

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

CUIDADOS ENFERMEROS INTEGRALES EN EL HOSPITAL

Autor principal MIGUEL VILCHEZ ALONSO

CoAutor 1 MARÍA DOLORES CAZALLA CADENAS

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabras clave Atención Integral de Salud Personal de Enfermería hospital,pensamiento Práctica Profesional

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Introducción: El componente integral es algo admitido en la práctica habitual de las enfermeras pero, ¿hacen las enfermeras realmente una práctica integral?

Objetivos: Analizar 1) la identidad profesional auto-percibida; 2) la racionalidad manejada; y 3) las habilidades relacionales poseídas por las enfermeras.

Métodos y materiales: Estudio etnográfico realizado en un hospital de tercer nivel. Información recogida mediante grupos focales, entrevistas individuales (a 7 enfermeras) y observación participante rememorada. Se ha realizado un análisis de contenido y un análisis situacional del discurso.

Resultados: Las categorías extraídas del análisis del discurso han sido: 1) El cuidado, una cuestión de tiempo; 2) Enfermería humanista vs enfermería científico-técnica; 3) El vocabulario: la cosificación de la persona; 4) Diálogos emotivos: la bidireccionalidad; 5) Empatía: algo innato o algo aprendido; 6) El fetiche de la responsabilidad; 7) Las relaciones profesionales y el poder; 8) La mercantilización de la salud: objetivos institucionales-productividad.

Discusión y Conclusiones: Las enfermeras reconocen en su identidad profesional tanto la faceta técnica como la humanística. No obstante, la faceta humana aparece como algo "natural". Respecto a la racionalidad utilizada, la reflexión (hermenéutica) no es tan siquiera percibida como forma de conocimiento. Respecto a las habilidades relacionales, las enfermeras reconocen poseer sensibilidad emocional que, además, entrenan para posibilitar su ejercicio práctico.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

El componente integral es algo admitido en la práctica habitual de las enfermeras pero, ¿en qué se concreta esa obviedad según la cual las enfermeras hacen una práctica integral en el campo de la salud?

La sospecha de que lo obvio no es real nace del conocimiento de la realidad laboral de las enfermeras y justifica una actitud crítica que encuentra divergencias entre la práctica profesional médica y la definición institucional de salud: Si diéramos por hecho el discurso acerca de la salud que, desde la definición de la misma por la OMS, en 1947, reconoce los aspectos psicológico y social como componentes de ella, tendríamos que reconocer un cambio de la práctica profesional en el campo de la salud, sin embargo, la efectividad de este cambio no está clara.

Es cierto que las múltiples perspectivas de muchas disciplinas han ido cambiando desde entonces los conceptos de salud y de enfermedad hacia una mayor complejidad; enriqueciéndose, acomodando en su construcción no sólo la biología, sino también el papel de la mente, el entorno, la cultura, el rol social, la espiritualidad, etc; y, en consecuencia, modificando el foco de atención desde el cuidado al cuerpo al cuidado en la experiencia de la salud-enfermedad.

En el campo de la Enfermería, esta conceptualización más amplia, más abierta y más individual de la salud y el cuidado tuvo una acogida especial, siendo utilizada para construir las bases de una disciplina todavía incipiente. Fue entonces, hace ya más de cinco décadas, cuando diferentes autoras recogen y apuntan, en su definición de los cuidados, conceptos holísticos como auto-cuidado, auto-conocimiento, atención al entorno, presencia, capital social, etc.; proponiendo para las enfermeras una práctica integral.

Hoy dicho concepto continúa presente. Además, el desarrollo disciplinar y profesional lo ha hecho tangible, de modo que podemos encontrar un descriptor de la National Library of Medicine (NLM) Holistic Nursing que recoge artículos científicos que garantizan su existencia; aunque es cierto que este término parece hacer referencia a un tipo de enfermería más que a un carácter esencial de la misma.

Este Mesh (descriptor) define la Enfermería Holística como aquella filosofía para la práctica enfermera que tiene en cuenta el cuidado total del paciente, considerando las necesidades físicas, emocionales, sociales, económicas y espirituales, su respuesta a sus enfermedades y el efecto de la enfermedad sobre las capacidades del paciente para satisfacer sus necesidades de autocuidado (Pubmed). La concreta, por tanto, en una definición que destaca el carácter complejo del concepto salud y el carácter propio de las formas de respuesta a la enfermedad. Dos elementos que serán centrales en nuestro análisis.

No obstante, tenemos que reconocer que la idea que podemos obtener de lo que es la Enfermería, después de leer esta definición, choca (muy posiblemente) con una práctica enfermera que nada tiene que ver con dicha descripción científica. El discurso formal y la práctica no coinciden, es algo innegable; pero, la cuestión es por qué.

Para responder a esta cuestión vamos a seguir una secuencia de enunciados en los que vamos a intentar desgranar las razones que, según entendemos, están en la base de esta divergencia y que serán abordadas en el trabajo de campo que sustenta esta investigación; y vamos a hacerlo partiendo de la práctica.

Respecto a los objetivos del trabajo, se concretan en los siguientes: describir y analizar 1) la identidad profesional auto-percibida de las enfermeras; 2) la racionalidad manejada; y 3) las habilidades relacionales poseídas por las enfermeras de un hospital de tercer nivel de la CA andaluza.

» DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.

Se trata de un estudio cualitativo de corte etnográfico realizado en un hospital de tercer nivel de la CA andaluza.

Los participantes en el estudio han sido personas que reúnen dos criterios básicos: 1) conocer la filosofía y despliegue operativo de los cuidados integrales en el hospital; y 2) encontrarse actualmente desarrollando un trabajo asistencial.

Los primeros meses se centraron lecturas y búsqueda de información bibliográfica específica, y los tres últimos meses se desarrolló el trabajo de campo

Para la recogida de información se han realizado entrevistas en profundidad, tanto en su modalidad de grupo focal como en la de entrevistas individuales; habiendo sido desarrolladas en dos momentos:

1. un primer momento, en grupo, con un guión desarrollado a partir de la lectura de las referencias manejadas y mi propia experiencia personal; y 2. posteriormente, de forma individual. Para estas entrevistas, el guión fue elaborado con las categorías que habían emergido del estudio de la transcripción de los diálogos en el grupo focal.

El uso de ambos métodos tiene como finalidad triangular la información obtenida a través de cada uno de ellos, de forma que podamos garantizar la validez de los resultados y conclusiones aportadas.

Junto a esta técnica he empleado otra propia del campo de la Antropología Social, la observación participante rememorada

El proceso de análisis, tras la transcripción de las entrevistas ha consistido en:

1. El Análisis de contenido

- Selección de los elementos diacríticos tras la lectura de las transcripciones.

- Transformación en unidades de texto (líneas gráficas en las que se descompone el texto).

- Definición de las categorías de análisis. Emergidas del análisis del grupo focal.

- Asignación de las unidades de texto a las categorías. La asignación de las unidades de texto a cada categoría de análisis se ha realizado mediante un proceso de triangulación con otros investigadores para garantizar la fiabilidad de este proceso.

-Triangulación de categorías, redefinición de categorías (en su caso) y construcción de las categorías definitivas

2. Análisis situacional del discurso: cómo y con qué intención lo dicen.

- Se han identificado los fragmentos del texto que hacen referencia a cada una de las categorías de análisis.

- Se han agrupado los textos referidos a cada categoría.

- Se han analizado las opiniones referidas a cada categoría.

Los resultados obtenidos se han sometido a un proceso de contraste y triangulación con otros investigadores con objeto de garantizar la fiabilidad del método y la validez de los resultados.

» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

Las categorías extraídas del análisis del discurso han sido: 1) El cuidado, una cuestión de tiempo; 2) Enfermería humanista vs enfermería científico-técnica; 3) El vocabulario: la cosificación de la persona; 4) Diálogos emotivos: la bidireccionalidad; 5) Empatía: algo innato o algo aprendido; 6) El fetiche de la responsabilidad; 7) Las relaciones profesionales y el poder; 8) La mercantilización de la salud: objetivos institucionales-productividad.

Después de seleccionar y analizar el discurso de los participantes, expondremos las conclusiones extraídas teniendo en cuenta: 1) los objetivos planteados; y 2) los juicios de partida.

Respecto a la necesidad de hacerse cargo de la propia identidad.

Las enfermeras reconocen en su identidad profesional tanto la faceta técnica como la faceta humanística. No obstante, en esta identificación de ambas, podemos diferenciar matices.

Desarrollar la faceta técnica es calificado como más fácil que desarrollar la faceta humanística; y se exponen diferentes razones. Porque nos hemos formado en ello; porque la sociedad sacraliza la tecnología; porque está legitimada, si no lo haces esta penalizado; porque se reconoce que evita implicarse en los problemas del paciente, yo es que me pongo el escudo porque yo me quiero proteger; etc.

La faceta humana, en cambio, aparece como algo implícito en la atención; y algo que se asocia más con el carácter de cada enfermera, el que no es empático de por sí tiene que hacer un esfuerzo, es un cambio en su carácter. Permanece por tanto, por tradición, dentro del campo de los valores profesionales.

La faceta humana, instrumentalizada en unas taxonomías clínicas y un ordenador, aparece en el discurso como una opción, yo es que soy enfermera de técnicas. Lo que ha sido, siempre, reconocido como parte esencial de la Enfermería (aunque no el campo del conocimiento, sino en el campo de los valores) se transforma, de este modo, en un tipo de acto profesional que puedo o no desarrollar.

Esta materialización de la faceta humana ha supuesto, por tanto, una separación errónea de la Enfermería en tipos de enfermera.

Respecto a la necesidad de adquirir habilidades relacionales.

Es una necesidad sentida. Se reconoce la empatía como algo innato, pero, a la vez moldeable (se puede uno adiestrar en este tema); que es necesario perfeccionar para trabajar los aspectos emocionales del paciente. Unos aspectos emocionales que requieren un cuidado especial que, muchas veces, resulta difícil realizar, de hecho, ahora que estoy de mañana una de ellas me ha dicho ¿Por qué no propones que haya un psicólogo en la unidad para cuando tenemos rachas malas nos apoye?.

Pero, además, es una necesidad en vías de solución. Se identifica estas habilidades con las técnicas de comunicación que se están trabajando en los cursos de formación interna; aunque se reconoce la dificultad de llevarlas a la práctica, lo que pasa es que llegas después a la planta y se te olvida ponerlo en práctica; o las pones dos días y después te cansas.

Su identificación (como una necesidad de formación) no supone, pues, un problema. Algo diferente, aunque no vamos a entrar en ello, es cómo posibilitar su ejercicio práctico (quizás, el verdadero problema).

La necesidad de cuestionar la propia racionalidad

Es un elemento clave del discurso. La racionalidad técnica es la única forma consciente de acercamiento a la realidad. Aunque aparecen referencias hermenéuticas, como lo que es vivir la leucemia, lo pongo yo sobre la mesa, no eres tú el que la conoce, tú te conocerás los libros, todo lo que diga el libro de medicina interna [], la reflexión (hermenéutica) no es tan siquiera percibida como forma de conocimiento.

Quizás sea esta primacía de la racionalidad técnica, utilizada también para acercarse a la enfermedad vivida, la que dificulta realizar unos cuidados emocionales de forma coherente.

En cualquier caso, no se trata de cambiar una racionalidad técnica por una comprensión hermenéutica de modo general, sino de identificar aquella (la racionalidad técnica) con los aspectos objetivos de la enfermedad, a la vez que se desarrolla la comprensión hermenéutica para acercarse a la parte vivencial de la enfermedad.

De este modo, entendiendo que la parte vivencial no puede ser abordada desde la racionalidad técnica, quizás: 1) el contexto institucional deje de exigir números para garantizar que se están cuidando los aspectos emocionales; 2) la profesión se replantee el uso de los lenguajes taxonómicos y las relaciones (informáticas) predeterminadas entre los elementos de los mismos como método de trabajo; o 3) la disciplina encuentre en la práctica el hueco que sus teorías no hallaban.

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La visión integral del cuidado añade seguridad a la atención, pues hace que no olvidemos la necesaria interacción que se produce entre las diferentes necesidades de las personas. De esta forma, nos previene de los peligros de la fragmentación de la atención. Además, reduce los problemas derivados de una interacción y una comunicación con el paciente que, en muchos casos, se ha visto mermada por visiones excesivamente tecnologicistas.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Los argumentos incluidos hasta el momento en estas conclusiones no pretenden ser enunciados generalizables. Estos resultados, y esta interpretación, no son sino el fruto de un estudio local y como tal debe entenderse. Su aplicabilidad no está, por tanto, sino en dicho ámbito de estudio.

La sugerencia final, de este modo, es: continuar. Es decir, las ideas recogidas en este estudio no pretenden ser sino la base de una futura continuidad de proyectos que, partiendo de la comprensión de hoy, permita mejorar el proyecto siguiente.

Quizás su análisis permita recuperar el sentido perdido que parece emerger en el discurso profesional de las enfermeras.

No es posible que, algo que en cierto modo siempre ha estado presente, pida brotar de un modo tan difícil que ni las propias enfermeras se reconozcan en él. No es posible convertir en una opción lo que debe ser (y así ha sido) esencia de la Enfermería (el cuidado integral).

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Kinsella EA. Technical rationality in Schön's reflective practice: dichotomous or non-dualistic epistemological position. *Nurs Philos.* 2007 Apr;8(2):102-13.
2. Lagadec AM. An analysis of professional practice as a means to enhance one's skills: theoretical basis, actual process and associated limitations. *Rech Soins Infirm.* 2009 Jun;(97):4-22.
3. Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería. Barcelona: SPU; 2006
4. Traynor M. Humanism and its critiques in nursing research literature. *J Adv Nurs.* 2009 Jul;65(7):1560-7.
5. Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ. Professional communication competences of nurses -a review of current practice and educational problems-. *Ann Agric Environ Med.* 2013; 20(1):183-8.