

FORMACIÓN EN VALORES PROFESIONALES: ¿UNA NECESIDAD EN EL MARCO DE LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?

Marisa Martín Ferreres

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

FORMACIÓN EN VALORES PROFESIONALES: ¿UNA NECESIDAD EN EL MARCO DE LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?

Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería

Autor: Marisa Martín Ferreres

Director: M^a Dolores Bardallo Porras

Fecha de presentación: 25/09/2013

Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya.

A mi Familia

***Sin su sacrificio, apoyo,
cariño y paciencia, nunca lo
hubiera conseguido***

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora, Lola Bardallo, la dedicación, profesionalidad, cariño y paciencia, que me ha demostrado en estos dos años, durante los que ha sabido enseñarme y no dejar que me desmoralizara.

Agradecer a la Dirección de Enfermería de mi institución, me haya dado la oportunidad de asistir a la Universidad, para la realización de este Máster.

A todos los profesores y compañeros del Máster, de los que he aprendido tantas cosas, muchas de las cuales han sido de gran ayuda para la elaboración de esta Tesina.

A todas las personas que han colaborado conmigo, facilitándome planes de formación continuada de distintas instituciones hospitalarias, en los que me he apoyado para construir este proyecto.

Y por último, pero no por ello menos importante, a toda mi Familia:

A mi marido Rafael, sin su empujón nunca me hubiera animado a cursar el Máster, por su apoyo y sacrificio.

A mi hijo Rafa, por sus buenos momentos de compañía y por sus piezas de piano que me han levantado el ánimo tantas veces.

A mis hijas María y Ana, a las que he obligado a crecer deprisa con mis ausencias y a las que debo recompensar por su inestimable ayuda y cariño.

Y a mis padres, por haber sido pacientes con mis ausencias y haberme apoyado siempre en todas las facetas de mi vida.

ÍNDICE

Resumen	pág. i
Índice de Tablas	pág. ii
Abreviaturas	pág. iii
Introducción	pág. 1
Historia del cuidado	
Valores Humanos	
Valores y Humanización	
Valores profesionales y educación	
Perspectiva de los pacientes	
Necesidad de formación de los profesionales de Enfermería	
Marco teórico	pág. 20
Modelo Humanista, Jean Watson	
Valores profesionales	
Justificación del Estudio	pág. 28
Pregunta de Investigación	pág. 29
Hipótesis y Objetivos	pág. 29
Generales	
Específicos	
Metodología	pág. 30
Diseño	
Población	
Muestra	
Criterios inclusión	
Criterios exclusión	
Variables	
Instrumentos y técnicas de recogida de datos	
Análisis de datos	
Consideraciones éticas	
Criterios de Rigor	
Limitaciones	
Implicaciones para la práctica	
Cronograma	
Bibliografía	pág. 47
Anexos	pág. iv

RESUMEN

El Cuidado ha evolucionado a lo largo de la historia y cambiado su significado paralelamente a los cambios sociales que han influido en cada una de sus etapas.

Así mismo, ha sido motivo de estudio por parte de antropólogos, filósofos, sociólogos y teóricas de la enfermería, algunos de los cuales han destacado principalmente la parte humana que caracteriza al cuidado.

Esta parte humana del cuidado adquiere en la actualidad una gran relevancia, motivada por el aumento del consumo de la alta tecnología y por la crisis en la que se encuentra inmersa la población, las cuales han originado un cambio de valores en la sociedad actual.

Teniendo en cuenta que el aprendizaje de los valores se inicia en la niñez, pero que su práctica debe tener lugar a lo largo de toda la vida, la enfermería, como disciplina cuya práctica tiene como base los valores humanos, no debe olvidar formarlos, practicarlos y mejorarlos a lo largo de la vida profesional.

Si se centra la mirada del cuidado en la teoría de Jean Watson, ésta confirma en sus dimensiones del cuidado, la importancia tanto de procurar a los pacientes un cuidado humanizado fundamentado en valores, como la importancia de formarse continuamente a lo largo de los años de desempeño de la profesión.

Este estudio tiene por objetivos explorar la percepción de la práctica del cuidado, por parte de profesionales y pacientes y valorar la conveniencia de incluir formación específica en valores profesionales en los planes de formación continuada de las instituciones de salud para ofrecer un cuidado humano de calidad.

Diseño: estudio Cualitativo Multicéntrico de corte Etnográfico.

Muestreo: no probabilístico, intencional y de conveniencia, hasta la saturación teórica de datos.

Recogida de datos: a través de observación participante y entrevistas en profundidad.

El **análisis de los datos** se realizará a través de la descripción, análisis e interpretación de los datos obtenidos, a través del método de Análisis de contenido.

Palabras Clave: Cuidado, Valores Profesionales, Formación Continuada

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	pág. 19
Tabla 2	pág. 26

ABREVIATURAS

AACN	American Association of College of Nursing
ANA	American Nurses Association
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
ECN	European Council of Nursing
FEPI	European Federation of Nursing Regulators
NLN	National League for Nursing
NPVS	Nursing Professional Values Scale
NPVS-R	Nursing Professional Values Scale Revised

1. INTRODUCCIÓN

Los valores se pueden definir como ideales y creencias que los individuos y grupos sociales mantienen (Altun, 2002; Glen, 1999), y que se reflejan en actitudes individuales. Se empiezan a adquirir durante la niñez, pero no únicamente, ya que se aprenden a lo largo de toda la vida. Este aprendizaje y su desarrollo se realiza de forma gradual a través de la influencia de la cultura, la familia, la religión, la sociedad y la raza (Blais, Hayes, Kozier y Erb, 2006) y puede ocurrir a través de la observación o desde la enseñanza (Leners, Roehrs y Piccone, 2006).

Es en el acto de tomar una decisión, cuando la persona tiene la oportunidad de mostrar aquello que ha aprendido y en lo que cree. Este comportamiento viene determinado por los valores aprendidos (Leners, Roehrs y Piccone, 2006).

En el marco de una profesión, se identifican los valores profesionales, siendo definidos por numerosos autores y organizaciones (Altun, 2002; American Association of College of Nursing, 1986; Glen, 1999; Martin, Yarbrough y Alfred, 2003), como estándares de acción que son representativos de un grupo profesional, los cuales marcan un determinado comportamiento y le confieren un valor a la profesión.

Para los profesionales de enfermería, los valores profesionales, determinan el desarrollo moral de los profesionales y marcan las bases para un cuidado orientado desde la ética (Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, 2010). Conocer y asimilar estos valores por parte de los estudiantes, se considera de importancia para el futuro de la enfermería puesto que afectarán a las decisiones que tomen a cerca del cuidado de las personas (Weis y Schank, 2000).

Distintas organizaciones a nivel internacional (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería, 1988; American Nurses Association, 2001; Consejo Internacional de Enfermeras, 2005; American Association of Colleges of Nursing, 1986), recogen estos valores profesionales como las bases del cuidado a nivel profesional.

Si queda clara la importancia que adquieren los valores dentro de la práctica enfermera, así como la posibilidad de formarlos, sorprende que la literatura únicamente recoja esta necesidad de formar en valores, dentro de las guías docentes de las universidades o en estudios llevados a cabo en distintos países (Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, 2010), sobre la importancia de educar en valores profesionales a los estudiantes de enfermería, no encontrándose estudios que hablen acerca de valorar si existe necesidad de formación continuada en valores a los profesionales. A pesar que los valores se aprenden y se consolidan con la práctica, es fácil caer en el desuso de éstos como consecuencia o con el pretexto de la falta de tiempo o de recursos tanto materiales como humanos, tan comunes en la situación actual de la profesión.

A través de la revisión de la literatura a cerca de la historia de la enfermería (Hernández Conesa, 1995; García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001), se puede encontrar un constructo común a toda ella, el Cuidado, el cual se sitúa como principal protagonista de la práctica enfermera, obteniendo un valor y significado diferente según la evolución de la sociedad en sí misma (García Martín-Caro y Martínez Martín 2001).

Una de las etapas dentro de la historia de la enfermería, la tecnológica, teniendo como punto de partida la Revolución Industrial, marcó un nuevo modo de entender y estudiar el cuidado, dándole un significado y una relevancia distinta de la que había tenido hasta ese momento. Si hasta ese momento la sociedad esperaba de las enfermeras una actitud maternal, es a partir de la etapa Técnica de los cuidados, cuando la profesión se desarrolla al amparo de la medicina. Esto produce un cambio en el modo de cuidar, puesto que se da más importancia a la especialización en técnicas curativas que a la atención personal de los pacientes, lo que implica que pasan a adquirir mayor importancia tareas como la toma de constantes vitales, las técnicas de las curas o la administración de medicamentos (García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001; Marriner Tomei y Alligood, 2007).

Coincidiendo con el auge del uso de la alta tecnología, y a su vez como consecuencia de este, se inicia la aparición de teorías de enfermería humanistas como las de Lenninger o Watson (Marriner Tomei y Alligood, 2007), que

recuperan la necesidad y la importancia de un cuidado humanizado, teniendo en cuenta la ética y los valores para ofrecer un cuidado de calidad a las personas.

La propia Watson (Marriner Tomei y Alligood, 2007)) enfatiza tanto los valores del cuidado como la necesidad de formarse por parte de los profesionales de enfermería, los cuales, están obligados a aplicar con la mayor calidad, la tecnología utilizada durante sus cuidados, pero sin que en ningún momento se deje de lado, la parte humana que interviene durante la interacción con las personas. Esta parte humana se encuentra íntimamente ligada a los valores.

Para concretar la situación actual de la oferta de formación, durante el ejercicio de la profesión, se han revisado los planes de formación continuada, de los años 2012 y 2013, que ofrecen 13 hospitales repartidos por el territorio español a sus profesionales. El análisis de estos planes, pone de manifiesto que dentro del marco de la formación continuada ofertada por las propias instituciones hospitalarias, no es fácil encontrar formación específica para enfermería, que recuerde la importancia del Cuidado Humanizado a través de los valores profesionales, siendo predominante la formación de tipo biomédico.

Este estudio pretende explorar el modo en que cuidan los profesionales y si se ajustan a los valores profesionales, ya descritos por diferentes organizaciones como el Altruismo, la Empatía, la Libertad o el Respeto a la Dignidad Humana entre otros (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería, 1988; American Nurses Association, 2001; Consejo Internacional de Enfermeras, 2005; American Association of Colleges of Nursing, 1986). De este modo, se podrá valorar si existe la necesidad de incluir dentro de los planes de formación continuada de las instituciones sanitarias, la formación en valores profesionales, con la finalidad de ofrecer a las personas un cuidado de calidad y obtener como consecuencia un aumento en la satisfacción del cuidado percibido por las personas cuidadas.

1.1 Historia del Cuidado

Para encontrar el origen del cuidado, es necesario remontar hasta el origen de la historia de la humanidad. Desde entonces ya se encuentran muestras evidentes de la preocupación por el cuidado del cuerpo por las distintas civilizaciones. Mientras que para unas, se asociaba el cuidado a un estado de salud y felicidad, para otras obtenía un significado de armonía y vida saludable (Martins, 2008).

Por tanto el cuidado forma parte de la humanidad desde el principio de los tiempos, como una necesidad, tanto del cuidar como del ser cuidado (Arenas, 2006).

La importancia de incorporar valores a la práctica del cuidado, responde por una parte a la naturaleza antropológica del cuidado, y por otra parte a la consideración de Ciencia práctica atribuida a la Enfermería (Bardallo, 2010).

El estudio del cuidado se ha llevado a cabo a través de distintas perspectivas siendo la filosófica una de las que más importancia ha adquirido. No se puede hablar del cuidado como algo ajeno a los seres humanos, sino que el hombre forma parte de él y le da sentido a su existencia (Ramió Jofre, 2005).

Es a través del estudio del concepto del cuidado, que se sabe que éste pasó por distintas fases.

García Martín-Caro y Martínez Martín (2001), estudiaron las diferentes etapas por las que ha pasado el cuidado enfermero, basándose en la clasificación ya definida por Collière:

- Etapa **doméstica**, caracterizada por ser la mujer desde el hogar la responsable del cuidado. Este cuidado se distingue por estar encaminado hacia el mantenimiento de la vida, haciendo frente a las adversidades del contexto, procurando una vida más agradable con la ayuda de la higiene, la alimentación y el vestido, contempladas hoy en día dentro de las llamadas necesidades básicas de cuidado. Esta etapa cuidadora se encuentra reflejada en los papiros, que son los primeros documentos escritos por la humanidad (Hernández Conesa, 1995). El de Ebers (1550 a.C.) es junto el

de Hearst (1550 a.C.), Ramesseum (1950 a.C.) y el de Smith (1500 a.C.), uno de los más conocidos.

- Etapa **vocacional**, surge a partir de la aparición del Cristianismo hasta el final de la Edad Moderna y le da un nuevo valor al cuidado. Un valor espiritual, puesto que surge la idea de enfermedad y sufrimiento como Gracia del Todopoderoso, la enfermedad como sanadora del alma a través del sacrificio (Hernández Conesa, 1995). De esta idea surge un concepto de cuidado relacionado con las actitudes a mostrar y mantener durante la acción del cuidado. Aparece la idea de mujer consagrada (Collière, 1993) que basa el cuidado en la oración y la dedicación a los demás. Durante esta etapa no se precisan conocimientos teóricos para el ejercicio del cuidado, puesto que los procedimientos que se llevaban a cabo eran muy simples, únicamente se requería formación religiosa. Lo importante eran las actitudes hacia los enfermos y necesitados
- Etapa **tecnológica**, se inicia lentamente desde el Renacimiento. La medicina centra su conocimiento en la búsqueda de las causas que producen las enfermedades y el modo de tratarlas. Centra su paradigma en "la salud como ausencia de enfermedad". A su vez se produjo un incremento de la tecnología y el instrumental utilizado, acrecentando la complejidad de los cuidados. Esto conlleva la necesidad de delegar por parte de los médicos funciones que hasta la fecha habían desempeñado ellos mismos. La necesidad de unos cuidados más especializados, marcaron el inicio de la profesionalización de los cuidados de enfermería, que a su vez tienen como referente a Florence Nightingale.
- Etapa **profesional**, durante esta etapa, que en España adquiere una mayor relevancia durante la segunda mitad del siglo XX con la aparición de los ATS, surge un nuevo concepto de salud, y deja de ser "la ausencia de enfermedad" para pasar a ser "el equilibrio entre los individuos y su ambiente". Este nuevo concepto implica la intervención de equipos multidisciplinares para la atención de los individuos. Se inicia la utilización

de metodología científica para el desarrollo de la profesión y deja de lado el empirismo reinante hasta ese momento.

Es durante la etapa tecnológica, que se inicia al amparo de la Revolución Industrial, en la que la Medicina y por consiguiente la Enfermería (como profesión que durante muchos años ha desempeñado un rol dependiente del médico), se han visto afectadas con mayor intensidad por los acontecimientos históricos que han influido en la sociedad.

Durante este periodo de auge tecnológico, nuevas tecnologías se han incorporado en el ámbito sanitario tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Se ha dado una mayor importancia a los medios que se han utilizado para diagnosticar y curar, que al modo en que se ha percibido el cuidado por parte de los pacientes, así como al modo de llevarlo a la práctica por parte de los profesionales, llegando a olvidar que en determinadas ocasiones las palabras ayudan donde las medicinas fallan (Szceklík, 2010).

1.2 Valores Humanos

Tal como dice Watson, los valores se aprenden a la largo de la vida, empezando en la niñez. Éstos hacen que las personas tengan o se comporten de una manera u otra a la hora de relacionarse con los demás, bien sea en el ámbito personal o en el laboral.

Los valores humanos se pueden clasificar en:

- Los que son comunes a todos los seres humanos por el hecho de ser personas como la igualdad, la justicia o la solidaridad entre otros: valores morales
- Los que están directamente relacionados con la profesión como la empatía, la responsabilidad o la compasión: valores profesionales

Lo que se entienda por valor será lo que determinará, en gran medida, cómo se enseña y se evalúa.

El concepto de valor y su significado se ha estudiado desde distintas perspectivas (Ramió Jofre, 2005):

- Desde un concepto humanista, se conoce como aquello que hace que una persona sea como es y que hace que no pierda la humanidad, es decir la práctica de los valores desarrolla la humanidad en las personas.
- Desde un punto de vista educativo, los valores son considerados como referentes, es decir pautas que determinan u orientan el comportamiento humano. Por tanto son entendidos los valores como guías que ofrecen una orientación en la conducta y la vida de las personas, bien sean entendidas como individuos o contempladas como grupo social.

1.3 Valores y Humanización del Cuidado

La utilización creciente de la alta tecnología, el culto al consumo y el énfasis por lo inmediato, conlleva en sí mismo a que las relaciones humanas se deterioren, y provoquen que no se vea al paciente como ser integral y centro de atención, que es el modo en que la enfermería debería contemplar al ser humano (Cañadas Núñez, 2005). Este deterioro de las relaciones humanas, es el que puede llevar a una progresiva situación de deshumanización.

Según Brera (2004) la deshumanización se entiende como una posibilidad humana que puede afectar a cualquier esfera, bien sea social, artística o científica. De este modo las ciencias también pueden deshumanizarse, lo que se define como "...un trato que se encuentra por debajo del respeto y la atención debidos a la dignidad humana, debido a la finalidad o al uso que hacemos los humanos de esta ciencia...".

Todres, Galvin y Dahlberg (2007), identifican la especialización en tecnologías por parte de los profesionales de enfermería, como una mejora de la práctica, pero que a su vez, los aleja de las dimensiones humanas del cuidado. Definen la deshumanización como la mala utilización de la tecnología, sobreponiendo a ésta por encima de la dimensión humana.

Por tanto, es comprensible que a pesar de toda la tecnología que se aplica hoy en día, la cual ha mejorado la calidad en los tratamientos, se pueda observar una cierta insatisfacción por parte de los usuarios de la salud, aumentando cada vez más la demanda de un cuidado más humanizado, un cuidado en el que se trate al paciente por lo que es en sí, no por la situación de enfermedad en la que se encuentre en un determinado momento (Hospital Ibáñez, 2004).

También, desde el entramado sanitario actual, así como desde la responsabilidad asistencial que posee el profesional de enfermería, se ha evidenciado una fuerte necesidad de humanización de la asistencia a través del diálogo, el consenso, la adopción de valores y principios éticos y la evidencia científica que se encuentra al alcance de los profesionales de enfermería (Falcó Peguerols, 2005).

Arredondo-González (2009) recoge que es desde la posición de gestora, desde la que corresponde contribuir a humanizar la asistencia principalmente. A pesar de ello los profesionales y en cierta medida a los pacientes, debido a que los tres son responsables del funcionamiento del sistema sanitario, también deben contribuir.

Si se habla de tomar parte activa y empezar a dar pasos hacia la humanización de los cuidados de enfermería, se deberían analizar qué cambios son necesarios y el modo de llevarlos a cabo para que éstos sean efectivos.

Partiendo de este punto, es necesario destacar que a pesar del fuerte peso que posee la dimensión tecnológica dentro de la enfermería, ésta no se vale por sí sola y necesita ser reforzada a través de la valoración de la naturaleza humana, aportando sentido a la tecnología y su uso mediante la ética (Arone y Cunha, 2007), por lo que se considera necesario establecer una constante interacción entre tecnología y humanismo.

Se podría definir por tanto la humanización, como el proceso de transformación de la cultura social que necesita reconocer y valorizar los aspectos subjetivos, históricos y socioculturales tanto de los clientes como de los profesionales, con la finalidad de mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de la asistencia prestada, mediante la integración de los valores humanos y los científicos (Backes, Lunardi y Lunardi, 2006). Para conseguir esta integración, hay que

destacar la importancia del significado de los valores y principios en que debemos basar la práctica de los profesionales con la finalidad de descubrir los valores que son característicos dentro del proceso de humanización.

Watson (1985) refleja la necesidad de rescatar tanto el aspecto humano y espiritual como el transpersonal del cuidado, ya que ambos integran los procesos del cuidado humano y ayudan a producir crecimiento y cambio.

Este cambio debe comenzar desde la propia organización hospitalaria, puesto que no se podrá considerar humana, si ésta no es capaz de ver cuáles son las necesidades de sus clientes. Un hospital humanizado respeta a la persona, en todas sus dimensiones y se pone al servicio de ella, suministrando una atención de calidad (Backes, Lunardi y Lunardi, 2006). Por tanto, al hablar de persona y atención de calidad, se refuerza la idea del cuidado humanizado.

Collière (1993), así mismo, puso de manifiesto la importancia del modo en que se cuida, siendo para la Enfermería su ideal moral, e implicando a los valores como parte principal del cuidado humano.

A modo de resumen, se puede concretar que el cuidado humanizado es aquel que proporciona el profesional de enfermería cuando presta el cuidado en base a los valores profesionales, a partir de los cuales se pone al servicio de las personas, los conocimientos y los medios profesionales para alcanzar la salud.

1.4 Valores profesionales y educación.

La existencia de distintos organismos que coinciden en la descripción de los valores profesionales (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería, 1988; American Nurses Association (ANA), 2001; Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), 2005; American Association of Colleges of Nursing (AACN), 1986), ofrecen la posibilidad de afirmar que estos valores son universales, estableciendo únicamente diferencias relacionadas con el marco cultural en el que se aplican (Basurto Hoyuelos et al, 2010).

Según la organización que los define, se puede encontrar diferentes clasificaciones. De este modo podemos encontrar que según la AACN (1986), existen unos valores que definen la profesión de enfermería, entre los que se encuentran el Estético, el Altruista, la Igualdad, la Libertad, la Dignidad Humana, la Justicia o la Verdad. Sin embargo la misma AACN (1998) establece cinco de ellos como los esenciales de la profesión y que deben aprenderse durante los años de universidad, estos son: Dignidad Humana, Integridad, Autonomía, Altruismo y Justicia Social. Estos valores esenciales, son los mismos que describe la American Nurses Association (2001).

Sin embargo, a pesar de las diferencias culturales que marcan los valores profesionales en cada país, todos coinciden en que los valores profesionales son estándares de actuación en el conjunto de un grupo profesional y que le proporcionan un marco para la evaluación de su comportamiento (Weis y Schank, 2000).

Estudios recientes, como los llevados a cabo por Rassin en Israel (2008); Lui, Lam, Lee, Chien, Chau, y Ip en Hong Kong (2008); Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, (2010) y Shih, Lin, Smith, Liou, Chiang, Lee y Gau (2009) en Taiwán, o como el de Leners, Roehrs y Piccone en Estados Unidos (2006), ponen de manifiesto el interés por identificar los valores profesionales en las diferentes culturas.

A su vez, muestran la inquietud y el reto existente a nivel internacional, por la educación y la identificación del nivel de adquisición de los valores profesionales, con anterioridad a la finalización de los estudios de enfermería.

Estos estudios ponen de manifiesto también, la preocupación que existe desde las universidades desde dos puntos de vista claramente diferenciados:

Por un lado, la importancia de educar en valores profesionales, tal como explican Fahrenwald, Bassett, Tschetter, Carson, White y Winterboer (2005), Bond, Mandleco y Warnick (2004) y Díaz Flores, Castro Ricalde, y Cuevas Jaimes (2012), desde el ámbito Universitario, resaltando que es desde el seno de la propia universidad dónde los alumnos aprenden a cuidar, mirando por la ética del

cuidado al paciente, a la vez que adquiriendo los conocimientos necesarios para aplicar de un modo correcto los avances de la alta tecnología.

Y por otro, la necesidad de evaluar las acciones formativas específicas en valores profesionales como el estudio llevado a cabo por Falcó Pegueroles y Tomás-Sábado (2004), en el que se demuestra la eficacia de esta formación en el ámbito universitario.

A pesar de que autores como Fetzer (2003) asumen que el nivel de adquisición de valores profesionales por parte de los estudiantes, crece con el número de cursos realizados (dentro de los estudios de Enfermería), estudios como el llevado a cabo por Martín, Yarbrough y Alfred (2003), demuestran que entre los estudiantes existe un nivel de valores muy similar y que es, dentro de la práctica enfermera, donde se produce el incremento y la integración de estos valores (Cragg, Plotnikoff, Hugo y Casey, 2001).

Rubio-Domínguez (2008), desde el ámbito de la educación, recoge las dificultades que presenta formar profesionales que sean capaces de asumir e integrar en su práctica, la complejidad de la tecnología actual con las relaciones interhumanas hacia el paciente y su familia, para ofrecer un cuidado de calidad, puesto que la calidad posee una dimensión humana y otra técnica. Así mismo destaca la necesidad de una educación de enfermería en valores humanos, los cuales se supone tienen como punto de partida una formación sólida.

Si por un lado la sociedad admite un cambio en los valores, reconociendo una superficialidad sobre lo humano, por el otro pone de manifiesto una exigencia en actitudes éticas y humanitarias sobre los profesionales de enfermería que los atiende (Backes, Lunardi y Lunardi, 2006). Es este uno de los motivos por el que se cree conveniente explorar como están cuidando en la actualidad las enfermeras, reflexionar sobre la práctica profesional y poner de manifiesto si se están vulnerando los valores humanos a través del ejercicio de la profesión,

La necesidad de ensalzar los valores profesionales, coincide con la importancia que se da desde las universidades a la educación en valores. A raíz de esta inquietud, en los últimos años surgen numerosos estudios que demuestran la

eficacia de la educación en valores profesionales desde el seno de los estudios universitarios, justificando de este modo las intervenciones educativas concretas que se han llevado a cabo (Falcó Peguerols y Tomas- Sabado, 2004). Hay que destacar que estas intervenciones no se utilizan habitualmente dentro del plan docente de la universidad, sino que únicamente han sido creadas para la realización del estudio.

Con la finalidad de tener una visión actualizada de la importancia que se da en el ámbito universitario español a la formación en valores profesionales, se ha realizado una revisión de las guías docentes de los estudios de Grado en Enfermería, durante el año 2012- 2013, en 15 universidades repartidas por el territorio español. Éstas, muestran la competencia humanística como un objetivo a conseguir, sin presentar programa educativo concreto para su consecución, sino que la proponen como método indirecto. Únicamente se ha encontrado una universidad en Estados Unidos, la Hunter-Bellevue School of Nursing, que propone dicha competencia como una asignatura integrada en el plan de formación de Enfermería (Shaw y Degazon, 2008).

Evaluar el grado de adquisición de estos valores, no resulta sencillo debido a la escasez de instrumentos existentes que recojan la eficacia de las metodologías aplicadas (Basurto Hoyuelos, Fraile, Weis, Urien, Elsdén y Schank, 2010). Se conocen escalas que medían valores humanos en la vida diaria (Garvin, 1976; Garvin y Boyle, 1985) o los valores laborales (Ulrich, 1987).

Únicamente se ha encontrado un instrumento validado que permita conocer el grado de asimilación de los valores profesionales, éste es la Nurses Professional Values Scale (NPVS) (Weis y Schank, 2000), el cual se basa en los valores profesionales que quedan recogidos en el Code of Ethics for Nurses de la American Nurses Association (ANA). Estos valores recogidos en la ANA, son muy similares a los recogidos en el código de ética español (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería, 1988). Según la ANA (2001), los valores profesionales que optimizan el Cuidado son: Altruismo, Autonomía, dignidad Humana, Integridad y Justicia Social. Esta herramienta está constituida por 44 ítems que evalúan cada uno de los valores.

La utilización de esta escala ha permitido tanto la evaluación como la comparación de los valores profesionales antes y después de una actividad educativa (Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, 2010; Fahrenwald, Bassett, Tschetter, Carson, White y Winterboer, 2005) y la comparación del nivel de valores profesionales entre diferentes culturas (Weis y Schank, 2000;). Así mismo ha proporcionado una guía a los docentes en función de las necesidades de formación detectadas.

Lin, Wang, Yarbrough, Alfred, y Martin, (2010), realizaron en Taiwán un estudio cuantitativo, basado en la NPVS, para detectar los cambios producidos en la asimilación de los valores profesionales, antes de ingresar en los estudios de enfermería, así como en los que se tenían al finalizar los estudios. Este estudio longitudinal, se realizó en una muestra de 100 estudiantes, y los resultados obtenidos fueron satisfactorios, demostrando un cambio significativo desde el inicio al final de los estudios de enfermería. A demás reflejó la importancia de formar en valores desde la universidad.

La metodología predominante en los estudios sobre valores profesionales es la cuantitativa, como en el caso del llevado a cabo por Haigh y Johnson (2007), en el que se utiliza una encuesta tipo likert para identificar los valores y actitudes de los educadores. La importancia de este estudio radica en la justificación de los valores que tenga con anterioridad el educador, puesto que ejercerá un tipo de influencia u otra en el aprendizaje de determinados valores por parte del alumno. Por ejemplo, constata que las universidades de tipo religioso dan una mayor relevancia a la formación en valores.

Sin embargo, a pesar de que la mayor parte de estudios revisados son cuantitativos, se debe destacar la idoneidad de los estudios cualitativos, en el estudio de los valores profesionales. Todres, Galvin, y Holloway (2009), justifican esta afirmación argumentando que los estudios cualitativos inciden con mayor énfasis en la humanidad de la práctica del cuidado.

Estudios como el llevado a cabo en la Brigham Young University (Bond, Mandleco y Warnick, 2004), demuestran la posibilidad de valorar cualitativamente los valores profesionales aprendidos a través de los relatos sobre experiencias en la

práctica diaria, expuestos por los alumnos. Estos relatos evidencian la presencia de los valores profesionales en las pautas de actuación de los alumnos a cerca de la Dignidad Humana, La justicia social, la Integridad, el Altruismo y la Autonomía, que son parte de los valores descritos por la American Association of College of Nursing (AACN).

Del mismo modo Shih et al (2009), utilizaron la metodología cualitativa, concretamente a través de la formación de grupos focales, para detectar cuales eran los valores profesionales predominantes en la cultura Taiwanesa. La muestra la formaron profesionales y alumnos. El análisis de los datos obtenidos, mostró que los profesionales son conscientes de sus propios valores y que éstos influyen en su comportamiento, siendo esencial en la práctica del cuidado humanizándolo. Así mismo, pone de manifiesto la necesidad de desarrollar, por parte de los educadores, mejores estrategias para integrar los valores personales con los profesionales.

1.5 Perspectiva de los pacientes

Dada la interacción necesaria que se produce en el acto de cuidar entre el profesional de enfermería y el paciente encaminada a atender sus necesidades, éste se convierte junto al profesional de enfermería en uno de los protagonistas principales del cuidado. Por este motivo, se considera importante profundizar en la percepción del paciente a cerca del cuidado que recibe, así como en conocer el cuidado que éste espera recibir de los profesionales que le atienden.

A raíz del interés surgido por conocer la experiencia del propio paciente, surgen durante la última década numerosos estudios (Findik, Unsar y Sut, 2010; Zhao Akkadechanunt y Xue, 2008; Mira, Galdón, García, Velasco, Lorenzo, Vitaller y Buil, 1999; Palacio Lapuente, Marquet Palomer y Oliver Esteve, 2003; González-Valentín, Padín López, y de Ramón Garrido, 2005; Mira et al, 2002; Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg y Wadensten, 2011), que han orientado sus objetivos a estudiar el cuidado desde la perspectiva del paciente, así como a

evaluar el grado de satisfacción que presentan ante los cuidados recibidos y percibidos.

El abordaje metodológico para descubrir las causas de satisfacción o insatisfacción de los pacientes en el ámbito sanitario se ha llevado a cabo a través de técnicas tanto cualitativas (Mira et al, 2002;) como cuantitativas (Findik, Unsar y Sut, 2010).

Estudios como el llevado a cabo por Findik, Unsar y Sut (2010), resaltan diversos factores relacionados con el grado de satisfacción de los pacientes, destacando los hospitales de gestión privada como los que tienen mayor satisfacción entre los pacientes. No destaca únicamente el tipo de gestión, sino que lo relaciona con características de los pacientes, mostrando diferencias sustanciales en la satisfacción en función del sexo, la edad, el nivel cultural y los ingresos económicos, todos ellos factores ligados al propio paciente; pero, por otro lado explica la existencia de factores externos como los relacionados con la duración del ingreso o el tipo de unidad en la que está ingresado.

En todos los estudios se puede apreciar una nota común, la relación esencial que existe entre el profesional de enfermería y el cuidado que proporciona, con el grado de satisfacción del paciente.

En general se puede concluir que los pacientes están satisfechos de los cuidados de enfermería que reciben (O'Connell, Young y Twigg, 1999; Akin y Erdogan, 2007; Hekkert Cihangir, Kleefstra, Van den Berg y Kool, 2009), siendo indiferente el país en el que se haya llevado a cabo el estudio. Todos reflejan un nivel de satisfacción aceptable. Los pacientes estudiados valoran positivamente (Findik, Unsar y Sut, 2010) tanto el cuidado proporcionado como las habilidades necesarias para proporcionar los cuidados.

Sin embargo otros como el de González-Valentin (2005) ponen de manifiesto la necesidad de modificar el modo y la cantidad de información que proporcionan los profesionales a los pacientes, la cercanía en el trato que proporcionan las enfermeras, expresada fundamentalmente en el conocimiento del nombre de la enfermera que les va a atender.

La expectativa de cuidado manifestada por el paciente, es la que debería marcar tanto el aprendizaje como la práctica dentro de la disciplina enfermera, adecuando constantemente los valores profesionales a las necesidades de la sociedad.

Pero, del mismo modo en que se considera relevante conocer las expectativas y las percepciones de los pacientes, también surgen estudios que ponen de manifiesto aquello que los profesionales de enfermería pueden entender por humanización (Souza, Brêtas, y Matheus, 2009). Estos estudios destacan tanto el desconocimiento por parte de los profesionales sobre el significado del término "humanización", como de la relación de éste con la tecnología y la falta de comunicación entre los profesionales y los pacientes. Pero no únicamente señalan como responsable a la falta de interrelación, sino que también responsabilizan a las propias instituciones hospitalarias por la falta de tiempo y de recursos con los que los profesionales deben desempeñar sus tareas, implicando a las áreas gestoras en la humanización del cuidado.

Los estudios mencionados tienen en común diversos conceptos que, según los profesionales, ayudan a humanizar la enfermería, entre los que se pueden destacar:

- Tratar como a uno mismo le gustaría ser tratado
- Pensar en la persona y no en la enfermedad
- Compromiso con la persona cuidada
- Comunicación interpersonal

Según los artículos mencionados, la percepción de la calidad del cuidado de las enfermeras difiere sustancialmente de la percibida por los pacientes (Zhao Akkadechanunt y Xue, 2008; Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg y Wadensten, 2011). Mientras los profesionales de enfermería ponen sus expectativas y supeditan sus valores de cuidado a la cantidad de personal, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales, los pacientes valoran la competencia y las habilidades técnicas del personal que le atiende.

Sin embargo, hay que destacar en contraposición, otros estudios como el de Daza de Caballero, Torres Pique y Prieto de Romano (2005), en el que sí se evidencia por parte de los pacientes, una necesidad de ser cuidado desde una perspectiva más humana, ya que valoran más el trato que reciben por parte de los estudiantes de enfermería que de los propios profesionales, debido a un distanciamiento entre lo teórico y lo práctico como consecuencia de las vivencias personales en el ámbito hospitalario.

Por tanto se evidencia una necesidad de reorientar el tipo de cuidado en función de las expectativas del paciente para alcanzar un nivel óptimo en la calidad del cuidado percibido por parte de éste, pero incluyendo valores humanos y profesionales que recuperen el sentido del cuidado enfermero.

1.6 Necesidad de Formación de los profesionales de enfermería

Debido a la constante evolución de la tecnología los profesionales se ven en la necesidad de una formación continuada que actualice sus conocimientos y los capacite para la utilización de la tecnología emergente.

Dentro del Código de ética de la profesión de Enfermería (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1988), se contempla la obligación del profesional de enfermería de estar actualizado constantemente así como la de detectar las necesidades de esta formación.

Sin embargo, no es únicamente obligación del profesional estar actualizado, sino que tal como recoge el Real Decreto 395/2007 a cerca de la formación tripartita, las empresas están obligadas a facilitar la formación necesaria a sus trabajadores para el correcto desempeño de sus funciones y proteger los valores de la vida y la salud.

Como dice Medina (1999), es desde el ámbito de la formación, desde el que se debería empezar a cuestionar si la práctica de Enfermería es sólo la aplicación de principios para la resolución de los problemas o por el contrario va mas allá y

precisa de una aplicación más reflexiva de todos los conocimientos adquiridos para la mejora en la aplicación de un cuidado.

Durante los últimos años, la formación se ha centrado básicamente en el desarrollo de habilidades técnicas, de escaso contenido humanista, lo que ha dado lugar a la formación de profesionales con elevado saber científico y gran pericia pero en ocasiones, incapaces de reconocer a la persona enferma en sí misma (Santos Hernández, 2001). Pero tal como ya reconocía Collière (1993), la importancia de los valores en la profesión de enfermería se debe a que es una profesión cuyas claves son los comportamientos y las actitudes necesarias para su desempeño.

De la integración de una buena técnica y la práctica de ésta con valores, surge el cuidado de calidad, y a través de los valores y las actitudes adoptadas por un colectivo surge la identidad profesional (Ramió, 2005), pero no se debe olvidar que son los valores los que están al servicio de la vida y no la vida al servicio de los valores, como parece entenderlos la sociedad de hoy en día.

El análisis de los planes de formación facilitados por distintas instituciones, pone de manifiesto que dentro del marco de la formación continuada ofertada por las propias instituciones hospitalarias, no es fácil encontrar formación específica para enfermería, que recuerde la importancia del Cuidado Humanizado a través de los valores profesionales, siendo predominante la formación de tipo biomédico (Tabla 1).

Esta predominancia de la formación biomédica por encima de la humana, puede ser debida, tal como dicen Fajardo Trasobares y Germán Bes (2004) y Ramió (2005), a que los cuidados técnicos relacionados con los tratamientos médicos adquieren una mayor relevancia y una mayor valoración con respecto a los invisibles, los cuales son esenciales e imprescindibles y son los que desarrollan los profesionales de enfermería.

Tabla 1

<u>Provincias</u>	<u>Planes Revisados</u>	<u>Formación Valores Profesionales</u>
Barcelona	8	2
Tarragona	1	0
Comunidad Madrid	2	0
Andalucía	2	0

Fuente: Elaboración propia

2. MARCO TEÓRICO

Dentro de la disciplina enfermera, los cuidados a las personas y la consideración de éstos como una interacción, han sido un supuesto básico para la profesión (Carbelo Baquero, Romero Llorca, Casas Martínez, Ruiz Ureña y Rodríguez de la Parra, 1997).

Será después de los sesenta del siglo XX, cuando surjan las Teorías humanistas en enfermería, a través de las cuales, se descubre una gran preocupación por parte de las enfermeras por todos los aspectos relacionados con las vertientes humanísticas y filosóficas del cuidado, siendo la concepción humanista la que se centra en la persona, en una visión de ésta como ser integral.

Es a partir de este momento cuando empiezan a aparecer diferentes visiones del significado Cuidar en su versión humanista. De este modo se puede encontrar que según Leininger (1991), cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus convicciones y sus creencias; o que según Watson (1985) no se entienda el cuidado sin tener en cuenta los aspectos espirituales y culturales del ser humano.

Con anterioridad, se ha definido el cuidado humanizado como aquel que proporciona el profesional de enfermería cuando presta el cuidado en base a los valores profesionales, a partir de los cuales se pone al servicio de las personas los conocimientos y los medios profesionales para alcanzar la salud.

Teniendo en cuenta este concepto de Cuidado humanizado del que se parte, el Modelo de J. Watson será el soporte teórico para este estudio. Así mismo, se complementará el marco teórico, con los valores profesionales descritos por la AACN (1986) y las actitudes que se asocian a éstos.

Watson representa a la Escuela del Caring (Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major, 1996), a partir de la que surge una propuesta de un cuidado que sea a la vez humanista y científico, considerando aspectos del ser humano como la espiritualidad y la cultura. Propone como objetivo de los cuidados enfermeros el

de ayudar a conseguir el nivel óptimo de armonía entre el alma, el cuerpo y el espíritu.

2.1 Modelo Humanista, Jean Watson

Según Watson y Foster (2003), es en el momento del cuidado en el que la enfermera y el paciente se encuentran y en el que a través de su interacción se produce el cuidado humano. No se establece como requisito únicamente la interacción con el otro, sino que la enfermera precisa tener conocimientos suficientes para gestionar esta interacción y ofrecer un cuidado de calidad.

Al profundizar en su teoría puede observarse que posee una clara fundamentación en las Teorías humanistas lideradas por Rogers, Maslow y Erikson, basadas en las Ciencias Psicosociales, las cuales se caracterizan por tener como objetivo el crecimiento de la persona y basar sus valores en la libertad personal, la responsabilidad del individuo, la igualdad de oportunidades y la protección del entorno (Marriner Tomei y Alligood, 2007).

El origen de su teoría emergió de la necesidad de dar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado del paciente (Watson, 2006). Los conceptos teóricos derivaron y surgieron de su experiencia profesional y personal, entrelazando sus propios valores, creencias y percepciones acerca de los significados de ser humano o del cuidado.

Watson, afirma que la situación actual de la sociedad, hace necesaria la exaltación del aspecto humano, espiritual y transpersonal de la práctica clínica personalizada en el cuidado realizado por los profesionales de enfermería a sus pacientes (Marriner Tomei y Alligood, 2007).

La Teoría Transpersonal del Cuidado Humano, como es conocida la Teoría de Watson, define diez factores del cuidado (Watson, 2006) en los que el personal de enfermería debe apoyarse para ayudar al paciente en la búsqueda de la salud.

Los factores del cuidado fueron identificados por Watson (2006), como los aspectos esenciales del cuidado en enfermería sin los cuales quizás los

profesionales de enfermería no estarían desempeñando una disciplina profesionalizada. Por tanto estos diez factores ayudan a definir el marco en que se sustentan la disciplina y la profesión enfermera. Suponen un marco a través del cual proporciona al profesional la ayuda necesaria, bien sea a nivel individual o a nivel colectivo, para la preservación de la humanidad. La teoría de Watson, sirve de estructura y fundamento filosófico a la disciplina de la profesión de enfermería (Watson, 2006).

Estos factores son los siguientes:

1. **Formación de un sistema de valores humanistas y altruistas**, de este modo los cuidados se convierten en una práctica amable y le confiere sentido al acto de cuidar. Estos valores se aprenden al principio de la vida, pero pueden verse influenciados a lo largo de ella. Los valores altruistas surgen de la satisfacción de recibir a través de dar, por lo que proporcionan la base del cuidado humano y promueven un cuidado profesional de calidad. Son estos valores los que constituyen el factor básico de la ciencia y la ética del cuidar.
2. **Instilación de fe y esperanza**, que sostienen las creencias tanto del que cuida como del que es cuidado. Es en este punto en el que se precisa volver a los aspectos ancestrales del cuidado explicados anteriormente y en las que el ser humano sustenta sus creencias tanto para la salud como para su curación.
3. **Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás**, considerando clave la relación que se establece con el paciente, para lograr unos buenos resultados en salud. La comunicación entre profesional y paciente es un encuentro persona a persona.
4. **Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza**, de modo que los cuidados sean auténticos y se basen en una confianza mutua. Para ello es preciso que la enfermera vea al paciente como ser humano y no como objeto de sus cuidados.

5. **Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos**, lo cual lleva a cultivar la sensibilidad de uno mismo y los demás , la enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación y ser capaz de establecer la diferencia.
6. **Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones**, por el que el cuidado de enfermería adquiere un carácter científico basándose en un método organizado y sistemático.
7. **Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal**, enlazando enseñanza y aprendizaje como una unidad de ser y con significado. Por tanto los profesionales de enfermería tienen la obligación de prepararse para educar y conseguir la autonomía del paciente.
8. **Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual**, con lo que el bienestar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas ya establecidas en los centros hospitalarios.
9. **Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas**, satisfaciendo las necesidades básicas, procurando un cuidado humano como si el paciente fuera un ser único en todos los aspectos del cuidar.
10. **Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas**, atendiendo a las necesidades espirituales y existenciales de la vida y de la muerte, cuidando tanto el alma del que cuida como la del cuidado. Este último factor nos acerca al fenómeno de lo desconocido, todo aquello que no se puede explicar científicamente.

Por todo ello, el cuidado para la enfermería no es únicamente un procedimiento o una acción sino que se podría definir como un proceso de intercambio entre el profesional y el paciente.

Estas diez dimensiones, en la actualidad, han vuelto a adquirir importancia en los sistemas de salud, en cuanto que el usuario demanda ser respetado y valorado como ser humano, y en el que se evidencia la necesidad que tiene el propio paciente de un cuidado humanizado y ético (Carbelo Baquero, Romero Llor, Casas Martínez, Ruiz Ureña y Rodríguez de la Parra, 1997).

A través de la reflexión de puntos concretos de los factores de la Teoría del Cuidado Transpersonal, se cree conveniente profundizar en los valores profesionales y humanos, así como en la necesidad de procurar o procurarse formación por parte de los profesionales de enfermería, en este ámbito de conocimiento.

2.2 Valores Profesionales

No existe una clasificación única para los valores, sino que a lo largo de la bibliografía estudiada, se pueden encontrar distintos autores (Frondizi, 1972; Rokeach, 1973; Marín Ibañez, 1976) que establecen diferentes modo de jerarquizarlos. Pero, sí existe una característica común a todos ellos, incluyen en sus clasificaciones los valores ético - profesionales.

Los valores son algo subjetivo a los que las personas les damos una determinada importancia en función de la educación recibida y del agrado o no de determinados comportamientos.

La AACN (1986) planteó los siguientes valores como esenciales en la práctica de la enfermería profesional y los definió del siguiente modo:

- La estética: La expresión personal armónica, el interés por las cosas amables.
- El altruismo: El interés por el bien ajeno, aún a costa del bien propio.
- La igualdad: La capacidad para identificarse con los demás, considerándolos semejantes y con los mismos derechos.

- La libertad: La libre determinación de la capacidad de elección y selección que tiene un individuo y la cual, a su vez, presupone un compromiso consigo mismo y con los demás.
- El respeto a la dignidad humana: Consideración, deferencia y atención en el trato hacia el otro, quien merece ser reconocido y estimado.
- La justicia: Actitud moral o voluntad decidida a dar a cada uno lo que es suyo. Es la virtud de la equidad, medida, igualdad y orden.
- La verdad: Nitidez y claridad en juicios y razonamientos.
- La prudencia: Saber actuar con tacto cautela, prevención y moderación.
- La Discreción: guardar lo que pueda hacer daño a otro.
- La Tolerancia: Consideración hacia la manera de ser, obrar y pensar de los demás, aunque sea contraria a la propia.
- La responsabilidad personal y profesional: Capacidad de sentirse obligado a dar una respuesta o cumplir un trabajo sin presión externa alguna. Responder por los actos propios y de otros.
- El cuidado y la salud: Esmero y atención para fomentar, prevenir, evitar el deterioro y recuperar el estado óptimo que le permita al individuo ejercer todas sus funciones.

Estos valores profesionales descritos, van asociados a unas determinadas actitudes (Tabla 2), las cuales hacen posible su evaluación, bien sea a través de una metodología cualitativa como una cuantitativa.

Tabla 2
Valores , actitudes y conductas profesionales
(American Association of Colleges of Nursing, 1986)

VALORES	DEFINICION	ACTITUD	CONDUCTAS PROFESIONALES
Estéticos	Proporcionar Bienestar	Creatividad Sensibilidad Apreciación	Adaptar el ambiente Crear ambiente trabajo agradable Imagen positiva del cuidar
Altruistas	Involucrarse en el bienestar de otros	Compasión Compromiso Ayuda	Prestar toda la atención incorporará tendencias sociales en el cuidar
Igualdad	Mismos derechos Mismos privilegios	Aceptación Tolerancia Asertividad	Proporcionar cuidados basados en las necesidades individuales, expresar ideas sobre el acceso a recursos
Libertad	Capacidad de ejercer la opción	Confianza Independencia Autodisciplina Autonomía profesional	Licencia de la persona a negarse al tratamiento. Soporte al diálogo problemas profesión
Dignidad Humana	Valor inherente y singular de toda persona	Humanidad Respeto Consideración	Derecho a la privacidad Confidencialidad de la persona
Justicia	Principios legales y morales	Objetividad Integridad	Actuar como abogado de asignar recursos con justicia. Informar sobre prácticas incompetentes
Verdad	Fidelidad al hecho	Autenticidad Responsabilidad Honestidad	Documentar con comprensión, honestidad Obtener datos suficientes Informar del Cuidar

Fuente: Ramió Jofré, A. (2005) Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya

Trasladando los valores al cuidado, no se puede obviar que son los propios valores morales de cada persona los que están inmersos en el proceso (Arenas, 2006), y que del mismo modo deben respetarse los de la persona cuidada, mediante la aplicación del principio de autonomía.

Hay que destacar así mismo, que en las instituciones Hospitalarias, los valores reflejan los factores que definirán el modo de trabajar en la organización. Por tanto, en función de los valores que prevalezcan en la cultura organizacional de la institución, el modo de entender el cuidado variará entre un estilo biomédico o un estilo humanista.

En la Enfermería, son los valores profesionales los que confieren el carácter humanista a la profesión. Estos mismos influyen en la habilidad de resolver y priorizar las situaciones. Por tanto, si los valores ayudan a humanizar el cuidado, se cree necesario que se deban incluir en el marco de la formación, tanto de los nuevos profesionales, como en los que ya poseen una larga trayectoria, puesto que son los valores profesionales los que definen la identidad profesional.

A modo de conclusión, de todo lo expuesto anteriormente, resaltar la importancia de ofrecer un cuidado personalizado y humanizado por parte del personal de enfermería. Este cuidado humanizado se debe, tal como explica Watson, a que los pacientes necesitan que se les atienda de una forma integral, de modo que se les preste una atención que fomente el humanismo, ya que se podría afirmar que el cuidado de los pacientes, únicamente resulta eficaz cuando se practica de forma interpersonal.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Ante la crisis que se está viviendo en la actualidad, los órganos directivos de las instituciones hospitalarias se ven en la necesidad de medir con total exactitud cualquier inversión que se realiza. Por tanto se considera interesante poder mostrar qué cambios se pueden introducir para mejorar la percepción de los pacientes, usuarios de los servicios hospitalarios y como consecuencia inmediata aumentar la calidad del cuidado proporcionado.

A través de la revisión bibliográfica ha quedado confirmada la estrecha relación entre el cuidado humanizado (conseguido a través de la formación en valores, dentro de los planes docentes de los estudios de grado de enfermería) y el aumento en la percepción de la calidad del cuidado, tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales.

Por estos motivos expuestos, se cree importante explorar y valorar la necesidad de inclusión, en los planes de formación continuada de las instituciones sanitarias, formación específica en valores profesionales.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué expectativas y percepción de cuidado recibido tienen los pacientes?

¿Qué percepción tienen los profesionales de enfermería acerca del Cuidado?

5. OBJETIVOS

Generales

- Explorar el significado del Cuidado desde la perspectiva profesional y del paciente.
- Explorar la percepción de los profesionales de enfermería sobre los valores profesionales y su impacto en la práctica.

Específicos

- Explorar el significado del Cuidado expresado por las enfermeras en su práctica profesional.
- Explorar las necesidades de Cuidado que tienen los pacientes.
- Mostrar el modo en que es percibido el Cuidado por parte de los pacientes.
- Identificar el tipo de Cuidado que esperan recibir los pacientes por parte del personal de enfermería.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño

Tras plantear el objeto del estudio y buscar la metodología más adecuada para llevar a cabo la investigación, se ha elegido la **Etnografía** debido a la posibilidad que ofrece esta metodología, a los investigadores, de llevar a cabo una descripción detallada y minuciosa (Medina, 2005) con la finalidad de comprender de un modo holístico el fenómeno que se pretende estudiar.

Al igual que Medina, Geertz (1987), reconoce que el objeto de la Etnografía es la descripción de los significados que las personas utilizan para comprender su mundo.

Atendiendo a la clasificación que hacen Taylor y Bogdan (1987), acerca de los tipos de enfoque desde los que se pueden realizar los estudios etnográficos y según el objetivo que pretende este estudio, se considera más adecuado dar un enfoque más descriptivo que conceptual, ya que desde el punto de vista descriptivo existe la posibilidad de aproximarse con mayor intensidad a la realidad que se pretende estudiar y ofrece la posibilidad de interpretar los significados.

El estudio se llevará a cabo simultáneamente en los tres centros hospitalarios que posee el Grupo IDCsalud en Cataluña.

Por estos motivos el diseño del estudio que se plantea es el de un Estudio Cualitativo Multicéntrico de corte Etnográfico.

6.2 Población

Profesionales de enfermería y pacientes de la empresa IDCsalud en Cataluña, constituida por los centros sanitarios:

- Hospital General de Cataluña (HGC), es un centro privado, situado en la población de Sant Cugat del Vallès y el cual es referente para las personas que viven en el Vallés Occidental, fundamentalmente en las poblaciones de

Rubí y Sant Cugat. Recibe traslados de otros centros hospitalarios como el Consorci Sanitari Parc Taulí, Mútua de Terrasa y hospital de Granollers. El HGC posee unos 900 trabajadores, de los cuales 310 son profesionales de enfermería. Tiene una capacidad máxima de 272 pacientes.

- Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC), situado en el eixample izquierdo de Barcelona, es un centro referente para los socios de la Mútua de L'Aliança, así como para los pacientes de sanidad pública situados a su alrededor. Recibe pacientes públicos trasladados del Hospital Clinic. Tiene un total de 780 trabajadores de los cuales 260 son profesionales de enfermería. Posee una capacidad máxima para acoger 215 pacientes.
- Clínica del Vallés (CdV), ubicado en Sabadell, situada en la zona sur de Sabadell y que da cobertura preferentemente a socios de la Aliança, pero también a numerosas mútuas que mantienen concierto con la Clínica. Así mismo recibe pacientes de la sanidad pública, procedentes de traslados efectuados por el Consorci Sanitari Parc Taulí. La plantilla total de la que consta la CdV es de 145 personas, siendo los profesionales de enfermería 57. Posee la capacidad máxima de 110 pacientes aunque en la actualidad mantiene abiertas 54 camas y una dotación fluctuante de 16 camas adicionales en función de las necesidades.

Los tres centros tienen en común ser hospitales privados, pertenecientes al grupo sanitario IDCsalud y por tener concierto con el Servei Català de la Salut. Ninguno de los tres centros pertenece a la XHUP. La adscripción de los tres centros a la empresa IDC Salud, es relativamente reciente por lo que se considera que pueden aportar la diversidad requerida en cualquier estudio cualitativo para profundizar en el fenómeno de estudio, dado que sus políticas de gestión no están absolutamente integradas en la actualidad.

6.3 Muestra

Para la realización del estudio, se empleará un muestreo no probabilístico de conveniencia hasta alcanzar la saturación teórica de datos.

Los sujetos participantes serán:

- Diplomadas/os de Enfermería de la planta de Medicina Interna de los tres centros mencionados. La especialidad se ha escogido por ser una de las más demandantes de cuidados de enfermería.
- Pacientes al cuidado de estas enfermeras.

El número final de sujetos participantes, así como la proporción definitiva de cada uno de los grupos, vendrá determinada por la saturación teórica de los datos (Hammersley y Atkinson, 1994), aunque se prevé un número aproximado de 25 pacientes y 15 enfermeras/os. La selección se hará teniendo en cuenta los criterios de mejor informante y variabilidad de la muestra.

Todos los participantes en el estudio de investigación, deberán firmar un consentimiento informado (Anexo 1 y 2) dónde se les solicitará permiso para la utilización de los datos obtenidos, de modo anónimo, con fines de investigación y docentes, así como para su publicación.

6.4 Criterios de inclusión

Se seguirán diferentes criterios para la selección de la muestra en función de si son profesionales de Enfermería o pacientes.

Personal de Enfermería

- Trabajar como Diplomado/a de Enfermería en la unidad de Medicina Interna de cualquiera de los centros IDCsalud en Cataluña.
- Poseer un contrato superior a 6 meses para evitar pérdidas previsibles, correspondientes a la finalización del contrato.

- Poseer un mínimo de tres años de experiencia, puesto que a través de la literatura expuesta con anterioridad, se sabe que los profesionales noveles poseen interiorizados estos valores, gracias a la enseñanza en el marco de la universidad.
- Haber firmado el consentimiento informado.

Pacientes

- Pacientes mayores de edad sin distinción de sexo.
- Pacientes con capacidad de comunicarse y participar en una conversación.
- Pacientes que estén satisfechos con el trato recibido.
- Pacientes que hayan interpuesto reclamaciones, con la finalidad de explorar y descubrir sus carencias.
- Haber firmado el consentimiento informado.

6.5 Criterios de exclusión

- Previsión de ingreso menor de 5 días.
- Pacientes con pronóstico grave.
- Profesionales que tengan dependencia jerárquica con el investigador principal.

El investigador principal, será el que directamente se acercará a los pacientes y profesionales, explicando el proyecto e invitándolos a participar. Se cerciorará que todos los participantes cumplan los requisitos de inclusión propuestos para el estudio.

6.6 Variables

Dado que se trata de un estudio cualitativo no existen variables de estudio, sin embargo si se prevé tratar acerca del cuidado esperado y el percibido por parte de los pacientes, y el modo en que el profesional de enfermería ofrece ese

cuidado, con la finalidad de poder dar respuestas a nuestras preguntas de investigación.

6.7 Instrumentos y Técnicas de recogida de datos

Tal como explica la metodología de la investigación etnográfica (Medina, 2005), la obtención de los datos más relevantes para este tipo de investigación, se realizará a través de la observación participante y las entrevistas en profundidad.

Se considerará por tanto a la persona del investigador como instrumento en la investigación así como la fuente primaria de recogida y análisis de datos, englobando tanto su experiencia como sus habilidades, sus conocimientos y sus sesgos (Bardallo,2010)

La **observación participante** es la estrategia principal, mediante la cual, los investigadores realizan la recogida de información, datos que los investigadores utilizan con posterioridad. Para ello es necesaria la interacción entre el investigador y las personas a las que se va a investigar. Para que la observación sea efectiva, se precisa estar en el campo durante un periodo prolongado de tiempo ya que en caso contrario no es posible aprender los modos de comportamiento y los valores de las personas investigadas, ni se mitiga el efecto de la presencia del Investigador en la unidad de observación.

Taylor y Bogdan (1987) determinaron la observación participante como elemento clave para la contrastación de los datos obtenidos fundamentalmente a través de las entrevistas.

Esta técnica se considera importante dentro de la etnografía debido a que, es dentro de un contexto determinado, a través del que se puede entender un comportamiento determinado de las personas, y por ello no puede ser restringida la información a la que se recoge de forma artificial o a través de las entrevistas (Hammersley y Atkinson, 1994).

Con la finalidad de contactar con los posibles participantes, se solicitará una reunión con la Dirección de Enfermería y todos los trabajadores pertenecientes a

las plantas de Medicina Interna de los tres centros hospitalarios. Durante la reunión se explicará el proyecto y se solicitará la participación del personal.

La observación participante se realizará en los tres centros anteriormente mencionados, durante un tiempo estimado de aproximadamente seis meses, durante los cuales, se compartirá la experiencia del profesional de enfermería durante su turno de trabajo. Se asistirá al centro elegido, tres días a la semana (previendo los descansos semanales de los profesionales), en principio martes, miércoles y jueves, durante un periodo de dos horas cada día. Los horarios escogidos serán los pertenecientes al turno de tarde y de noche.

Durante la observación se utilizará un Diario de Campo, en el que se realizarán anotaciones, y al margen de éste se añadirán explicaciones a cerca de los sentimientos y las sensaciones percibidas durante el desempeño de la observación, así como las sensaciones que desprenden los profesionales de enfermería en el momento de brindar el cuidado. Estas observaciones no están predeterminadas, pero se valorarán las actitudes asociadas a los valores profesionales descritos por la AACN. De este modo se podrá explorar cuáles son las actitudes predominantes y el modo en el que se manifiesta el cuidado entre los profesionales y los pacientes.

Como punto de partida para la observación, se utilizará un guión, en el que se evaluarán una serie de comportamientos y actitudes del profesional durante el desempeño de su jornada laboral (Anexo 3).

La observación participante se llevará a cabo con anterioridad a las entrevistas en profundidad, con la finalidad de triangular la información recibida a través de la observación. Se espera poder profundizar en los datos más relevantes que hayan resultado de la observación y contrastar la coincidencia entre el tipo de cuidado manifestado por los profesionales de enfermería y el ofrecido realmente a sus pacientes.

Del mismo modo a través de ésta, se podrá triangular la información obtenida de los pacientes, contrastando si el tipo de cuidado percibido por éstos se ajusta al cuidado observado por el investigador.

Las **entrevistas en profundidad**, serán llevadas a cabo por el investigador principal y se realizarán a través de un formato semiestructurado, con la finalidad de buscar lo importante y significativo de los informantes, tal como son sus significados, sus perspectivas y sus interpretaciones. A través de ellas se espera conocer el modo en que profesionales de enfermería y pacientes perciben el cuidado, sus expectativas y su realidad.

El contacto con los pacientes se verá favorecido como consecuencia de la observación participante a los profesionales de enfermería. Gracias a ésta, se tendrá la oportunidad de conocer a los pacientes. Si cumplen los criterios de inclusión se les propondrá participar en el estudio.

Las entrevistas, se iniciarán a los dos meses de haber iniciado la observación, puesto que se espera que en ese momento la investigadora tenga datos suficientes como para orientar adecuadamente las entrevistas. Serán llevadas a cabo en la sala de formación de cada centro, considerando necesarias un número aproximado de entre 30-40 entrevistas, entre profesionales y pacientes (presumiblemente un 60% de pacientes y un 40% de profesionales, teniendo en cuenta que cada enfermera atenderá a diferentes pacientes durante el trabajo de campo) aunque éste vendrá determinado, tal como dice la literatura, por la saturación teórica de los datos (Hammersley y Atkinson, 1994).

Si la observación participante se realizará a través del estudio del comportamiento de los profesionales de enfermería hacia sus pacientes, en el caso de las entrevistas en profundidad, se harán sobre ambos grupos, pacientes y profesionales de enfermería, variando la proporción de cada uno, nuevamente, en función de la saturación teórica y de la proporción de pacientes por enfermera durante el trabajo de campo.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de una hora y media, pactando con el entrevistado la posibilidad de realizar una nueva, en el caso que se crea necesario ampliar o contrastar la información obtenida con anterioridad.

Para garantizar una correcta transcripción, las entrevistas se registrarán con una grabadora, solicitando previamente el consentimiento al entrevistado, y

posteriormente serán transcritas literalmente con la ayuda del programa informático F4.

Una vez transcritas se retornarán a los entrevistados con la finalidad de contrastar y por tanto de triangular la información obtenida durante la entrevista.

Además de la grabadora se utilizará durante la entrevista un cuaderno que facilitará la toma de anotaciones que el entrevistador considere importante resaltar, como gestos, cambios de posición,.....etc, es decir, cualquier reacción que un tema determinado pueda tener efecto sobre el entrevistado.

La entrevista será semiestructurada (Anexos 4 y 5), de preguntas abiertas pero dirigiendo su estructura hacia la profundización del tema que interesa estudiar, si bien al principio, se harán preguntas generales con la finalidad de crear un clima distendido y de confianza que permita abrirse al entrevistado.

El momento en el que se realizarán las entrevistas será pactado con los participantes, de modo que no afecten a su vida ni laboral ni personal. Por este motivo se realizarán fuera de su horario laboral.

Así mismo se considera importante poder establecer un perfil de los participantes, por lo que se les suministrará un cuestionario sociodemográfico (Anexos 6 y 7) que ayude a definir las características principales de todos los participantes en el estudio.

El cuestionario recogerá información tanto de los datos personales como de los profesionales. Se administrará a los pacientes y a los profesionales seleccionados para participar en el estudio en el instante posterior a la firma del consentimiento informado.

Cabe resaltar que el acceso al campo por parte del investigador principal se verá favorecido por la condición de pertenencia de éste al equipo de la Dirección de Enfermería, lo que resulta de gran ayuda por el conocimiento del campo, en mayor o menor profundidad, en función del centro en el que se realicen las entrevistas y por la accesibilidad a gran parte de los profesionales que tiene el investigador. Se cuidará, especialmente, la salida del campo, agradeciendo la

participación y tomando en consideración las aportaciones de los profesionales y pacientes, así como la implicación de los mandos intermedios, en el estudio.

Como consecuencia de la pertenencia a la Dirección de Enfermería, el investigador procurará tener un posicionamiento de imparcialidad e invisibilidad, puesto que al ser nativo puede darse confusión por parte del personal durante la realización de la observación, siendo fácil que el profesional aproveche la estancia del investigador para trasladar quejas de la organización del centro, o de distorsionar el cuidado que proporcione al paciente.

Para mantener esta imparcialidad, se procurará no manifestar ningún tipo de opinión respecto a la gestión realizada por la institución, no se dejará entrever si el investigador está satisfecho o no con los cuidados realizados a los pacientes. Manifestará siempre una actitud positiva, amable y distendida hacia los trabajadores y si es preciso, se realizará una estancia en el campo más prolongada, para facilitar al profesional una situación de normalidad en su práctica diaria.

6.8 Análisis de datos

Con la información obtenida de los participantes, a través de la observación participante y de las entrevistas, se procederá al análisis cualitativo de los datos.

Este análisis se iniciará con el comienzo de la observación participante, a través de pequeñas unidades de significado. No se partirá de categorías establecidas con antelación al inicio del estudio, sino que se establecerán a partir de los primeros datos recogidos a través de la observación.

Se prevé utilizar el método propuesto por Glaser y Strauss de comparaciones constantes para establecer categorías a través de un método constructivo-inductivo, el cual combina la generación de categorías a través de la combinación entre ellas, con la finalidad de recoger todos los aspectos de la realidad que se pretende estudiar y por tanto pueda aportar un modo diferente de reconocerla (Bardallo, 2010).

A medida que se vayan analizando y por consiguiente clasificando los fenómenos en categorías, se irán comparando entre sí con la finalidad de ir depurando las categorías que puedan aparecer, y de este modo conferirles mayor fiabilidad.

Se prevé alcanzar varios niveles progresivos de reducción y estructuración teórica de la información (Hammersley y Atkinson, 1994):

- **PRIMER NIVEL:** Se procederá a la segmentación de la información así como a la identificación de unidades de significado.
- **SEGUNDO NIVEL:** Se agruparán las unidades de significado en categorías descriptivas. Para conseguir este nivel, se leerán los corpus de datos varias veces y una vez acabado el proceso de segmentación se establecerán categorías que se identificarán con códigos.
- **TERCER NIVEL:** Se establecerán unidades más complejas de información mediante la agrupación de distintas categorías, llamadas metacategorías. Posteriormente se identificarán significados transversales de los datos obtenidos, según el marco teórico construido para la finalidad del estudio.

6.9 Consideraciones éticas

Con la finalidad de garantizar la eticidad de la investigación, se tendrán en cuenta La Declaración de los Derechos Humanos, La Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica Española 15/1999 para proteger y garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos.

Se solicitará:

- Aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de la Universitat Internacional de Catalunya y el de IDCsanidad, que es común para los tres centros dónde se va a realizar el estudio.
- La autorización de la Dirección de Enfermería de IDCsanidad, la cual es común para los tres centros en los que se realizará el estudio.

Se administrará un formulario de Información y Consentimiento informado a todos los participantes en el estudio, con la posibilidad de revocar libremente su decisión en cualquier momento.

El profesional de enfermería podrá revocar su decisión sin que ello afecte a su circunstancia en la empresa y en el caso de los pacientes, serán libres de revocar su participación en el estudio, sin que el cuidado que reciben se vea afectado bajo ninguna circunstancia.

Debido a que la investigadora principal, forma parte del equipo de la Dirección de Enfermería, ésta garantizará a los participantes, que la relación laboral entre los profesionales de enfermería y el investigador principal no se verá afectada bajo ningún concepto por las opiniones, actitudes o grado de colaboración mantenido durante el estudio.

Para preservar el anonimato de los datos recogidos durante la observación y las entrevistas, se codificarán del siguiente modo:

- Cada participante será codificado primeramente, según sea paciente (P) o Profesional de Enfermería (PE), asociado a un número consecutivo, empezando por el uno. Éste será conocido como el ID del participante.
- En segundo lugar se establecerá (E) para las entrevistas y (O) para los datos obtenidos a partir de la observación.
- Por último se considerará el centro hospitalario en el que se encuentran tanto el paciente como el profesional, por lo que se establecerá (HGC) para el Hospital General de Catalunya, (CdV) para la Clínica del Vallès y (HUSC) para el Hospital Universitario Sagrat Cor.

A modo de ejemplo: la entrevista realizada a un paciente de la Clínica del Vallès se la identificará del siguiente modo:

“ID/E /CdV”

6.10 Criterios de Rigor

La investigación cualitativa a diferencia de la cuantitativa, se centra en el estudio de los fenómenos en el marco de su contexto original, de modo que procura encontrar un sentido o la interpretación de estos fenómenos, partiendo de los significados que las personas les otorgan (Calderón, 2002).

Debido a que la metodología cualitativa, no fija una exhausta rigidez en cuanto al procedimiento, sino que busca el rigor en el grado de coherencia entre el marco teórico y la idoneidad de la pregunta de investigación a la que se pretende dar respuesta mediante los datos obtenidos, según la literatura se cree conveniente una evaluación de la investigación desde el punto de vista del paradigma cualitativo.

El rigor permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos.

A pesar de que en investigación cualitativa, los criterios de rigor más extendidos son los de Lincoln y Guba, basados en los criterios de Credibilidad, Confirmabilidad, Transferibilidad y Consistencia, actualmente han adquirido mayor relevancia los descritos por Calderón (2002).

El motivo de esta elección se basa en que los utilizados por Lincoln y Guba, provienen de una metodología positivista que no concuerda con la finalidad de la metodología cualitativa, tal como recogen Murphy, Dingwall, Greatbatch, Parker y Watson (1998) y Hammersley y Atkinson (1994). En la investigación cualitativa es prioritario definir el objetivo de la investigación para poder decidir su relevancia, y así junto a la validez (definida como el grado de fidelidad entre los resultados y la tendencia del fenómeno estudiado) definirlos como los pilares de evaluación dentro de la investigación cualitativa (Bardallo, 2010).

Por tanto, de la búsqueda de la necesidad de aplicación de unos criterios que evalúen el rigor del estudio planteado, a través de una metodología cualitativa y que mida los resultados obtenidos desde este paradigma, se cree que los

criterios propuestos por Calderón (2002) se aproximan en mayor medida a la pregunta de investigación y por tanto al objetivo de este estudio.

Los criterios que se aplicarán para certificar el rigor de la investigación serán:

1. **Adecuación Epistemológica:** la cual mide el grado de adecuación entre el estudio propuesto y el tipo de enfoque metodológico. Esta adecuación se valorará mediante la idoneidad de la pregunta de investigación, la cual debe permitir una respuesta adecuada desde la metodología cualitativa (Calderón, 2002). En este estudio, se considera que existe coherencia entre la pregunta y la metodología escogida, puesto que al pretender estudiar un comportamiento y percepciones, no se puede valorar sin la observación y sin la voz de los protagonistas (entrevistas); ambas técnicas forman parte de este estudio. Así mismo los verbos utilizados para la formulación de las preguntas de investigación, permiten profundizar en el fenómeno a analizar.
2. **La Relevancia:** es decir, la importancia que se prevé tendrá el estudio una vez finalizado. En espera de los resultados finales, se cree que este estudio tendrá una repercusión positiva en el ámbito de la formación continuada, rompiendo con una formación puramente biomédica en el ámbito de la enfermería para dar paso al reconocimiento de una necesidad formativa desde la perspectiva de los valores profesionales de enfermería, y relacionándolos positivamente con la mejora de la percepción por parte de cuidadores y pacientes.

No se han encontrado estudios que revelen la necesidad de incluirlos en los planes de formación continuada de los hospitales, por lo cual, los resultados que se obtengan serán novedosos y justificarán o no la necesidad de incluirlos a la par que la formación biomédica. Así mismo, se espera tenga gran impacto en el aumento del cuidado humanizado que se da a los pacientes, repercutiendo positivamente tanto en la calidad del cuidado asistencial como en el prestigio del centro hospitalario.

3. **La Reflexividad:** condición que se encuentra presente en cualquier proceso de investigación cualitativa. Se considera necesaria para dar a la investigación coherencia epistemológica. Es un modo de producir conocimiento social a través de la capacidad reflexiva, lo que facilita la comprensión de las interpretaciones que se han hecho, dentro del contexto social en el que se encuentran. Este criterio de rigor cualitativo, se justifica mediante la interactividad que se produce entre el investigador y su objeto de estudio tal como dice Calderón (2002). Por tanto representa el esfuerzo del investigador por explicitar los efectos que tiene esta interactividad, con la finalidad de reconocerlos y hacer posible que sean tenidos en cuenta tanto por el investigador como por las personas a las que va dirigida la investigación (Bardallo, 2010; Calderón,2002).

Con la finalidad de preservar la Reflexividad en el estudio, y no permitir que la opinión del investigador principal, produzca un sesgo en la información obtenida y su posterior análisis, se solicitará el intercambio de aproximaciones al objeto de estudio entre diferentes investigadores, obteniendo así una triangulación entre investigadores. Esta triangulación conlleva, en sí misma, una práctica reflexiva.

4. **La Validez:** a pesar que el criterio de validez se asocia mayoritariamente a la investigación cuantitativa, también se utiliza dentro del marco de la investigación cualitativa, puesto que en ambos enfoques de la investigación, se busca preservar la mayor fidelidad respecto al comportamiento de un determinado fenómeno dentro de la realidad (Bardallo, 2010). Esta validez no busca una representación numérica, sino que enmarcada en la investigación cualitativa, la validez está representada por pertinencia y la interpretatividad de los resultados, los cuales buscan explicaciones profundas y lógicas a través de los datos obtenidos (Calderón, 2002).

Este criterio se conservará, inicialmente, a través de una selección de la muestra congruente con el objeto del estudio. En el momento de la recogida de datos, se devolverán las entrevistas transcritas a cada

participante, con la finalidad de que puedan verificar que la transcripción se ajusta a su discurso y que éste, se mantiene en el tiempo.

6.11 Limitaciones

Se consideran las siguientes limitaciones con anterioridad al inicio del estudio:

- La pérdida del seguimiento del profesional por finalización o rescisión de su contrato.
- El hecho que el investigador sea parte del equipo de Dirección de Enfermería de los centros dónde se llevará a cabo el estudio, ya que existe el riesgo de que el profesional entrevistado no responda verazmente a las preguntas del investigador, sino que responda lo que cree que el investigador quiere oír. Es por este motivo por lo que se intentará minimizar al máximo la influencia que pueda ejercer el entrevistador sobre el entrevistado. Para subsanar esta posible limitación, las entrevistas personales se realizarán a personal de turnos que no tengan coincidencia con el horario del investigador principal o que no tengan que tener contacto laboral directo.
- El prejuicio del investigador a cerca de la necesidad de formar en valores profesionales una vez los profesionales se encuentran inmersos dentro del mundo laboral. Para garantizar la imparcialidad en el estudio, se contrastarán los datos obtenidos durante la observación, con otros colaboradores, a lo largo del proceso de la investigación.
- El número de profesionales que trabajen en esas unidades y consientan en participar en el estudio, debido a la posibilidad de cierre de las unidades de Medicina Interna durante el estudio. En este caso, se buscarán los pacientes de Medicina Interna en el resto de plantas de los centros hospitalarios.

6.12 Implicaciones para la práctica

Tal como se ha reflejado en la revisión bibliográfica, la inclusión de valores profesionales en la práctica profesional, aumenta la humanización del cuidado, por tanto, es de esperar una mejora en la satisfacción tanto por parte de los profesionales como por parte de los pacientes.

Como consecuencia de la mejora de la satisfacción de los usuarios, es previsible que la institución sanitaria aumente su perfil cualitativo, lo que se traducirá en un mayor prestigio para el centro hospitalario.

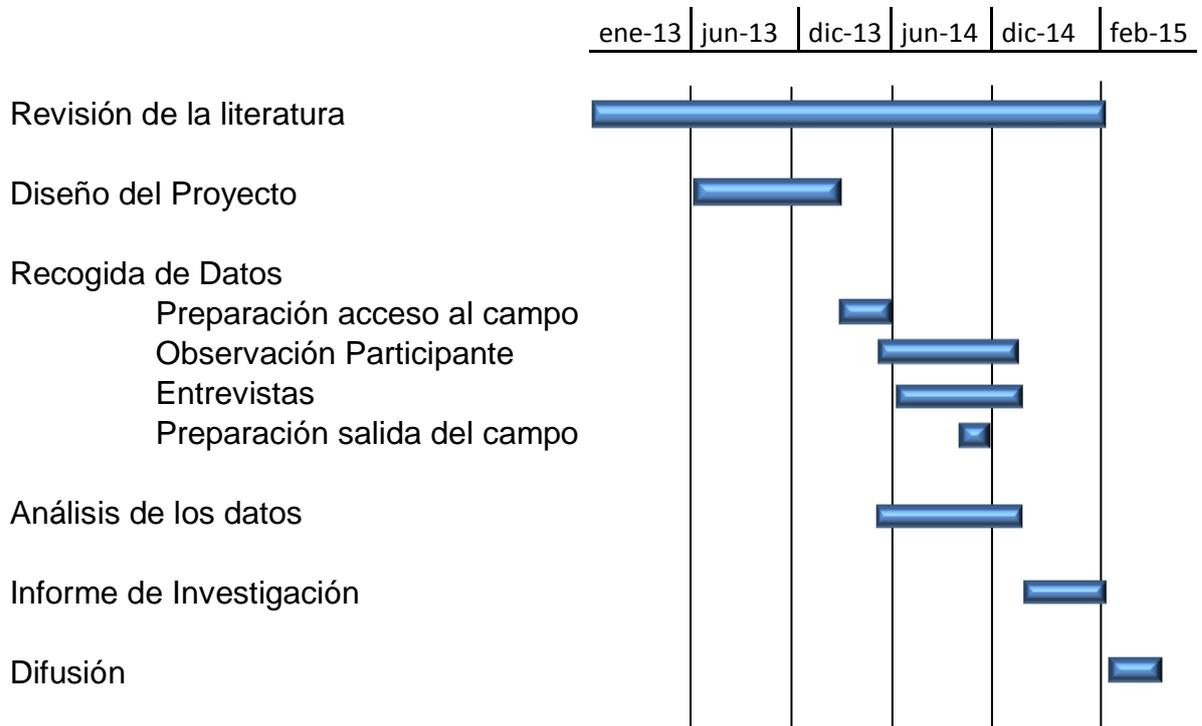
Así mismo, la bibliografía, relaciona la práctica profesional de enfermería basada en valores profesionales, a un menor desgaste emocional y por tanto una disminución de riesgo de Burnout, por lo que se espera que la satisfacción relacionada con el puesto de trabajo mejore, así como el clima laboral entre los trabajadores.

6.13 Futuras líneas de Investigación

En el caso que el análisis de los datos obtenidos, pongan de manifiesto la necesidad de formar en valores profesionales a lo largo de la práctica profesional, se valorará la creación de una intervención educativa en los que los valores profesionales descritos por la AACN y sus actitudes, estén incorporados.

Con posterioridad a la intervención educativa, se evaluaría la eficacia de ésta, a través de un estudio cuantitativo, realizando la encuesta PNVS de Weis y Schank (2000) pre-post intervención.

6.14 Cronograma



5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akin, S., y Erdogan, S. (2007). *The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients*. Journal of clinical nursing, 16(4), 646-653.

Altun, I. (2002). *Burnout and nurses' personal and professional values*. Nursing Ethics, 9(3), 269-278.

American Association of Colleges of Nursing (1986). *Essentials of colleges and university education for professional nursing*. Washington DC: American College of Nursing.

American Association of Colleges of Nursing (1998). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington DC: American College of Nursing.

American Nurses Association (2001). *Code of nurses with interpretative statements*. Washington: American Nurses publishing.

Arenas, N.M. (2006). *El cuidado como manifestación de la condición humana*. Salus, 10(1), 19-26.

Arone, E.M., y Cunha, I.C.K.O. (2007). *Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência*. Revista Brasileira de enfermagem, 60(6), 721-723.

Arredondo-González, C.P., y Siles-González, J. (2009). *Tecnología y Humanización de los Cuidados: una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales*. Index de enfermería, 18(1), 32-36.

Backes, D.S., Lunardi, V.L., y Lunardi, W.D. (2006). *A humanização hospitalar como expressão da ética*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14(1), 132-135.

Bardallo Porras, M.D. (2010). *Entre la Enseñanza y el Aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir*. Tesis Doctoral inédita. Investigación en Didáctica, Formación y Evaluación Educativa de la Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía.

Basurto Hoyuelos, S., Fraile, C.L., Weis, D., Urien, E.D.L., Elsdén, C.A., y Schank, M.J. (2010). *Nursing professional values: validation of a scale in a Spanish context*. Nurse Education Today, 30(2), 107-112.

Blais, K.K., Hayes, J.S., Kozier, B., y Erb, G. (2006). *Professional nursing practice: concepts and perspectives*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Brera, G. (3 de septiembre de 2004). *La Contra: La medicina centrada en la persona*. Barcelona: La Vanguardia.

Bond, A.E., Mandleco, B., y Warnick, M.L. (2004). *At the heart of nursing: stories reflect the professional values in AACN's essentials document*. Nurse Educator, 29(2), 84-88.

- Calderón, C. (2002). *Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario*. Revista Española de Salud Pública, 76(5), 473-482.
- Cañadas Núñez, F. (2005). *Humanizar la tecnología: la asignatura enfermera*. Index de Enfermería, 14(48-49), 69-70.
- Carbelo Baquero, B., Romero Llor, M., Casas Martínez, F., Ruiz Ureña, T., y Rodríguez de la Parra, S. (1997). *El cuidado desde una perspectiva psicosocial. Cultura de los cuidados*: Revista de enfermería y humanidades, 1(2), 54-59.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: interamericana-McGraw-Hill.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería. (1988). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Enfermería
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2005). *Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra: CIE
- Cragg, C.E., Plotnikoff, R.C., Hugo, K., y Casey, A. (2001). *Perspective Transformation in RN-to-BSN Distance Education*. Journal of nursing education, 40(7), 317-22.
- Daza de Caballero, R., Torres Pique, A.M., y Prieto de Romano, G.I. (2005). *Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto*. Index de Enfermería, 14(48-49), 18-22.
- Díaz Flores, M., Castro Ricalde, D.M., y Cuevas Jaimes, B.L. (2012). *Valores profesionales de enfermería: una mirada hacia la formación en la Educación Superior*. Humanidades Médicas, 12(2), 289-299.
- Fahrenwald, N. L., Bassett, S. D., Tschetter, L., Carson, P. P., White, L., y Winterboer, V. J. (2005). *Teaching core nursing values*. Journal of Professional Nursing, 21(1), 46-51.
- Fajardo Trasobares, M.E., y German Bes, C. (2004). *Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles*. Index de Enfermería XII(46), 9-12
- Falcó Pegueroles, A. (2005). *Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería*. Enfermería Clínica, 15(5), 287-290.
- Falcó Pegueroles, A., y Tomás-Sábado, J. (2004). *La formación en valores profesionales de los estudiantes de enfermería*. Bioética & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica, (37), 101-102.
- Fetzer, S.J. (2003). *Professionalism of associate degree nurses: the role of self-actualization*. Nursing Education Perspectives, 24(3), 139-143.
- Findik, U.Y., Unsar, S., y Sut, N. (2010). *Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics*. Nursing & Health Sciences, 12(2), 162-169.

- Fröjd, C., Swenne, C.L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., y Wadensten, B. (2011). *Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care*. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 226-236.
- Fronzizi, R. (1972). *Valor, estructura y situación*. Dianoia: Anuario de Filosofía, 18, 78-102.
- García Martín-Caro, C., y Martínez Martín, M.L. (2001). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Elsevier.
- Garvin, B. J. (1976). *Values of male nursing students*. *Nursing Research*, 25(5), 352-357.
- Garvin, B.J., y Boyle, K.K. (1985). *Values of entering nursing students: changes over 10 years*. *Research in Nursing & Health*, 8(3), 235-241.
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Glen, S. (1999). *Educating for interprofessional collaboration: teaching about values*. *Nursing Ethics*, 6(3), 202-13.
- González-Valentín, M.A., Padín López, S., y de Ramón Garrido, E. (2005). *Satisfacción del paciente con la atención de enfermería*. *Enfermería clínica*, 15(3), 147-55.
- Haigh, C., y Johnson, M. (2007). *Attitudes and values of nurse educators: an international survey*. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1).
- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M., van den Berg, B., y Kool, R.B. (2009). *Patient satisfaction revisited: a multilevel approach*. *Social science & medicine*, 69(1), 68-75.
- Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la enfermería: un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. España: Interamericana McGraw-Hill.
- Hospital Ibáñez, M.L., y Guallart Calvo, R. (2004). *Humanización y tecnología sanitaria: ante el proceso final de la vida*. *Index de Enfermería*, 13(46), 49-53.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Leininger, M. (1991). *Transcultural care principles, human rights, and ethical considerations*. *Journal of Transcultural Nursing*, 3(1), 21-3.
- Leners, D.W., Roehrs, C., y Piccone, A.V. (2006). *Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students*. *The Journal of nursing education*, 45(12), 504-11.
- Lin, Y.H., Wang, L. S., Yarbrough, S., Alfred, D., y Martin, P. (2010). *Changes in Taiwanese nursing student values during the educational experience*. *Nursing Ethics*, 17(5), 646-54.

- Lui, M.H., Lam, L.W., Lee, I.F., Chien, W.T., Chau, J.P., y Ip, W.Y. (2008). *Professional nursing values among baccalaureate nursing students in Hong Kong*. Nurse Education Today, 28(1), 108-114.
- Marin Ibáñez, R. (1976). *Valores, objetivos y actitudes en educación*. Información general. Valladolid: Miñón D.L.
- Marriner Tomey, A., y Alligood, M.R (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6ª edición). España: Elsevier.
- Martin, P., Yarbrough, S., y Alfred, D. (2003). *Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students*. Journal of Nursing Scholarship, 35(3), 291-6.
- Martins, J.B. (2008). *Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano*. Revista de enfermería. UERJ, 16(2), 276-81.
- Medina, J.L. (1999). *La Pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes.
- Medina, J.L. (2005) *Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i edicions de la universitat de Barcelona.
- Mira, J.J., Galdón, M., García, E.I., Velasco, M.V., Lorenzo, S., Vitaller, J. y Buil, J.A. (1999). *¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi*. Revista Calidad Asistencial, 14. 165-77.
- Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., y Llorca, E. (2002). *Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria*. Revista de Calidad Asistencial, 17(5), 273-283.
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., y Watson, P. (1998). *Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature*. Health Technology Assessment, 2(16), 1-274
- O'Connell, B., Young, J., y Twigg, D. (1999). *Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum*. International Journal of Nursing Practice, 5(2), 72-7.
- Palacio Lapuente, F., Marquet Palomer, R., Oliver Esteve, A., Castro Guardiola, P., Bel Reverter, M., y Piñol Moreso, J.L. (2003). *Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo*. Atención primaria, 31(5), 307-314.
- Ramió Jofre, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions.
- Rassin, M. (2008). *Nurses' professional and personal values*. Nursing Ethics, 15(5), 614-30.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: U.S. Free Press.

- Rubio Domínguez, S. (2008). *Principios y valores que guían el ejercicio del personal de enfermería*. Revista CONAMED, 13(1), 22-26.
- Shih, F. J., Lin, Y. S., Smith, M. C., Liou, Y. M., Chiang, H. H., Lee, S. H., y Gau, M. L. (2009). *Perspectives on professional values among nurses in Taiwan*. Journal of clinical nursing, 18(10), 1480-89.
- Shaw, H.K., y Degazon, C. (2008). *Integrating the core professional values of nursing: a profession, not just a career*. Journal of cultural diversity, 15(1), 44.
- Souza N.C.M., Brêtas, A.C.P., y Matheus, M.C.C. (2009). *Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?*. Revista Brasileira de Enfermagem, (3), 349-354.
- Szczeklik, A. (2010). *Entre el arte y la ciencia*. En A. Szczeklik, Catarsis (págs. 69-86). Barcelona: Acantilado.
- Taylor, S.J., y Bogdan, E.R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Todres, L., Galvin, K.T., y Holloway, I. (2009). *The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 4(2), 68-77.
- Ulrich, B.T. (1986). *Value differences between practicing nurse executives and graduate educators*. Nursing economics, 5(6), 287-291.
- Watson, J. (1985). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Associated University press.
- Watson, J. (2006). *Carative factors—Caritas processes guide to professional nursing*. Clinical Nursing Journal, 20(3), 21-27.
- Watson, J., y Foster, R. (2003). *The Attending Nurse Caring Model®: integrating theory, evidence and advanced caring—healing therapeutics for transforming professional practice*. Journal of clinical nursing, 12(3), 360-365.
- Weis, D., y Schank, M.J. (2000). *An instrument to measure professional nursing values*. Journal of Nursing Scholarship, 32(2), 201-204.
- Zhao, S.H., Akkadechanunt, T., y Xue, X.L. (2009). *Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital*. Journal of clinical nursing, 18(12), 1722-1728.

6 ANEXOS

Anexo 1	Consentimiento informado Paciente	pág. v
Anexo 2	Consentimiento informado Profesional de Enfermería	pág. ix
Anexo 3	Propuesta de guión para la observación	pág. xiii
Anexo 4	Propuesta guía entrevista profesionales enfermería	pág. xiv
Anexo 5	Propuesta guía entrevista pacientes	pág. xv
Anexo 6	Encuesta sociodemográfica Profesional de Enfermería	pág. xvi
Anexo 7	Encuesta sociodemográfica Paciente	pág. xvii

Anexo 1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marisa Martín Ferreres

TITULO DEL PROYECTO: Valores profesionales: ¿una necesidad en los planes de formación continuada de los profesionales de Enfermería?

Este documento le informará sobre las características del estudio y sobre su participación en este proyecto de investigación. Es importante que usted lea este documento cuidadosamente y que luego decida voluntariamente si desea participar.

PROPÓSITO:

EL propósito de esta investigación es:

Explorar la percepción que tienen los pacientes a cerca del Cuidado que han recibido durante su ingreso hospitalario.

A través de este estudio se pretende profundizar en el tipo de cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería que lo han atendido durante su estancia, para detectar si existe la necesidad de incluir dentro de los planes de formación continuada, la formación en valores profesionales una vez finalizados los estudios de Enfermería.

PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos que le conciernen a usted como participante en este estudio incluyen:

- **Observación** del trabajo realizado por las enfermeras a sus pacientes, en el ámbito hospitalario. Acompañando a los profesionales durante su atención a los pacientes.
- **Encuesta sociodemográfica** con la finalidad de recoger el perfil de todos los participantes en el estudio, como: edad, sexo, nivel de estudios, profesión, residencia, años finalización de los estudios universitarios,....
- **Entrevistas individualizadas.** Se realizarán durante su periodo de hospitalización o en los días inmediatamente posteriores a su alta médica. El lugar de la entrevista será pactado con usted.

DURACIÓN:

El estudio se llevará a cabo durante aproximadamente 6 meses. No se descarta ampliar el periodo de tiempo si se cree necesario ampliar la información.

El tiempo necesario para llevar a cabo la entrevista con usted será de 60-90 minutos aproximadamente. Puede decidir finalizarla en cualquier momento.

El tiempo necesario para realizar la encuesta sociodemográfica será de 10 minutos.

El estudio se llevará a cabo en los hospitales que forman el grupo IDCsalud en Cataluña, que son Hospital General de Cataluña, Hospital Universitario Sagrat Cor y la Clínica del Vallès, todos ubicados en la provincia de Barcelona.

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

A pesar de que no existe ningún riesgo para su salud, es posible que los procedimientos empleados para la realización de este estudio le puedan causarle cansancio o incomodidad, a usted o a su familia.

POSIBLES BENEFICIOS:

A pesar que a usted no le va a suponer un beneficio directo, este estudio, servirá para obtener información que permita aumentar la calidad del cuidado ofrecido por los profesionales de Enfermería.

CONFIDENCIALIDAD:

La información obtenida durante el estudio, se codificará de tal modo, que su identidad se mantendrá confidencial en todo momento. Durante el estudio no se revelará su identidad ni tampoco en el caso que los resultados obtenidos sean publicados por alguna revista o expuestos en algún congreso. Las entrevistas y anotaciones recogidas durante la observación estarán guardados en un lugar seguro por la investigadora principal y no estarán disponibles públicamente.

Los datos personales serán incorporados a un fichero automatizado que ofrece un nivel de protección conforme a la legislación española "(Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos Personales)".

Un Comité Ético independiente ha aprobado el protocolo del estudio y el de esta Hoja de información y Consentimiento Informado.

CON QUIEN HABLAR SI TIENE PREGUNTAS:

Puede hacer todas las preguntas que desee. Del mismo modo le aclararemos todas las dudas que tenga sobre su participación en el estudio.

Si más adelante se da cuenta que necesita resolver o aclarar más dudas, podrá ponerse en contacto con: Sra. Marisa Martín en el teléfono 555444333

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio de investigación es totalmente voluntaria. No tiene ninguna obligación de participar si no lo desea.

Si decide participar, podrá retirarse del estudio en cualquier momento y sin tener que justificarlo. Su retirada no afectará en ningún caso al trato o cuidado recibido por parte de los profesionales que lo atienden. Puede retirarse del estudio simplemente llamando a la Sra. Marisa Martín al teléfono 555444333.

Su firma a continuación confirma que usted ha leído este documento. Usted recibirá una copia firmada de este documento de consentimiento informado. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de discutir su participación con el investigador.

Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha

PARTICIPANTE

Fecha

DOCUMENTO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marisa Martín Ferreres

TITULO DEL PROYECTO: Valores profesionales: ¿una necesidad en los planes de formación continuada de Enfermería?

Yo, ...con DNI... decido libremente revocar el consentimiento informado autorizado a fecha sin que por ello se vea afectado el trato y/o cuidados que estoy recibiendo por parte de los profesionales que me atienden .

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha

PARTICIPANTE

Fecha

Anexo 2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONAL ENFERMERÍA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marisa Martín Ferreres

TITULO DEL PROYECTO: Valores profesionales: ¿una necesidad en los planes de formación continuada de los profesionales de Enfermería?

Este documento de consentimiento informado le informará en qué consistirá su participación en este proyecto de investigación. Es importante que usted lea este documento cuidadosamente y que luego decida voluntariamente si desea participar.

PROPOSITO:

El propósito de esta investigación es:

Explorar la percepción que tienen los pacientes a cerca del Cuidado que han recibido durante su ingreso hospitalario, así como el cuidado proporcionado por los profesionales de Enfermería.

A través de este estudio se pretende profundizar en los valores del cuidado, para detectar si es necesario incluir dentro de los planes de formación continuada, la formación en valores profesionales una vez finalizados los estudios de Enfermería.

PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos que le conciernen a usted como participante en este estudio incluyen:

- **Observación** del trabajo realizado, en el ámbito hospitalario. Acompañando a los profesionales durante su atención a los pacientes.
- **Encuesta sociodemográfica** con la finalidad de recoger el perfil de todos los participantes en el estudio, como: edad, sexo, nivel de estudios, profesión, residencia, años finalización de los estudios universitarios,....
- **Entrevistas individualizadas.** Se realizarán durante el periodo que dure la observación. El momento y el lugar de realización será pactado con usted.

DURACION:

El estudio se llevará a cabo durante aproximadamente 6 meses. No se descarta ampliar el periodo de tiempo si se cree necesario ampliar la información.

El tiempo necesario para llevar a cabo la entrevista con usted será de 60-90 minutos aproximadamente. Puede decidir finalizarla en cualquier momento.

El tiempo necesario para realizar la encuesta sociodemográfica será de 10 minutos.

El estudio se llevará a cabo en los hospitales que forman el grupo IDCsalud en Cataluña, que son Hospital General de Cataluña, Hospital Universitario Sagrat Cor y la Clínica del Vallès, todos ubicados en la provincia de Barcelona.

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

A pesar de que no existe ningún riesgo para su salud, es posible que los procedimientos empleados para la realización de este estudio le puedan causarle cansancio o incomodidad.

POSIBLES BENEFICIOS:

A pesar que a usted no le va a suponer un beneficio directo, este estudio, servirá para obtener información que permita aumentar la calidad del cuidado ofrecido por los profesionales de Enfermería.

CONFIDENCIALIDAD:

La información obtenida durante el estudio, se codificará de tal modo, que su identidad se mantendrá confidencial en todo momento. Durante el estudio no se revelará su identidad ni tampoco en el caso que los resultados obtenidos sean publicados por alguna revista o expuestos en algún congreso. Las entrevistas y anotaciones recogidas durante la observación estarán guardados en un lugar seguro por la investigadora principal y no estarán disponibles públicamente.

Los datos personales serán incorporados a un fichero automatizado que ofrece un nivel de protección conforme a la legislación española "(Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos Personales)".

Un Comité Ético independiente ha aprobado el protocolo del estudio y el de esta Hoja de información y Consentimiento Informado.

CON QUIEN HABLAR SI TIENE PREGUNTAS:

Puede hacer todas las preguntas que desee. Del mismo modo le aclararemos todas las dudas que tenga sobre su participación en el estudio.

Si más adelante se da cuenta que necesita resolver o aclarar más dudas, podrá ponerse en contacto con:

Sra. Marisa Martín en el teléfono 555444333

PARTICIPACION VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio de investigación es totalmente voluntaria. No tiene ninguna obligación de participar si no lo desea.

Si decide participar, podrá retirarse del estudio en cualquier momento y sin tener que justificarlo. Su retirada no afectará en ningún caso al trato o cuidado recibido por parte de los profesionales que lo atienden. Puede retirarse del estudio simplemente llamando a la Sra. Marisa Martín al teléfono 555444333.

Su firma a continuación confirma que usted ha leído este documento. Usted recibirá una copia firmada de este documento de consentimiento informado. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de discutir su participación con el investigador.

Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha

PARTICIPANTE

Fecha

DOCUMENTO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marisa Martín Ferreres

TITULO DEL PROYECTO: Valores profesionales: ¿una necesidad en los planes de formación continuada de Enfermería?

Yo, ...con DNI..... decido libremente revocar el consentimiento informado autorizado a fecha sin que por ello se vea afectado el trato y/o cuidados que estoy recibiendo por parte de los profesionales que me atienden .

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha

PARTICIPANTE

Fecha

Anexo 3

PROPUESTA DE GUÍA DE OBSERVACIÓN

Elementos del Contexto (recursos humanos, materiales, turnos, demandas médicas.....)

Llama a la puerta antes de entrar a la habitación

Saluda al entrar y se identifica

Llama al paciente por su nombre

Habla con el paciente o familiares mientras realiza las técnicas necesarias.

Trata con educación al paciente

Se muestra comprensiva con la situación del paciente/familia

Tiene en cuenta las preferencias de los pacientes en relación al cuidado

Afronta asertivamente los conflictos surgidos en su interacción con el paciente/familia

Muestra serenidad y templanza en la ejecución del cuidado

Crea un ambiente de trabajo agradable

Adapta los cuidados a la necesidad individual del paciente

Informa al paciente de las actuaciones que va a llevar a cabo

Guarda la confidencialidad sobre sus pacientes

Respeto la intimidad del paciente y sus familiares

Habla en la habitación de temas que no están relacionados con su trabajo

Redacta con objetividad en la historia clínica lo acontecido en su turno

Acepta las negativas de los pacientes a recibir un tratamiento

Anexo 4

PROPUESTA GUÍA ENTREVISTA PROFESIONAL ENFERMERÍA

¿Qué significa para ti cuidar?

¿Cómo definirías tu manera de cuidar?

¿Cómo te sientes cuidando a los pacientes?

¿Cómo crees que cuidas?

¿Cómo calificarías tu relación con los pacientes y las familias?

¿Cómo crees que se sienten los pacientes con tu forma de cuidar?

¿Qué destacarías como positivo en tu forma de cuidar?

¿Qué destacarías como aspectos a mejorar en tu forma de cuidar? ¿Cómo mejorarías tus prácticas de cuidado?

¿Qué valores consideras asociados al cuidado?

¿En qué medida te crees portadora de estos valores? ¿Cómo asumes estos valores?

¿Cómo expresas tus valores sobre el cuidado en tu práctica profesional?

¿Hasta qué punto eres consciente de los valores que pones en práctica cuando cuidas? Pon algún ejemplo

¿En qué medida sientes que tu práctica es coherente con tu escala de valores?

¿Qué elementos del contexto favorecen o dificultan la aplicación de tus valores en la práctica del cuidado?

Me gustaría que pudieras aportar alguna otra visión sobre los temas tratados o algún otro relacionado que te parezca importante y no haya surgido en la conversación.

Anexo 5

PROPUESTA GUÍA ENTREVISTA PACIENTE

Hábleme de su experiencia, sobre cómo le han cuidado las enfermeras durante su estancia en este centro

¿Qué sería para usted "una buena enfermera"?

¿Qué tipo de profesionales le han atendido?

Describa qué le ha hecho cada profesional y su grado de satisfacción sobre su manera de actuar.

¿Qué requisitos pediría para contratar a una profesional de enfermería?
¿Cuáles de ellos ha observado en las enfermeras que lo han atendido?

¿Qué es lo que más estima a la hora de ser cuidado?

¿De qué manera cree que las enfermeras que le han cuidado han cubierto sus necesidades y sus expectativas?

¿Qué percepción cree que tiene su familia sobre la atención que usted ha recibido de los distintos profesionales, durante su ingreso?

¿Qué considera usted que habríamos de mejorar para satisfacer sus expectativas de cuidado?

¿Qué considera usted que habríamos de mejorar para satisfacer sus expectativas?

¿Qué percepción cree que tiene su familia sobre la atención que usted ha recibido de los distintos profesionales, durante su ingreso?

¿Qué considera usted que tendríamos que mejorar para satisfacer sus expectativas de cuidado?

¿Qué considera usted que deberíamos mantener en las enfermeras para satisfacer las expectativas de los pacientes?

¿En qué medida considera que su familia comparte sus puntos de vista como paciente, respecto a la atención recibida y a las cualidades de las enfermeras?

Me gustaría que pudiera aportarnos otra visión que no hayamos comentado hasta ahora y que sea importante para su satisfacción como paciente

Anexo 6

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Sexo _____

Edad _____

Estado Civil _____

Nº de hijos _____

Localidad de residencia _____

Años finalización estudios Enfermería _____

Última titulación académica obtenida _____

Tiempo de desempeño profesional en actual puesto trabajo _____

¿Ha realizado algún tipo de formación en valores? _____

En caso afirmativo explique el tipo de formación recibida.

Anexo 7

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA PACIENTES

Sexo _____

Edad _____

Estado Civil _____

Nº de hijos _____

Nivel de estudios _____

Localidad de residencia _____

Provincia _____

Número de ingresos durante el último año _____

Situación profesional _____

¿Volvería a ingresar en este hospital? _____

¿Por qué? _____
