia (s'intensifica el temps de prova i de dubte):

El projecte es percep fràgil i feble des de fora i des de dins

- ✓ **Des de fora persisteix:** incredulitat, desconfiança, exigència, hostilitat
- ✓ **Des de dins:** feblesa dels integrants (abandó), i divisions en el grup (rumor i connotació)

Temps d'aparent contradicció però en realitat hi ha un intent de recuperar l'empenta original i certa expansió en el projecte

- ✓ **Posibles divisions:** els que donen suport, els hostils, els expectants

c) Que ens ha succeït/ens està succeint:

- Direcció assistencial i infermera percep fràgil la progressió de tot l'equip:
 - S'introdueix figura compartida per els criteris d'ingrés
- Divisió d'alguns membres del grup.
- Treball de comunicació:
 - Individual infermera/metge
 - Caps infermera/metge
- Segueix com a valor professional:
 - **Docència.** 1 any Màster
 - **Recerca** com a valor professional: Percepció malalts. 2 beques
 - Participar en comissions
 - Organitzar congrés Europeu
 - **Innovació** com a estimul i valor

11

SUCESOS NUCLEARS EN EL PROCES DE CANVI (Kaës, 1977)

d) II- Temps d'inseguretat, desil·lusió i crisi (es necessari abandonar?)

- ✓ **Exacerbació de la intolerància**
Moment de reajustà en relació als guanys i als errors → donar mes temps de prova al que val la pena i modificar el que no es adequat. La baralla r/ l'interior, el context institucional i social → es freqüent que la baralla vagi mes enllà del mateix projecte
- ✓ **Ruptura**
El desenvolupament d'aquesta baralla possibilita un espai de mediació → una persona, un grup, un sector pot recuperar capacitat analítica i operar com a tercers

d) Que ens ha succeït/ens està succeint:

- Surten problemes antics de la UCIA i B, relacionats amb la rotació. Vivència de "ara si que tots som iguals" "Quant era al revés no volien anar de la B a la A i vàrem acceptar no moure's"
- En les 3 unitats: "Volem seguir amb qui ens sentim segurs que respondran sempre en totes les situacions" "a la meua edat no vull canviar"
- Reflexió: Carme, Natàlia → Margarita, Carme, Natàlia → Merixell
" He provat i veig positiu treballar amb infermeres de les altres unitats, es una riquesa per a mi"
"Fer-ho totes de manera rotatòria, com ja s'està fen a la tarda entre B i C, es mes just"
- Presentació de proposta de rotació que pot ser de diferents formes, prendre decisió per una i que es pugui provar i valorar

13

SUCESOS NUCLEARS EN EL PROCES DE CANVI (Kaës, 1977)

d) I- Temps d'inseguretat, desil·lusió i crisi (es necessari abandonar?)

- ✓ L'espai institucional perd capacitat d'oferir seguretat
 - ✓ Organització desbordada. Model funcional exposat al dubta i crítica
- IMPORTANT DISCRIMINAR:**
- ✓ **Un llarg moment de desil·lusió**
Errors, omissions que deriven greus
Si expresses dificultats ets enemic (es genera divisió amics/enemics)
 - ✓ **Temps d'agudització crítica**
Lluita contra la incertesa i l'amenaça en tres fronts: **el mateix projecte, el més enllà institucional, el més enllà social**
La irritació de veure's en una posició "expropiada" de drets i poder i a més despullada d'il·lusió, comporta sentiments que bloquegen la capacitat d'anàlisis

d) Que ens ha succeït/ens està succeint:

- Reunió amb cada torn de treball per fomentar la reflexió i el diàleg

12

SUCESOS NUCLEARS EN EL PROCES DE CANVI (Kaës, 1977)

e) Temps de sofriment (renuncia o recuperació?):

Després del punt culminant de la crisi, es un temps de fort sofriment que s'inicia per les persones separades o per el grup que queda

- ✓ Dol: pèrdua dels elements il·lusionis i companys
- ✓ Sutura ferides dels silencis trencats, i omplir les posicions dels absents
- ✓ El trencament es viu com a fracàs; valor de venjança

TEMPS DE RECUPERACIÓ

- ▶ Reconstrucció de les relacions
- ▶ Reformulació del model
- ✓ Recuperar la capacitat de pensar
- ✓ Evitar retrocessió del model
- ✓ Donar pas a les experiències alternatives

e) Que ens ha succeït/ens està succeint:

- Amplia la coneixença de les diferents infermeres de crítics del mateix torn, i d'altres torns. Podem ser un sol equip
- Les tres unitats tenen diferències
- Cal treballar la igualtat organitzativa a nivell de la puntualitat, manera de fer, descans, ajuda, prioritat
- **Recerca** com a valor professional
- **Innovació** com a estimul i valor

14

TEMPS DE RECUPERACIÓ

- ▶ **Reflexió comprensiva individual i col·lectiva**
 - **Un mateix:**
 - ✓ **Qüestionar-se el que fa i com ho fa i el que podria fer en la situació actual**
 - ✓ **Adonar-se de les coherències i incoherències pròpies**
 - ✓ **Identitat de rol. Dimensions cures. Compromís. Conseqüent**
 - **Equip:**
 - ✓ **Reunions: diàleg, compartir, confrontar. Cohesió de grup**
 - ✓ **Lideratge de les cures en el treball en equip. Respecte professional**
 - ✓ **Cures humanes i segures. Atenció integral i tecnològica**
 - ✓ **Respecte professional i individual. Treball en equip **Confiança i equitat****
 - ✓ **Honestedat. Coherència. **Comunicació**. Justícia**
- ▶ **Lideratge de l'equip**
 - **Autonomia i responsabilitat professional. Identitat de rol**
 - **Gestió del conflicte. Suport social. **Positivitat****

15

Model de rotació dels equips de l'àrea de crítics

- ▶ Es creen equips de treball formats per dues persones que representin la unitat d'expertesa de la que son originaris.
 - > Es creen 9 equips formats per dos professionals a1, a2, a3, b1, b2, b3, c1, c2, c3.
 - > Els equips tindran la denominació de la seva expertesa, és a dir, majoritàriament expertesa del mòdul. Exemple els equips a expertesa en el mòdul de cures A, equips b del mòdul de cures B i el c del mòdul C de cures.

Equips	Mòdul		
	A	B	C
a1	b1	c1	
a2	b2	c2	
a3	b3	c3	

- ▶ Els criteris per a fer la combinatòria en la rotació dels equips és la següent:
 - > Tots els equips passen per tots els mòduls (equitat entre professionals).
 - > En cada moviment s'ha de garantir que hi ha un equip amb l'experiència del mòdul (expertesa multidisciplinària). Ex. Mòdul A sempre hi haurà un equip a.
 - > En cada mòdul hi haurà un equip de cada unitat d'expertesa (variabilitat dels malats).

16

Resultat combinatòria

- ▶ Es realitzen 3 moviments a l'any amb una durada de 3 mesos cada un (2011).

1

Equips	Mòdul		
	A	B	C
a1	a2	a3	
b1	b2	b3	
c1	c2	c3	

▶ Cada mòdul hi ha un equip amb diferent expertesa.

2

Equips	Mòdul		
	A	B	C
a2	a3	a1	
b3	b1	b2	
c2	c3	c1	

▶ Els equips canvien de mòdul de treball, es garanteix estabilitat mantenint equips junts.

3

Equips	Mòdul		
	A	B	C
a3	a1	a2	
b2	b3	b1	
c3	c1	c2	

▶ Tots equips passen per tots els mòduls (A/B/C) de treball.

17

Escenari d'implementació

- ▶ El primer moviment es realitzarà al mes d'abril de 2011, amb una durada de 3 mesos.
- ▶ La composició dels equips inicials (nom dels professionals) està fet per la supervisora, seguint els criteris d'expertesa i respectant la disponibilitat al canvi/participació per part dels professionals al canvi de mòduls.

Equips	Mòdul		
	A	B	C
a1	a2	a3	
b1	b2	b3	
c1	c2	c3	

Natàlia: Nom equips per torn

18

Anexo 2. TISS-28. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System-28

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					
Zona	Local	Superficie útil	nº	S. Útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
ACCESO Y RECEPCIÓN	Entrada y vestíbulo	0		0	<i>Espacio diáfano para visitantes y familiares de los enfermos ingresados en la unidad.</i>
	Recepción				<i>Situado frente al acceso externo a la unidad y comunicado con la zona de trabajo del personal.</i>
	Estar de familiares y visitas	4		4	<i>Para familiares y acompañantes de los pacientes ingresados. Ubicado en zona próxima al acceso desde la circulación externa. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría. Fuente de agua fría.</i>
	Aseo público				<i>Servicios higiénicos para visitas a pacientes ingresados. Con lavabo e inodoro, localizados junto o en el interior de la sala de espera de familiares.</i>
	Aseo adaptado				<i>Servicio higiénico para visitas a pacientes ingresados, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro.</i>
	Despacho información	2		2	<i>Para información de familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.</i>
	Esclusa de acceso a la sala de UCI				<i>Espacio y equipamiento cómodo para la preparación de visitas a la sala de UCI, con material (calzas, batas, gorros, ...). Sistema de armarios para depósito de pertenencias del acompañante.</i>
	Total zona acceso y recepción			5	
SALA DE UCI: BOXES DE PACIENTE Y CONTROL DE ENFERMERÍA	Habitación (box) de paciente.	4	0	40	<i>Habitación individual para paciente ingresado, con espacio para la intervención de hasta cuatro profesionales alrededor de la cama del paciente. Habitación dotada de iluminación natural y vistas hacia el exterior, con buena conexión visual con el mostrador del control de enfermería. Cama aislada de las paredes, con instalaciones (electricidad, gases, iluminación, ...) sobre el cabecero colgado del techo de la habitación. 16 tomas eléctricas en cabecero más otras 6 en pared: iluminación general graduable y específica para la realización de técnicas; 6 tomas de oxígeno, 4 tomas de aire, 1 de helio y 6 de vacío. Toma de televisión. Vídeo e Internet. Conexiones informáticas y telefónicas. Lavabo para el personal opcional (en el interior de la habitación y/o en una zona próxima al acceso.</i>

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS					
Zona	Local	Superficie útil	nº	S. Útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	Habitación de aislamiento (box) de paciente con antesala	0		0	De iguales características que la anterior y dotada de una esclusa de acceso (6 m ²) para la preparación específica del personal y mantenimiento de las condiciones de aislamiento de la habitación (una con presión positiva y otra con presión negativa).
	Aseo de pacientes			2	Sin barreras y adaptado. Dotado con ducha, inodoro y lavabo. Situado fuera del box.
	Mostrador y zona de trabajo del control de enfermería	0		0	Mostrador con los puestos de trabajo del personal de la unidad. Visión directa a las habitaciones de los pacientes ingresados. Centro de comunicaciones (voz, datos, tubo neumático,...) y alarmas. Espacio asociado a los diferentes locales de apoyo de la unidad. Espacio para lavado de manos vinculado a las habitaciones e los pacientes.
	Espacio para carro de paradas y otros equipos				Espacio específico para el aparcamiento de equipos de asistencia vital. Ausencia de barreras que faciliten el traslado fácil de los equipos.
	Oficio limpio	2		2	Asociado al control de enfermería. Local para preparación de medicamentos. Con lavabo clínico.
	Oficio sucio y clasificación de residuos				Vertedero, lavabo y equipo de desinfección de cuñas. Espacio para contenedores segregados de residuos de la unidad.
	Estar de enfermería con oficio refrigerio	0		0	Asociado al puesto de control de enfermería. Con zona para el descanso y refrigerio del personal e la unidad. Comunicación con el sistema de alarmas.
	Aseo de personal				Aseo asociado al control de enfermería
	Total zona de sala de UCI			94	

Sistema de clasificación de los pacientes según intervenciones terapéuticas

Clase IV	> de 40 puntos	Asistencia continua y especializada
Clase III	20 – 39 puntos	Pacientes graves y hemodinámicamente inestables
Clase II	10 – 19 puntos	Pacientes que requieren cuidados intensivos y monitorización continua
Clase I	< de 10 puntos	Paciente fisiológicamente estable, requiere observación profiláctica

Anexo 3. Resultados TISS-UCI



UCI. Distribució malalts per unitats i TISS (8 mesos)

TISS-76 de Cullen et al. 1974, revisat per Keene . 1983. Reís Miranda et al. al 1996,

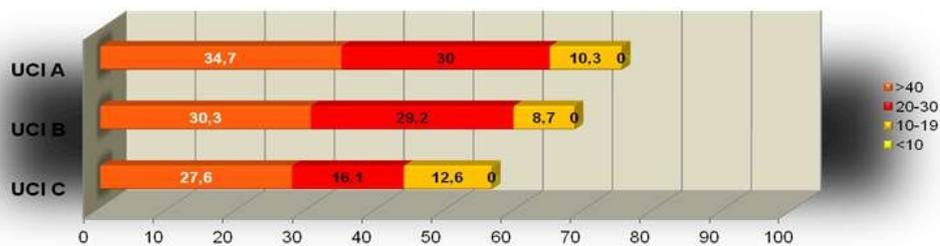
Nombre de malalts per Unitat i grups TISS. (15 dies mesurats/mes)

	UCI A	UCI B	UCI C
TISS total >40	19,6	18,2	16,5
TISS total 20 - 39	93,6	113,5	110,7
TISS total 10 - 19	17,8	13,6	17,7
TISS total <10	0,1	0	0,1

UCI A	UCI B	UCI C	TOTAL
23	20,7	72,5	122,1
50	46,5	19,5	119,5
0,6	0	0	0,6
71,1	76,5	55,3	202

Les tres unitats són similars r/ distribució malalts, gravetat, intervenció terapèutica i càrrega de treballs, i necessitats de personal

Distribució dels malalts per grups de gravetat i intervenció terapèutica



La càrrega de treball és superior. Segueix els estàndards

Anexo 4. Consentimiento pacientes y enfermeras



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Anexo 5. Hoja informativa de la entrevista al paciente



ESTUDIO: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS CON RELACIÓN A LA SATISFACCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

HOJA INFORMATIVA (I)

Investigadoras: Sra. Marta Romero y Sra. Laura de la Cueva.

Sede: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Informadora: Sra. _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación diseñado por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Objetivo del estudio:

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal explorar y comprender la satisfacción con los cuidados enfermeros desde el punto de vista de las personas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Beneficios del estudio:

Este estudio permitirá elaborar un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros y así, poder mejorar nuestra práctica diaria y la calidad de los cuidados que proporcionamos a las personas ingresadas en la UCI.

Riesgos e incomodidades:

El único riesgo o incomodidad de participar en este estudio es el hecho de que usted tenga que dedicarnos un máximo de dos horas de su tiempo pudiendo afectar a su rutina diaria.

Procedimientos del estudio:

En caso de aceptar participar, en este estudio:

- Participará en un grupo de discusión, durante 1 hora y media aproximadamente, sobre la satisfacción con los cuidados enfermeros en la UCI.
- La conversación de dicho grupo será registrada mediante grabadora digital para posibilitar el análisis de la información que usted nos proporcione.
- Se le entregará una copia de la transcripción de la reunión del grupo para que usted pueda verificar los datos que nos ha proporcionado.

**ESTUDIO: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS CON RELACIÓN A LA
SATISFACCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

HOJA INFORMATIVA (II)

Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, esta decisión será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago alguno por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador.
- De acuerdo con lo especificado en la Lode 1999, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, se limitará el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos.
- La información primaria obtenida en este estudio, será custodiada durante seis años por el equipo investigador, comprometiéndose a destruirla al finalizar el plazo definido. Se mantendrá de manera estricta su anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados durante este estudio.
- En caso de que tenga dudas sobre su participación en el estudio, sea cual fuere la fase del mismo, puede contactar con:

Sra. Carme Jover

Cap d'Infermeria de l'Àrea de Crítics i Consultes Externes
Correo electrónico: cjover@santpau.cat
Teléfono: 649 75 30 55

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar el Documento de Consentimiento Informado anexa a este documento:

Anexo 6. Hoja informativa de la entrevista a las enfermeras



ESTUDIO: Práctica reflexiva y desarrollo profesional en enfermería. Liderazgo en los cuidados

HOJA INFORMATIVA (I)

Investigadora: Carme Jover Sancho

Sede: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Informadora: _____

Dentro del marco de nuestra institución y en concreto de nuestra unidad de intensivos, siempre hemos estado preocupadas e interesadas en dar una atención humanizada y de seguridad a los pacientes que se encuentran en una situación de gravedad, indefensión, con dificultad para poder comunicarse con nosotras y para poder expresar sus necesidades, sentimientos, pensamientos durante su estancia en la UCI.

Sabes que yo siempre he pensado que la atención que se da a los pacientes es de una alta calidad científico-técnica y a la vez cargada de humanidad en todo aquello que se realiza. A la vez esta atención que pienso que se da, también en todos los años que llevo de vida profesional pienso que está demasiado en el anonimato. En el estudio que estamos haciendo en la unidad, sobre la percepción de los pacientes en relación a la satisfacción de los cuidados, se está visualizando que piensan los pacientes de las enfermeras y yo en ésta tesis doctoral quisiera poner en evidencia vuestra *expertise*, visualizar vuestro *saber hacer*, con los pacientes a través de cómo cuidáis a los pacientes que nos han expresado su vivencia con vosotras. Este es el sentido esencial de mi tesis doctoral, en ésta etapa de mi vida profesional.

Te estoy invitando a participar ésta tesis doctoral sobre la identidad profesional de las enfermeras de atención al paciente crítico, de la Unidad de Cuidados Críticos, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) de Barcelona.

Siéntete con absoluta libertad en la decisión de participar, seguidamente te explicaré los objetivos, beneficios, incomodidades y procedimiento del estudio y puedes preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar las posibles dudas al respecto. Una vez que hayas comprendido el estudio y desees participar, te pediré que firmes éste consentimiento informado, del cual te entregaré una copia firmada y fechada.

Objetivo del estudio:

Este estudio de investigación tiene como objetivo principal explorar como la práctica reflexiva de las enfermeras de intensivos influye en la relación de cuidado con los pacientes y que tipo de repercusión tiene en la socialización de los profesionales y en su identidad profesional.

Beneficios del estudio:

Este estudio permitirá reconstruir de nuestra cultura institucional y de unidad, nuestra práctica asistencial reflexiva de orientación holística, que ofrece cuidados de alta tecnología y humanos en toda su complejidad y visualizar el proceso reflexivo de las enfermeras en el ejercicio de su rol profesional, en el liderazgo de los cuidados y en la socialización profesional, en relación con la satisfacción expresada por los pacientes con los cuidados enfermeros que se caracterizan por la combinación humano-técnica, continuidad y que proporcionan seguridad, bienestar y confianza a ellos mismos y a sus familias.

Riesgos e incomodidades:

El único riesgo o incomodidad de participar en este estudio es el hecho de que tengas que dedicar un máximo de una hora de tu tiempo pudiendo afectar a tu vida diaria.

Procedimientos del estudio:

En caso de aceptar participar, en este estudio:

- Participaras en una entrevista, durante 1 hora aproximadamente, sobre los cuidados que das a los pacientes en la UCI.
- La conversación de la entrevista será registrada mediante grabadora digital para posibilitar el análisis de la información que proporcionas.
- Se te entregará una copia de la transcripción de la entrevista para que puedas verificar los datos que has proporcionado.

ESTUDIO: Práctica reflexiva y desarrollo profesional en enfermería. Liderazgo en los cuidados

HOJA INFORMATIVA (II)

Aclaraciones:

- Tu decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para ti, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decides participar en el estudio puedes retirarte en el momento que lo desees, esta decisión será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio, ni recibirá pago alguno por su participación.
- En el transcurso del estudio podras solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador.
- De acuerdo con lo especificado en la Lodp 1999, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, se limitará el uso de la informática y otras técnicas y medios de tratamiento automatizado de los datos para garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas y el pleno ejercicio de sus derechos.
- La información primaria obtenida en este estudio, será custodiada durante seis años por el investigador, comprometiéndose a destruirla al finalizar el plazo definido. Se mantendrá de manera estricta su anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados durante este estudio.
- En caso de que tengas dudas sobre tu participación en el estudio, sea cual fuere la fase del mismo, puedes contactar con:

Carme Jover Sancho
Investigadora principal
Correo electrónico: cjover@santpau.cat
Teléfono: 39534 / 649 75 30 55

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de tu participación, puedes firmar el Documento de Consentimiento Informado anexo a este documento:

Anexo 7. Entrevista en profundidad enfermeras

Guión para realizar la entrevista a las enfermeras de la UCI

Saludo	<p>¡Hola! ¿Qué tal?</p> <p>Te agradezco personalmente, y también de parte de todas las enfermeras y los pacientes, que participes en este estudio que nos permitirá conectar y visualizar la realidad de los cuidados que damos las enfermeras a los pacientes críticos y a sus familias, y conectarlo también con lo que piensan los pacientes de los cuidados que reciben de la enfermera.</p> <p>Es muy valiosa tu participación para visualizar la sensibilidad de las enfermeras en relación a los cuidados que damos y el papel que desempeñamos en la evolución de su enfermedad, dentro del equipo asistencial.</p>
Presentación	<p>Como sabes, yo siempre he pensado que la atención que se da a los pacientes es de una alta calidad científico-técnica y a la vez cargada de humanidad en todo aquello que se realiza. A la vez, esta atención que se da, también en todos los años que llevo de vida profesional, pienso que está demasiado en el anonimato.</p> <p>En el estudio que estamos haciendo en la unidad, sobre la percepción de los pacientes en relación a la satisfacción de los cuidados, se está visualizando qué piensan los pacientes de las enfermeras y yo, en ésta tesis doctoral, quisiera poner en evidencia vuestra <i>expertise</i>, visualizar vuestro <i>saber hacer</i>, con los pacientes a través de cómo cuidáis a los pacientes, que han expresado su vivencia con vosotras.</p> <p>Este es el sentido esencial de mi tesis, explorar, conocer que piensas tú de lo que estás haciendo y cómo lo estas haciendo: cada vez que entras en el box a valorar el paciente, cuando realizas un procedimiento, cuando realizas un cuidado, cuando te llama el paciente, cuando entra la familia...</p>
Encuadre	<p>Como te dije es una entrevista personal, de aproximadamente una hora de duración, pero de todas formas utilizaremos el tiempo que necesites, y terminaremos en el momento que me lo pidas.</p> <p>Para que no se me escape ningún detalle grabaré la conversación, tal y como ya sabes.</p>
Preguntas	<p>Si te parece podemos empezar. En primer lugar:</p> <p>¿Qué entiendes por cuidar al paciente crítico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me gustaría que me explicaras tu vivencia en la UCI en relación a los cuidados enfermeros. • Y ésta vivencia, en relación con los cuidados que das a los pacientes, ¿qué piensas tu que son los cuidados que da la enfermera? • Explícame un poco más que es para ti esta atención, cuando realizas los cuidados. ¿En qué consiste? • Me puedes dar un ejemplo de un cuidado/cuidados que has dado, y que creas que el paciente se sintió cuidado, se sintió a gusto, satisfecho, se sintió bien (expresión verbal y/o no verbal). • Y... un ejemplo de un cuidado o/cuidados que puedas decir que tu te sentiste bien, que pensaras que bien se ha quedado el paciente.... ¿Cómo lo captaste? • Me puedes dar un ejemplo de un cuidado/cuidados que has dado, y que creas que el paciente no se sintió cuidado, no se sintió a gusto, insatisfecho, no se sintió bien (expresión verbal y/o no verbal). • Y... un ejemplo de un cuidado o/cuidados que puedas decir que tu te sentiste mal, que pensaras que mal se ha quedado el paciente.... ¿Cómo lo captaste?, ¿Qué hiciste?, ¿Qué pensaste una vez te diste cuenta?, ¿Cómo crees que lo podrías mejorar o lo

mejoraste?

- Los enfermos dicen que se sienten seguros con los cuidados que les damos, ¿Qué crees que piensan los enfermos al decir que damos seguridad?, ¿Qué piensas tú? Descríbelo!
- Los enfermos hablan de profesionalidad, competencia, ¿Qué piensas tú que es la profesionalidad, competencia en la atención al paciente crítico?
- Los enfermos hablan de vínculo con la enfermera, ¿Qué crees que hace crear vínculo?
- Los enfermos hablan de continuidad de cuidados, ¿Tú que dirías que haces para que sean continuos?
- Los enfermos dicen que nos anticipamos, antes de que llamen, vamos y preguntamos ¿Necesitas algo?, ¿Estás bien?
- Los enfermos hablan de trato humano, el toque, la mirada, la actitud, ¿Tú cómo describes el trato que tienes con el paciente?
- Los enfermos han captado cariño, amor, ternura, ¿Qué piensas?
- Los enfermos, sienten que los cuidados de la enfermera les ha dado ánimo, esperanza, para seguir adelante. Expresan “yo creo que estoy donde estoy gracias a los cuidados de las enfermeras”. ¿Qué piensas?
- ¿Los pacientes de qué hablan contigo a nivel físico, a nivel de sentimientos, a nivel de necesidades?
- ¿Crees que con tus cuidados cubres sus expectativas, sus necesidades?
- ¿Qué piensas con las familias?

Sitúate cuando entras en el box al inicio del turno y cada vez que entras en relación a los cuidados:

- ¿Qué haces?
- ¿Cómo te comunicas?
- ¿Cómo crees que debería ser un cuidado dado por la enfermera?
- ¿De lo que haces cambiarías algo?

¿Tienes algún consejo para mejorar los cuidados que damos?

Sitúate con el equipo profesional:

- ¿Qué piensas de tu rol?
- ¿Tú que piensas que puedes aportar?

Sitúate como tutora de las alumnas de postgrado:

- ¿Qué le explicas que es una enfermera de uci?
- ¿Qué piensas que tienes que decir?
- ¿Qué crees que tienen que aprender?
- ¿Qué crees que le transmites?
- ¿Qué crees que le tienes que transmitir?
- ¿Crees que podemos mejorar algo?

<p>Guía de temas y subtemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rasgos / Factores / dimensiones de la práctica reflexiva en el desarrollo profesional: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilidades cognitivas ✓ ¿Qué factores o elementos piensa la enfermera que han influido en sus habilidades cognitivas, en relación a la integración de los conocimientos teóricos en la práctica (coherencia en la práctica del rol profesional): pensamiento crítico, juicio clínico, reflexividad, práctica reflexiva, cultura de la unidad. ✓ Habilidades afectivas ✓ Autoconfianza, observación, escucha activa ✓ Habilidades relacionales ✓ Sensibilidad, tacto terapéutico, tono, cercanía, proximidad, interrelación. ✓ Actitud proactiva hacia la práctica profesional. ✓ Responsabilidad del rol dentro del equipo asistencial, con los alumnos, nuevos procedimientos, situaciones nuevas. ✓ ¿Qué factores o elementos piensa la enfermera que han influido en su ética en el cuidar, para que el paciente se sienta persona, que se sienta tratado como un ser humano, tratado de manera personalizada, se sienta seguro a la vez tanto a nivel tecnológico como humano, en que ofrezca cuidados humanizados, que permita que el paciente vea que sigue teniendo pensamiento, autodeterminación, decisión sobre su vida? ¿Hay relación entre la práctica reflexiva y el cuidado humanizado?. ✓ Elementos que inciden en la seguridad /inseguridad de los cuidados. ✓ ¿Cómo crees que se ha sentido el paciente mientras lo cuidas? ¿Que seguridad crees que capta? ¿Profesional técnico-humana? Cuando entras, mientras haces, ya estas personalizando tu actuación, pues ya te diriges a la persona que se encuentra en la cama por su nombre y le preguntas ¿Qué tal está?, ¿Cómo has pasado la? durante el transcurso de su enfermedad, siempre tiene claro que podemos ser ayudarle durante el proceso y ser promotoras de que el paciente luche por su salud y/o bienestar. • Factores / dimensiones en la identificación del rol: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cultura de la unidad de intensivos. ✓ Autonomía en los cuidados. ✓ Relaciones entre clima y liderazgo organizacional, práctica reflexiva y identidad profesional. ✓ En relación a la responsabilidad ética y moral, en el empoderamiento del rol de cuidar y el liderazgo de los cuidados durante el proceso de la enfermedad del paciente crítico. • Factores / dimensiones en la socialización profesional: Repercusión de la práctica reflexiva en la socialización profesional de las enfermeras y en el período formativo. • Expectativas que se tienen planteadas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Crees que hay diferencias entre lo que crees y lo que haces en la uci? ✓ ¿Que cambiaría de los cuidados enfermeros que das en la UCI? ✓ ¿Influye la práctica reflexiva en la construcción de una determinada identidad? • Sentimientos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cómo te sientes mientras cuidas en la UCI?
---------------------------------	---

Anexo 8. Guión para la entrevista a los pacientes.

Guión de la entrevista a los participantes del estudio	
Saludo	<p>¡Hola!</p> <p>¿Qué tal?</p> <p>Le agradezco personalmente y también de parte de todas las enfermeras de UCI su valiosa colaboración...</p> <p>¿Se encuentra usted capacitado, dispuesto para llevar a cabo la entrevista?</p> <p>Póngase lo más cómodo posible, sentado, en la cama...</p> <p>¿Desea tomar algo? Un poco de agua... (Si puede, y procede)</p>
Presentación	<p>Como ya le dijimos en la UCI, el interés que tenemos las enfermeras que realizamos este estudio es mejorar la calidad de nuestro trabajo para cuidarles mejor, y para ello necesitamos conocer en primera persona, a través de los que usted quiera decirnos, la satisfacción con los cuidados enfermeros que usted recibió durante su estancia en UCI. Es por este motivo que su opinión es muy importante para nosotras.</p>
Encuadre	<p>Como ve es una entrevista personal, pensamos que puede ser de, aproximadamente, una hora y media de duración. De todas formas utilizaremos el tiempo en el que usted se sienta cómodo/a. Si se cansa, terminaremos en el momento que me lo pida.</p> <p>Para que no se me escape ningún detalle grabaré la conversación, tal y como le había comentado con anterioridad, y una compañera, si a usted no le parece mal, me ayudará y estará en silencio siempre, realizando algunas anotaciones que nos serán de gran utilidad, para el posterior análisis de la conversación.</p>
Pregunta de arranque	<p>Si se siente preparado podríamos empezar. En primer lugar, me podría explicar..., con sus propias palabras, ¿qué significa para usted estar satisfecho con los cuidados enfermeros que ha recibido mientras estaba ingresado en la UCI?</p> <p>Póngame un ejemplo de un cuidado de la enfermera, recibido en la UCI, del que esté satisfecho y otro del que no lo esté.</p> <p>¿Cómo cree que debería ser un cuidado dado por la enfermera para que usted pueda decir que está satisfecho con él?</p>
Guía de temas y subtemas	<p>Factores / dimensiones de la satisfacción:</p> <p>¿Qué factores o elementos han influido para que se sienta satisfecho o no con los cuidados enfermeros que ha recibido en la UCI?</p> <p>Expectativas:</p> <p>¿Cómo esperaba que hubieran sido los cuidados enfermeros que recibió en la UCI?</p> <p>¿Qué cambiaría de los cuidados enfermeros que recibió en la UCI?</p> <p>Sentimientos:</p> <p>¿Cómo se ha sentido mientras las enfermeras lo cuidaban en la UCI?</p>

Anexo 9. Guión para la entrevista al grupo focal

Guión de la entrevista a las enfermeras del grupo focal	
Saludo	¡Hola! ¿Qué tal?
Preguntas iniciales	<ul style="list-style-type: none">✓ ¿Qué quiere decir estar satisfecho con los cuidados que dan las enfermeras?✓ Explicad ejemplos de un cuidado enfermero satisfactorio para el paciente dado por las enfermeras en la UCI y otro que no lo sea.✓ ¿Cómo creéis que debería ser un cuidado enfermero para que vosotras pudierais decir que el paciente está satisfecho con él?
Preguntas relacionadas con el discurso de las enfermeras	<ul style="list-style-type: none">✓ ¿Qué vivencia tienes en relación con los cuidados que dais?✓ ¿Cómo tendrían que ser los cuidados ideales para que tú te sintieras satisfecha y, si puedes incluir al paciente, qué elementos crees que serían los más importantes?✓ ¿Crees que el paciente percibe los cuidados que recibe?✓ ¿Qué características tienen que tener las enfermeras de intensivos?✓ ¿Qué consideráis que podéis transmitir?

Anexo 10. Dimensiones del concepto de satisfacción de los pacientes.

Dimensiones	Categorías	Códigos
Cuidado holístico	Aspectos biológicos o físicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Higiene e hidratación ✓ Movilización ✓ Control del dolor ✓ Cuidados ✓ Administración de medicación ✓ Valoración del sueño
	Aspectos psicoemocionales y espirituales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo ✓ Ánimo ✓ Estar presente y cercana ✓ Tacto ✓ Escucha ✓ Cariño ✓ Empatía ✓ Paciencia
Formas de comunicación	Comunicación verbal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentarse ✓ Despedirse ✓ Ofrecer explicaciones
	Comunicación no verbal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Caricias ✓ Sonrisa ✓ Mirada ✓ Gestos
Continuidad de los cuidados	Cuidados continuados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados continuados
Comportamientos profesionales	Comportamientos profesionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Naturalidad ✓ Juicio clínico ✓ Dominio de la técnica ✓ Rapidez ✓ Precisión ✓ Actitud ✓ Vocación ✓ Trabajo en equipo

Extraído de: Romero, M., de la Cueva, L., Jover, C., Delgado, P., Acosta, B., Solá, M. y otros. (2013). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 51-62.

Anexo 11. Dictamen favorable del Comité de Ética



Sant Antoni Ma Claret, 167 · 08025 Barcelona
Tel. 93 291 90 00 · Fax 93 291 94 27
e-mail: santpau@santpau.cat
www.santpau.cat

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

TÍTULO: Práctica reflexiva y desarrollo profesional en enfermería Liderazgo en los cuidados	
CÓDIGO CEIC: 39/2012	CÓDIGO DEL ENSAYO: IIBSP-PRA-2012-96
IP: Sra. C. Jover	SERVICIO: Escuela de Enfermería

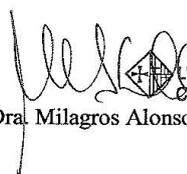
Doña **Milagros Alonso Martínez**, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo,

CERTIFICA:

Que en su reunión de fecha 29 de Mayo de 2012 este Comité ha analizado el proyecto de investigación de referencia y considera que se ajusta a las disposiciones vigentes.

Por ello, ha acordado informar favorablemente sobre su realización.

Y para que así conste, firma el presente en Barcelona, a 30 de Mayo de 2012.


FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE
L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA
Dra. Milagros Alonso Martínez

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

INFORME FIN DE ESTUDIO

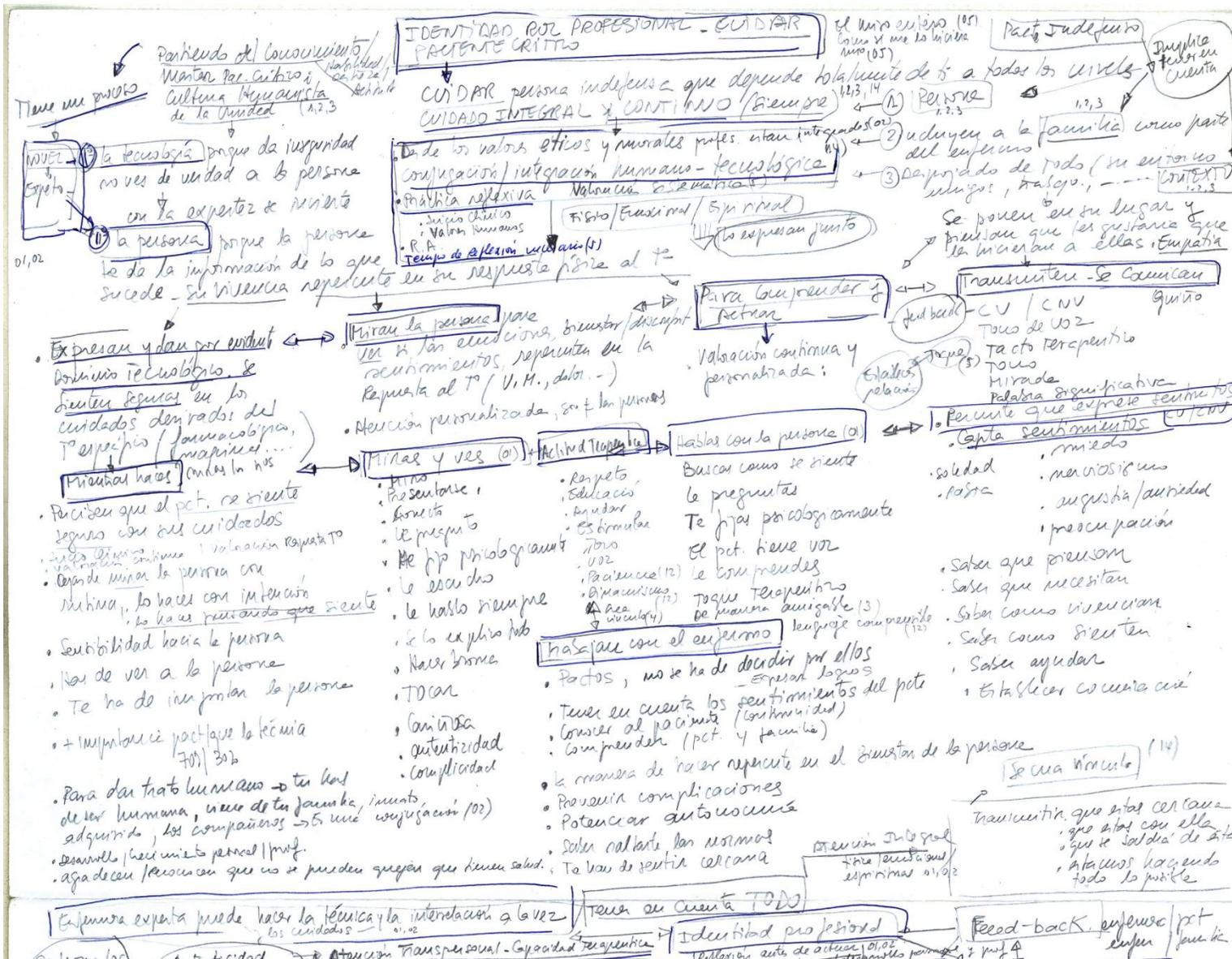
INFORME DE FINALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
INFORME DE CANCELACIÓN O CIERRE PREMATURO	<input type="checkbox"/>

TÍTULO: "Práctica reflexiva y desarrollo profesional en enfermería Liderazgo en los cuidados".		
Código promotor : IIBSP-PRA-2012-96	Cod. Ref. CEIC: 39/2012	Eudra CT: No aplica
Versión :	IP: Carne Jover Sancho	Promotor: Institut de Recerca Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

FECHA DE APROBACIÓN POR CEIC	30 de mayo de 2012	
FECHA CONFORMIDAD DEL CENTRO	06 de junio de 2012	
FECHA DE INCLUSIÓN DEL PRIMER PACIENTE		
FECHA DE FINALIZACIÓN DEL ÚLTIMO SUJETO		
NÚMERO DE SUJETOS INCLUIDOS		
ENMIENDAS RELEVANTES		
NOTIFICACIONES		
RETIRADA DE ALGÚN SUJETO En caso afirmativo, especificar el motivo	sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Motivo:
¿SE HAN INCLUIDO TODOS LOS SUJETOS PREVISTOS? En caso negativo, especificar el motivo	sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> Motivo:
ACONTECIMIENTOS GRAVES O INESPERADOS En caso afirmativo, especificar si se ha notificado al CEIC	sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA:	
FECHA:	FIRMA:	

*Complimentar en caso de finalización del estudio, cancelación o cierre prematuro.

Anexo 12. Manuscrito del esquema analítico de la voz de las enfermeras (unidades de significado)



Desarrollo (haciendo unites personal/prof.)
 . agua de cen / personas que no se pueden quejan que tienen salud.
 . Saben callante van nosotros
 . Te van de sentir cercana
 . que te sorprenda un min
 . ataques ha quedado todo lo posible

Empresaria experta puede hacer la técnica y la interacción a la vez
 Tener en cuenta TODO

Atención Transpersonal - Capacidad terapéutica

Atención a los cuidados según los pacientes / terapéuticos / reflexión

Autenticidad
 . Interesarse por el otro
 . Entender al otro
 . Capta al pct. e interacción legal (02) 01

Ver lo invisible
 . Ver la esencia
 . Ver lo invisible
 . Ver la esencia

Ver lo invisible
 . Ver la esencia
 . Ver lo invisible
 . Ver la esencia

Ver lo invisible
 . Ver la esencia
 . Ver lo invisible
 . Ver la esencia

Identidad profesional

Reflexión sobre de actuar / 01, 02
 . Aprender que sentimos / 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Desarrollo profesional

Desarrollo personal

aprendes, el pct. te enseña
 . te aporta personalmente (02)
 . aprendes del equipo, de cómo lo hacen
 . aprendes con ellos (02)
 . Duplicación entera (02)
 . Ser tu misma (02)
 . Pensar cosas como enfermera (02)
 . Hacer como una enfermera (02)
 . Respetabilidad prof. (02)
 . Visión (02)
 . Profesionalidad (02)

Balanza Teoría Práxis

Con naturalidad
 . Integrado en el hacer
 . Integrado en el cómo hacer
 . Integrado en saber hacer
 . Con coherencia profesional
 . Unidos a todo
 . al estar a 6 hrs. un día
 . la primera y 6 vs. todo, ya
 . lo has captado (02)
 . Integrado en los valores profesionales (02)

Reconocimiento ptes del Rol de la enfermera

los ptes reconocen que sabes lo que haces
 . Cuidado psico-emocional y palabras - 3
 . los pct. están en manos de la enfermera (01)
 . Confían en los enfermeros (01)
 . la enfermera le da seguridad física / psicológica / espiritual (01, 02)
 . le dan Bienestar
 . agradecimiento de los pct. (te dan las gracias) (02) (3)
 . los enfermeros se sienten bien
 . Ayudar a sentirse bien la persona enferma, con los cuidados que le das, que no puede hacer por sí misma (02)
 . Juntos de luchar / juntos - coherencia
 . Necesidad de expresiones (02)
 . Capta nuestra CV / CNV
 . No se suman más recursos / minutos (01)
 . Aprendizaje reflexivo

Favorecer la autorreflexión

Se lo haces todo, pero cuando más es necesario, tienes que dejar que hagan ellos
 . Bimodal en autorreflexión con el Reconocimiento
 . Síntomas
 . Buscan estrategias (3) (Sol-Vela)
 . de sentirse mejor (02)

Formular / ayudar / ser reconocidos / su decisión (02)

Dar la mano y el enfermo a el que decide (02)
 . Estimular que siga adelante (12)
 . Saberlos lo que tenemos entre las manos (12)
 . Transmisión positividad (12)
 . Ayudar a que se sienten en la curación (12)
 . Ayudar a sentir (12)

Reconocimiento ptes del Rol de la enfermera

los ptes reconocen que sabes lo que haces
 . Cuidado psico-emocional y palabras - 3
 . los pct. están en manos de la enfermera (01)
 . Confían en los enfermeros (01)
 . la enfermera le da seguridad física / psicológica / espiritual (01, 02)
 . le dan Bienestar
 . agradecimiento de los pct. (te dan las gracias) (02) (3)
 . los enfermeros se sienten bien
 . Ayudar a sentirse bien la persona enferma, con los cuidados que le das, que no puede hacer por sí misma (02)
 . Juntos de luchar / juntos - coherencia
 . Necesidad de expresiones (02)
 . Capta nuestra CV / CNV
 . No se suman más recursos / minutos (01)
 . Aprendizaje reflexivo

Repetición en el pct.

Bienestar del pct.
 . ayuda a entender / 01, 02
 . ayuda a tranquilizarse
 . le da alivio / 01, 02
 . Respira mejor (01, 02)
 . la has de ayudar a resolver muchas cosas
 . trabajo de aliviar, lo va a ayudar (02)
 . Intentar que lo lleve lo mejor posible
 . Sentirse libre (301)
 . transmites su darte cuenta, de manera natural

Ayuda al rol profesional

sentirse bien con lo que haces
 . Estar bien con la comunicación
 . Sentido de un trabajo
 . Capacidad de adaptación (3)
 . Decido quedarme porque se trabaja muy bien en la UZ
 . le das al pct. (02)
 . se trabaja muy bien
 . me satisface (02) (02)
 . Cuanto + haces + satisfacción
 . Tu presencia que el pct. se de cuenta de
 . Reconocer que tu intervención tiene efecto sobre el pct. positivo (12) que va se
 . trabajo -> reconocer
 . Me sienta bien -> contacto pct (12)
 . se hace la interacción / comunicación

Satisfacción Profesional (full apart)

Transmiten el que y el cómo hacer, los sentimientos -> actitud a la vez

El cuidado a la persona a el TODO de manera holística ->

Transmisión de energía (02) 01
 . transmitir i energía 01
 . transmitir la esencia 01

Satisfacción Profesional (full apart)

Transmiten el que y el cómo hacer, los sentimientos -> actitud a la vez

El cuidado a la persona a el TODO de manera holística ->

Transmisión de energía (02) 01
 . transmitir i energía 01
 . transmitir la esencia 01

Satisfacción Profesional (full apart)

Transmiten el que y el cómo hacer, los sentimientos -> actitud a la vez

El cuidado a la persona a el TODO de manera holística ->

Transmisión de energía (02) 01
 . transmitir i energía 01
 . transmitir la esencia 01

Anexo 13. Sistema de codificación emergente de las enfermeras: unidades de significado y su frecuencia, categorías y dominios.

DOMINIOS (D)		CATEGORÍAS (C)		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D1	Cuidado holístico	C1	Concepto de cuidado integral al paciente crítico	Capta necesidades físicas, psicológicas y espirituales	13
				Capta manifestaciones físicas: dolor, alteración frecuencias FR FC	8
				Capta percepciones, sentimientos y emociones	7
				Sabe buscar relación físico-emocional	9
				Administra cuidado y tratamiento con juicio clínico	9
				Domino clínico, integrado en el paciente. Saben mirar, intuir y entender	18
				Tiene actitud atenta de escucha	7
				Proporciona bienestar, confort y seguridad	25
				Tiene empatía y da cuidado individualizado	9
				Establece comunicación	8
				Establece relación de escucha y confianza	1
				Es próxima. Sabe transmitir el cuidado preciso a través del tacto y tono	6
				Da apoyo y ánimo	6
				Fomentar autonomía	3
				Fomentar autodeterminación	5
Ayuda en el proceso de la enfermedad	2				
					136

DOMINIOS (D)		CATEGORÍAS (C)		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D2	Formación especializada (máster) y formación continua	C2	Conocimiento profesional: formación especializada	Me enseñaron a tener criterio	2
				Continuidad cuidados	6
				El saber hacer	1
				Entendí la complejidad del cuidado.	1
				Integración cuidados físicos y humanos.	1

D2			Juicio clínico	2
			Mucha teoría	1
			Se aprende de todos	1
	C3	Concepto de enfermera novel	Al inicio, inseguridad con la tecnología	10
			No controlar las máquinas	2
			Pensar que puedo cometer errores por la complejidad del tratamiento	8
	C4	Distinción entre enferma novel y experta	Pensar que puedo cometer errores por la complejidad de la enfermedad	1
			Responsabilidad física del paciente	2
			Hablan al paciente por protocolo	1
			Cuidados metódicos	1
			Eres más joven que el pacientes: no sabes cómo canalizar la situación que vive	1
			Conlleva ver primero la máquina que a la persona	1
			Da miedo la tecnología	1
			Hacer ver primero las máquinas y después...	1
			Tener siempre respeto a la gravedad del paciente: no puedes perderlo	1
			Te sientes perdido	1
			Tienes inseguridad	2
			Antes de ir a la UCI tener un tiempo de experiencia	1
			Necesitas formación y experiencia para ver a la persona	2
			Primero tienes que saber	1
			Formación continua	1
			Transmisión conocimientos enfermera experta	1
			Necesitas tu tiempo para entender e integrar el cuidado integral	1
C5	Concepto de enfermera experta	Puedo hacer a la vez el cuidado tecnológico y el cuidado humano	9	
		Importante el contacto y el dominio de las máquinas	3	
		Mirar al paciente como un todo	4	
		Miran y captan el estado del paciente	12	

			Juicio clínico	10
			Relación persona-tratamiento	7
			Relación vivencia-valoración del tratamiento	5
		C6	Concepto de formación continua	
			Miran al paciente con intención. R.A.	4
			Interactúan con el paciente. R.A.	6
			Repercusión del estado emocional paciente en la evolución de la enfermedad	4
			Consecuencia: repercute emocionalmente en su evolución	1
		C7	Dominio de la enfermera experta: saber cuidar	
			Toma de decisiones integrales con juicio clínico	3
			Tener en cuenta el contexto de la persona	1
			Aprendizaje a través de la interacción	1
			Conocer a la persona, conocer a la familia para ayudar	1
			Interactúa con la familia	1
			Miro a la persona	1
			Miro que esté bien	1
			Miro que esté cómodo	1
			Consecuencia: Se queda tranquilo con mi actuación	2
			Tener siempre respeto ante los cuidados del tratamiento: seguridad	1
			Transmisión del conocimiento	3
				136

DOMINIOS (D)		CATEGORÍAS (C)		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D3	Cultura humanista	C8	Habilidades, conocimientos y cualidades en la práctica asistencial y en la resolución de situaciones complejas	Saber y ser persona, requiere un proceso	1
				Necesitas saber y ser persona y tienes un cambio de visión:	17
				Valores éticos y morales personales	1
				Valores éticos y morales profesionales	1
		C9	Perfil personal. Conexión con los valores éticos y morales	Valores personales, humanistas	67
				La experiencia da herramientas para llevar a cabo el cuidado. Enfermera experta	1

D3		C10	Perfil profesional. Actitud reflexiva en la práctica profesional	Dar ayuda, siempre ser enfermera	1
				Es más difícil atender la parte humana que la parte meramente tecnología.	1
				El paciente necesita ayuda a todos los niveles	1
				Ponerse en su piel sin implicación personal	1
				Puedo pedir ayuda a la más experta en un tema determinado.	1
				Ayudar a la interacción con la familia	2
				Ayudar a que viva el proceso con naturalidad	1
				Cariño	2
				Comprensión	4
		C11	Conceptos éticos y morales: respeto y autodeterminación	Cuidar es ayudar a la persona en el proceso que vive.	5
				Cuidar es lo que hago cada día	1
				Cuidar es todo	3
				Cuidar no solo incluye las técnicas, es algo más	3
				CV y CNV	3
				El paciente es una persona que decide	1
				El ritmo lo marca el paciente	1
				Cuidar es tacto	3
				Cuidar es también cuidar a la familia	4
				Esté consciente o inconsciente	2
				Individualizado	2
				La experiencia te da herramientas	2
				Presentarse siempre	2
				Proximidad	1
Que alguien se preocupa por él	1				
Que su entorno esté lo mejor posible	1				
Tener mucha interacción con el paciente	2				
Tono	1				

D3		C12	Competencias profesionales	Competencias, saber hacer, cómo lo hago	1
				Cuidar, aparte de lo técnico, es cuidar la persona	1
				Cuidar es ayudar a vivir el proceso complejo con naturalidad	1
				Cuidar es ayudar en el proceso que vive el paciente	2
				Cuidar no es solo cuidar al paciente, es cuidar a la familia.	1
				Cuidar integración técnica-humana: cuidado humano-tecnológico-científico	1
				El rol de enfermera: quien no lo conoce no lo entiende.	1
				Reconocimiento por parte de los pacientes del rol profesional.	1
		C13	Cuidado integral	Sustitución total de las necesidades de la persona: cuidado integral	35
				Cuidados espirituales.	9
				Cuidados psicológicos.	7
				Cuidados físicos.	6
				La familia forma parte del paciente.	3
				Dar seguridad.	10
				Intentar canalizar.	2
				Que se den cuenta ellos mismos de que volverán a ser autónomos.	1
				Formación específica paciente crítico.	1
				Juicio clínico.	10
				Atención personalizada	17
				Permite que el paciente exprese sentimientos.	5
				Captación de sentimientos del paciente.	3
				Respuesta ante las necesidades del paciente.	8
				Perciben que el paciente se siente seguro por los cuidados.	7
Enfermera de referencia.	4				
Proporcionar bienestar.	3				
Cariño.	1				
Dar respuesta a las necesidades.	2				

D3			Ha de haber voluntad por parte enfermera establecer relación positiva.	2	
			Interrelación familia.	3	
			Las necesidades de la persona interactúan.	3	
			Reconocer los no-aciertos cuando cuidamos.	1	
			Saber comprender.	4	
			Ser persona.	1	
			Tener en cuenta el contexto	3	
		C14	Comportamientos profesionales	Transmitir que están acompañados.	1
				Transmitir que estás para ayudarlo y que esté cómodo.	3
				Transmitir seguridad.	2
				Presentarse al entrar al box, hablarle.	5
				Siempre que entro le explico lo que voy a hacer.	3
				Ayudar a mantener la interacción, el vínculo familiar.	1
				Ayudar a seguir a delante.	1
				Buscar la conexión.	1
				Cuidar a la persona conlleva que esta no se sienta sola.	1
				Cuidar es el conjunto de acciones que pones en práctica y transmites	2
				Es una manera de actuar.	3
				Establecer interacción paciente.	2
				Hablarle a la vez que haces.	2
				Implica el tono, el toque terapéutico y el tacto.	3
				La interrelación os ayuda al paciente y a ti a trabajar mejor.	3
				Mientras trabajas, le hablas.	1
				Mirar y ver qué necesita.	2
				Ser próxima.	1
				Te anticipas.	1
				Lo haces tuyo.	1

D3			Ya estableces la relación	1	
		C15	Cuidado continuo	Observación.	1
				Sistematización de los cuidados.	1
				Juicio clínico	1
				Valoración continua.	11
				Captar el riesgo.	1
				Saber diferenciar.	1
				Conocer al paciente.	1
				Conocer cómo se comunica.	1
				Evaluación continua.	3
				Captar el riesgo.	1
				Saber diferenciar.	1
				Conocer al paciente.	1
				Conocer cómo se comunica.	1
				Conocer para poder ayudar.	2
				Cada vez la relación es más profunda, más personal.	2
				Trabajo en equipo.	2
				Interactúas con método, sistematización.	4
				Cuidar del paciente de manera integral: cuidado continuo	12
		Ayudar al paciente en lo que necesita y no puede hacer	1		
		Te anticipas	1		
		C16	Cuidado individualizado	Mirar y ver a la persona.	72
				Relación del paciente con las máquinas.	3
Consecuencia de la integración tecnológico-humana del cuidado enfermero.	6				
Ponerse en su piel	4				
				470	

DOMINIOS (D)		CATEGORÍAS (C)		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D4	Reflexividad en la relación interpersonal	C17	Pensamiento reflexivo y analítico	Conocimiento y práctica reflexiva antes de actuar.	6
				Autodeterminación del paciente.	4
				Pensamiento crítico.	7
				Consecuencias de la reflexividad	21
				Análisis del aprendizaje reflexivo.	1
				Autenticidad de la enfermera.	2
				Anticiparse de forma reflexiva, con juicio clínico.	3
				Informar, explicar siempre todo lo que haces.	3
				Autodeterminación, potencialidad, respeto de la persona.	7
				Hacerlos participar, conscientes-sedación.	4
				No tener prejuicios.	1
				Siempre respeto.	2
				Tratarles como personas	4
		C18	Naturaleza y desarrollo de actividades cognitivas	Siempre me presento.	1
				Siempre le hablo y le explico la situación.	31
				Permite programar todo el turno de trabajo.	1
				Juicio clínico.	2
				Actitud abierta.	1
				Dar seguridad.	1
				Desarrollo personal y profesional	1
C19	Naturaleza y desarrollo de actividades afectivas	Autoconfianza.	1		
		Habilidades de observación.	1		
		Habilidades de escucha.	2		
		Empatía.	6		
		Saber canalizar la situación del paciente	2		
C20	Habilidades y consecuencias de	Actitud de respeto a la idiosincrasia, individualidad, autodeterminación persona	4		

D4			la relación terapéutica	Actitud de respeto a los valores del paciente	1
				Actitud de respeto a los valores de la familia	1
				Actitud de respeto a los valores del alumno	1
				Actitud de respeto a los valores del profesional	1
				Habilidades relacionales	23
				Siempre le hablo y le explico todo.	2
				Siempre me presento.	1
				Tranquilizas al paciente	1
				El feedback me dice lo que necesita el paciente.	7
				Programar la tarde	1
				El paciente confía en ti.	1
				Honestidad	3
				Humanidad.	9
				Autenticidad.	2
				CV y CNV. siempre le hablo	4
				Personalizar el cuidado.	5
				Tacto terapéutico.	8
				Tono.	5
				Sensibilidad.	2
				Humor.	4
				Complicidad.	1
				Autodeterminación.	1
				Llegar a pactos, acuerdos.	1
				Amabilidad.	2
Cariño.	1				
Escucha activa.	3				
	2				

D4				Explicar los logros.	
				Interacción.	3
				Explicación-información.	2
				Con educación.	1
				Crear vínculo.	1
				Empatía, sin implicación personal.	1
				Estar receptiva.	1
				Estimular aquello que puedan hacer.	1
				Intentar ayudar.	1
				La interrelación da fuerza, empuje.	1
				Natural.	1
				Próxima.	1
				Respeto.	1
				Se construye la relación	1
				Actitud abierta	1
Dra seguridad	1				
Desarrollo personal y profesional	1				
					231

DOMINIOS (D)		CATEGORÍAS (C)		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D5	Capacidad de captar vivencia enfermera / paciente / familia	C21	Reconocimiento sentimientos propios de la enfermera	Trabajar los sentimientos propios de la enfermera, negativos y positivos	5
				Reconoce la satisfacción que le produce el reconocimiento del paciente y familia	1
				La vivencia con el enfermo te hace seguir trabajando.	1
				Reconocimiento del paciente, le llega al alma.	2
				Vives con intensidad la ayuda.	1
				Vives situaciones extremas.	1
				Trabajar la realidad con objetividad para aceptar y mejorar si se puede.	1

D5	C22	Reconocimiento sentimientos emergentes paciente / familia	Angustia	1
			Ansiedad	1
			Soledad	1
			Nerviosismo	1
			Pánico	1
			Rabia	1
			Tristeza	1
			Ansiedad	1
			Inseguridad	1
			Miedo	1
			Preocupación	1
	C23	Relación que permite la expresión de lo que el paciente siente	Sentimientos y manifestaciones de malestar: Impotencia	1
			Indefensión	1
			Inseguridad	1
			Preocupación por su vida	1
			Trabajar los sentimientos del paciente.	1
			Trabajar la situación del paciente.	1
			Establecer pactos.	1
			Captan los sentimientos.	2
			Empatía.	3
			Permite que expresen cómo se siente.	3
			Satisfacción de la enfermera	2
	C24	Relación que permite trabajar la vulnerabilidad y la indefensión	Trabajar la ansiedad del paciente.	1
			Dejar espacio y tiempo al paciente para que exprese los sentimientos auténticos.	1
			Permitir capacidad de adaptación.	2
Están encerrados entre cuatro paredes.			2	
Sentirse vulnerable.			6	

D5			Tienen muchos déficits.	1	
			Trabajar la impotencia.	1	
			Trabajar la indefensión.	2	
			Capacidad de adaptación.	2	
			Están encerrados entre cuatro paredes	2	
		C25	Relación familia / enfermera para incidir en el bienestar del paciente	Trabajar sentimientos de la familia: ansiedad, inseguridad, miedo, preocupación.	1
				Trabajar la situación de la familia.	1
				Establecer pactos.	1
				Trabajar la preocupación por la vida/muerte.	1
				Todas las enfermeras no dan la misma seguridad	1
		C26	Sentido del saber profesional: interface paciente / técnica	Paciente reconoce voz enfermera: después estar inconsciente produce tranquilidad	1
				Gratificación del paciente en relación a los cuidados de la enfermera.	5
				El paciente lo capta todo.	3
				Cubren necesidades espirituales.	9
				Buscan el bienestar del paciente.	9
				Captan agradecimiento de los pacientes.	5
				Captan que el paciente se entera de la actitud de la enfermera.	4
				Trabajo satisfactorio.	7
				Al principio suplencia total.	1
				Confían plenamente en ti.	1
				Cuidar es complejo, es difícil de explicar.	1
				Seguridad física / psicosocial / espiritual	1
				Cubren necesidades de seguridad.	7
				El enfermo capta la profesionalidad.	3
				Los familiares captan la complejidad de los cuidados que da la enfermera	1
		El enfermo confía en la enfermera.	1		
		Es difícil cuidar al enfermo crítico.	1		

D5			Interacción siempre	2
			Respeto por los sentimientos del paciente, aunque estos sean negativos.	1
			Siempre te acuerdas de los casos positivos y de los negativos.	1
			Te das cuenta de que das seguridad	4
				133

DOMINIOS (D)		CATEGORÍAS (C)		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D6	Identidad profesional	C27	Trabajar con el paciente, familia y equipo interdisciplinar	Competencias profesionales	2
				Saber (conocimientos)	4
				Saber hacer (habilidades-destrezas)	5
				Responsabilidad ética y moral del cuidar.	5
				Saber ser y estar (actitudes)	1
				Cuidar en toda su integridad física, psicológica, espiritual.	1
				Juicio clínico.	1
				Tener en cuenta los valores de la persona.	1
				Miro a la persona en su integridad.	1
				Capto a la persona en todo su contexto.	1
				Relaciono la parte física con su vivencia.	1
		C28	Apego al rol profesional	Ser autocrítica en relación con nuestras intervenciones.	6
				Asumir responsabilidades ética y moral	3
				Asumir la responsabilidad del juicio clínico que tiene la enfermera.	3
				Querer cuidar de manera integral según sus necesidades.	3
				Implicación.	1
				El interés por entender implica esfuerzo.	1
				Saber hacer de la enfermera.	3
				Situación de gravedad, parada cardíaca, muerte.	1
Trabajar mucho la parte humana de la relación, imprescindible rol profesional.	17				

D6			Paciente-familia es un conjunto indivisible.	1	
			Hay que dejar tiempo a la persona.	1	
			Se cuida igual al paciente consciente que al inconsciente.	1	
			Aceptar que para el paciente es mejor cambiar de enfermera.	1	
			Cuidado individualizado, personalizado.	4	
			Que el paciente se vaya lo mejor posible.	2	
			En el enfermo crítico es la familia quien toma decisiones.	1	
			Pactar con el enfermo.	1	
			Permitir que el paciente participe en su proceso.	2	
			Permitir que se sigan sintiendo personas.	2	
			Reflexión sobre el proceso al final de la vida en la UCI.	4	
			Respeto a la persona.	4	
			Respeto el derecho a decidir del paciente.	8	
			Saber y ser persona.	1	
			Seguir cuidando al final de la vida.	2	
			Si hay que pelear, te peleas.	1	
			Son personas y deciden.	3	
			Trabajar con el paciente aspectos emocionales y de inseguridad derivados del alta	1	
			Hay una parte innata, sensibilidad que se tiene ante la persona.	6	
		C29	Dimensiones de la actitud proactiva	Aprendizaje a través del paciente.	17
				Aprendizaje a través del equipo.	4
				Aprendizaje a través de la formación continua.	1
				Aprendizaje a través de la familia.	2
			La experiencia me permite acompañar al paciente al final de la vida.	1	
			Comprendes que la frustración o la ira del familiar no va dirigida a ti.	2	
			Aprendizaje a través de la relación humana.	3	
			Aprendizaje a a través del <i>feedback</i> .	1	

D6			Aprendizaje continuo.	5
			Creces como persona y como profesional.	1
			Hay una sensibilidad entre enfermera y paciente.	1
			Trabajar los sentimientos de la enfermera.	1
			Ves más a la persona	1
				147

DOMINIOS		CATEGORÍAS		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D7	Empoderamiento del rol de cuidar	C30	Formas y relaciones del desempeño profesional	Es necesario ser persona.	1
				Saber decir a la persona.	1
				Cuento con las compañeras.	1
				Sé que puedo contar con la expertez de las compañeras.	1
				Todo no se sabe con la misma seguridad.	1
				Hay enfermeras Expertas en determinados temas.	1
				Transmiten conocimiento	1
				Complicidad con la compañera; con la mirada ya sé que necesita.	1
				A la vez que es técnico es humano.	1
				Ser persona.	1
				Cuido en todos los sentidos. Reflexión crítica	1
				Aprendo del paciente	1
				Intención para entender al paciente.	1
				Saber lo que tienes que hacer y decir.	1
				La satisfacción que sientes por luchar con ellos por su vida no tiene precio.	1
Les dedicas y les das cariño y recibes.	1				
Me gusta ser enfermera de la UCI.	1				
No hay implicación personal, o dejarías de ser enfermera.	1				
No tengo <i>burnout</i> .	1				

D7				Satisfacción de ser enfermera y estar en la UCI.	1
				Sentir el reconocimiento.	2
				Te sientes bien.	2
				Reflexión sobre la acción	1
				Si los resultados no son correctos, ser capaz de reconocerlo en bien del paciente.	1
				Aprendo del paciente.	2
				Aprendo de mis compañeras.	1
				Aprendo de mis errores.	1
				Siempre estoy aprendiendo.	1
		C31	Identidad al rol en la cultura humana y reflexiva	Cuido en todos los sentidos.	1
				Juicio clínico.	1
				Intención de entender al paciente	1
				Reconocimiento de la acción-reflexión	3
				Planteamiento de mejoras	1
				Realización de mejoras	1
				Valoración de las mejoras	1
					40

DOMINIOS (D)		CATEGORÍAS (C)		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D8	Liderazgo en los cuidados	C32	Análisis de los factores que inciden en el clima de la unidad	Mirar al paciente como un todo.	2
				Cuidar de manera natural.	1
				No se crea dependencia en el paciente.	1
				Cuidado integral.	1
				Cuidado individualizado.	1
				Respeto a la persona.	1
				Clima unidad:	3
				Mismo objetivo	4

D8			Compañerismo	2
			Ayuda entre compañeras más expertas en un tema determinado	1
			Trabajo en equipo:	4
			Enfermeras	5
			Médicos	4
			Auxiliares	2
			Responsabilidad profesional: corresponsabilidad.	1
			Autoridad.	1
			Formación específica en críticos. Máster Enfermería intensivos.	1
			Responsabilidad de estar siempre al día.	1
			Sesiones formativas.	1
			En el rol de cuidar.	1
			Reconocimiento del paciente.	1
			Reconocimiento de la familia.	1
			Con el equipo enfermeras.	1
			Con el equipo medico.	1
			Dar valor al cuidar en el conjunto de la atención.	1
			Valoración del paciente	1
			Valoración de la familia	1
			Liderazgo participativo y equitativo.	2
			Equidad en el trabajo: Compartir con la supervisora	1
			Equidad en el trabajo: Soporte de la supervisora.	1
			Formar parte de la unidad.	1
			Sentimiento de pertenencia	1
			Se trabaja bien en la unidad.	1
			Ser autónoma.	1
			Ser participativa.	1

D8			Tener iniciativa.	1
			Ser reconocida.	1
			Tener opinión	1
				57

DOMINIOS (D)		CATEGORÍAS (C)		UNIDADES DE SIGNIFICADO	Freq.
D9	Transmisión reflexiva del saber	C33	Evolución del rol profesional	Transmisión del rol y socialización.	42
				Cuando son alumnas del posgrado/máster.	26
				Profesoras del posgrado-máster.	4
				Enfermera referente en las prácticas.	7
				Equipo enfermeras en prácticas.	1
				No eres consciente; necesitas tu tiempo.	1
				Quiere la corrección de la enfermera referente.	1
				Reconocimiento del paciente y de la enfermera referente.	1
				Se dan cuenta de que se trabaja bien en la UCI.	1
				Se trabaja en equipo.	1
				Sensibilidad hacia la persona	4
				Capacidad de integrar proceso transmisión enseñanza-aprendizaje	57
		C34	Transmisión del rol profesional	Coherencia teoría-práctica.	8
				Equipo de enfermeras.	7
				Práctica reflexiva y juicio clínico.	11
				Resolución de problemas.	3
				Las enfermeras.	1
				La supervisora.	1
				Formación continua.	3
Aprendizaje significativo.	1				
Es bidireccional.	1				

D9			Hay una evolución en la transmisión.	1	
			Inseguridad de transmitir al principio, pues tengo que aprender mucho.	2	
			Lo transmites todo.	6	
			Transmites el qué y el cómo.	4	
		C35	Visión del profesional en el proceso de socialización	Algunos alumnos de postgrado han captado la integridad, tienen sensibilidad.	8
				El alumno de postgrado al terminar precisa de su tiempo para responder.	1
				Transmisión por parte del equipo de enfermeras.	8
				Actitud de aprendizaje.	1
				Actitud de enseñar.	2
				Fomentar la independencia de la enfermera novel.	1
				Transmisión a la auxiliar de la forma de cuidar.	1
				Siempre aprendes de tus compañeras.	1
				Trabajo en equipo.	1
				Consecuencias del cuidado humano en el paciente crítico.	3
				Puente entre el médico y la familia.	1
				Aprendes a medida que cuidas.	2
				No se puede separar la tecnología de la humanidad.	4
				Ayuda interior.	3
				La parte humana es más elevada que un 70% de sus curaciones.	3
				Seguridad.	4
				Tienen percepción de mejoría con los cuidados de la enfermera.	4
				Se sienten personas, con capacidad de mejorar.	2
				Consecuencia de la formación específica y de la expertez.	1
			Agradecimiento por la manera de ser tratados.	2	
			Implicar a la familia en el proceso.	4	
			Su participación e interacción me sirve como enfermera.	2	
			Acompañar el proceso al final de la vida.	1	

D9			Ayudar a luchar por su vida.	2
			Ayudas a que vivan el proceso de manera natural.	1
			Intento que esté cómodo	1
			Dar confianza.	2
			Disminuir estrés del paciente.	1
			El enfermo crítico ve a la enfermera.	1
			El feedback te marca lo que necesita la persona.	1
			El lazo o conexión que se establece ayuda mucho al paciente.	1
			La enfermera de referencia da tranquilidad.	1
			La integración técnico-relación hace que el enfermo esté mejor.	1
			Le pides que esté activo en el proceso de su enfermedad.	2
			No se sienten solos.	2
			Reconocimiento del paciente y familia por los cuidados dados.	2
			Respeto las decisiones del paciente.	1
			Se dan cuenta de todo.	1
			Se establece un lazo de unión positivo para el paciente, enfermera, equipo.	3
			Se siente acompañado en su proceso.	1
			Se siente bien con los cuidados que da.	3
			Sienten que los cuidados enfermeros les ayudan a seguir adelante.	2
			También notas la relación que se establece con la familia.	2
			Te refuerza en tu trabajo saber que el paciente te reconoce.	2
		Toman decisiones en los aspectos que no son de riesgo vital.	2	
				290

