



Universitat Autònoma de Barcelona

Departamento De Pedagogía Sistemática y Social
Facultad de Ciencias de la Educación
Doctorado en Educación y Sociedad

Las emociones en la práctica enfermera

Tesis doctoral realizada por:
Guadalupe Sánchez Rueda

Dirección:
Dra. Josefina SALA ROCA
Dra. M.Dolors BERNABEU TAMAYO

Barcelona, Julio de 2013

*A mis hombres, Germán Pau y Guillem,
el regalo que me ha dado la vida.
Sin ellos todo hubiera sido más difícil.*

*A mis hermanas, Ana María y Susana,
mi eterno apoyo emocional.*

*A mis padres, Ricardo y Buensuceso,
quienes me enseñaron el valor del trabajo.*

*A los que no están y fueron parte importante de mi vida,
a Rafa y a José.*

Agradecimientos

En algunos momentos durante la realización de esta tesis pensaba en la redacción de este apartado. Intuía que no sería fácil ni breve pues son muchas las personas que han compartido conmigo, a lo largo de todos estos años, diferentes momentos de este largo camino.

Sin duda a las primeras personas que tengo que agradecerles su apoyo incondicional y su cariño es a mi familia, a mis hijos, Pau y Guillem, y a Germán, mi pareja. Desde la mirada a veces perpleja han sido observadores directos de como intentaba compatibilizar la realización de esta tesis doctoral, a veces sin éxito, con mi vida familiar y profesional. Siempre fue un proyecto de familia, sino no hubiera sido posible. En todo momento han estado ayudándome y ofreciéndome lo mejor de ellos, en diferentes situaciones y de manera especial en la recta final.

El otro gran apoyo lo he tenido en mis padres, Ricardo y Buensuceso, y en mis hermanas, Ana María y Susana. También me quiero acordar de mis sobrinas y sobrino, de Alfonso y de Lola, que de manera indirecta han seguido de cerca mis progresos y dificultades. Siempre han estado detrás de mí, sosteniéndome en esta y en otras circunstancias de la vida. En muchos momentos he pensado lo afortunada que soy por tenerlos, lo saben, pero creo que es un buen momento para recordarlo.

No me quiero olvidar tampoco de las personas que por circunstancias te encuentras a lo largo de la vida y que pasan a formar parte de lo que realmente reconforta cuando miras hacia atrás, tener una larga lista de amigos y amigas, en mi caso casi todas amigas. Algunas comparten esferas personales y profesionales, como Núria y M.José, otras me acompañan desde hace años en lo personal, Leo, Encarni, Manoli, Magda, M.José, Marisa, Imma Gallach, Carmen Martín y Mònica.

Y naturalmente, están mis compañeros y compañeras de trabajo, he sentido siempre y en diferentes momentos el apoyo de todos y cada uno de ellos y ellas. Mi agradecimiento a todos y en especial a Mireia, Helena y Maria Kapanadze. Y muy, muy en especial, a Silvia. Ella sabe lo que me ha apoyado en la recta final, ha sido más que una compañera doctoranda, ha sido y es una gran persona. A todos y todas, amigas y compañeros/as, muchas gracias de verdad.

En este capítulo de agradecimientos hay otras personas que no pueden faltar.

Montse Comellas, como directora me ha dado todo el apoyo necesario para que pudiera cerrar este proyecto que hacía años que se estaba elaborando, pero sin duda, lo que más valoro y agradezco ha sido su paciencia, proximidad y afecto.

Mis directoras de tesis, la Dra. Fina Sala y la Dra. M.Dolors Bernabeu, mi gratitud a las dos. Me han acompañado con conocimientos y con lo que realmente es de gran ayuda en los momentos más complicados, paciencia, tacto y mucha empatía. Muchas gracias a las dos, soy consciente de que he sido una privilegiada por haber disfrutado de vuestro apoyo incondicional.

Y por último, me gustaría hacer una última referencia a todos los estudiantes de enfermería que durante todos estos años me han enseñado la importancia de no perder nunca la ilusión ni la pasión.

De corazón, muchas gracias a todos y a todas por haber formado parte de este proyecto y por haberme acompañado emocional y personalmente.

Resumen

Título: Las emociones en la práctica enfermera.

Antecedentes: Desde la década de los ochenta se ha iniciado una especie de revolución entorno a las emociones y su influencia en el bienestar humano. Desde Gardner (1983) hasta la explosión mediática que supuso la publicación de la obra de Goleman (1995), el interés académico y popular por las emociones ha ido en progresivo aumento. En enfermería este interés no es nuevo. Según diferentes autoras (Peplau, 1990; Watson 1985, 2007), la relación enfermera-usuario puede tener efectos terapéuticos. Cuidar requiere de conocimientos, actitudes y habilidades, entre ellas las de tipo emocional. La investigación en enfermería sobre las emociones, aunque incipiente, está aumentando progresivamente.

Objetivos: Analizar la percepción que tienen los usuarios y las enfermeras del papel de las emociones en los cuidados enfermeros.

Ámbito de estudio: Hospital y centros de Atención Primaria del *Consorci Sanitari de Terrassa* (Barcelona).

Metodología: Se ha realizado un estudio exploratorio-descriptivo con aproximación metodológica mixta (cualitativa y cuantitativa) y de comparación por grupos. La muestra está constituida por 40 participantes (usuarios y enfermeras). Los instrumentos utilizados han sido entrevistas semiestructuradas y cuestionarios.

Resultados: Los usuarios presentan dudas sobre cuál es la función de las enfermeras. No identifican el cuidado como la misión de estas profesionales. Las enfermeras identifican su función principal con *cuidar* pero presentan dificultades para concretar su significado. Los usuarios tienen como expectativa principal recibir buen trato por parte de las enfermeras y éste lo valoran de manera especial. Las enfermeras piensan que los usuarios esperan que sean resolutivas y eficaces. Las enfermeras en su mayoría manifiestan que es necesario realizar atención y cuidado de las emociones, sin embargo los usuarios no perciben que el cuidado de las emociones sea una práctica habitual en estas profesionales. Los usuarios dicen sentirse cuidados emocionalmente cuando las enfermeras los tratan con amabilidad y los escuchan atentamente. Este tipo de cuidado les proporciona sensación de bienestar. Los usuarios y las enfermeras valoran que es necesario que las enfermeras posean habilidades emocionales, especialmente la escucha activa, empatía y la capacidad de gestión emocional, sin embargo, cuando han tenido que identificar las capacidades más importantes para la práctica enfermera, han priorizado las capacidades asociadas a la práctica médica por delante de las de tipo emocional. La mayoría de los participantes entienden que el cuidado emocional es necesario pero perciben que su realización puede perjudicar la eficacia y el equilibrio emocional de las enfermeras.

Conclusiones: Los usuarios no le otorgan un valor profesional y/o terapéutico al tipo de relación que establecen las enfermeras. El cuidado de las emociones aunque se entiende beneficioso, se considera peligroso para la eficacia y el equilibrio emocional de las enfermeras. La empatía, la escucha activa y la capacidad de gestión emocional son habilidades emocionales básicas y constituyentes de la competencia emocional enfermera. La falta de habilidades emocionales se señala como posible causa del poco desarrollo de la atención y cuidado de las emociones. Es necesario replantear la formación enfermera en estas habilidades. Sería relevante continuar las investigaciones que permitan justificar el valor (efectos beneficiosos) del cuidado emocional y la necesidad de potenciar la formación enfermera en habilidades emocionales.

Palabras claves: Enfermería, emociones, habilidades, formación, cuidado.

Índice

Introducción	1
1. Planteamiento del problema	5
1.1. Justificación	5
1.2. Preguntas de investigación	8
1.3. Objetivos	9
2. Marco teórico	11
2.1. Las emociones y la enfermería	12
2.1.1. Las emociones humanas	12
2.1.1.1. Definición, estudio y conceptualización de las emociones	12
2.1.1.2. Antecedentes del estudio de las emociones	13
2.1.1.3. Teorías sobre la emoción	14
2.1.1.4. Componentes y funciones de la emoción	20
2.1.1.5. Tipos de emociones	22
2.1.2. La enfermería como disciplina	23
2.1.2.1. La naturaleza de la enfermería	23
2.1.2.2. Evolución paradigmática de la enfermería	25
2.1.2.3. La enfermería en el contexto español	29
2.1.2.4. El cuidado de las emociones:	34
La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	
2.2. Las competencias emocionales y la enfermería	37
2.2.1. La inteligencia emocional como base de la competencia emocional	38
2.2.1.1. Conceptualización de la inteligencia emocional	38
2.2.1.2. Modelos teóricos de la inteligencia emocional	43
2.2.1.3. Medidas de evaluación de la inteligencia emocional	50
2.2.2. Las competencias emocionales	53
2.2.2.1. El concepto de competencia	53
2.2.2.2. El constructo de la competencia emocional:	55
Hacia una aplicación práctica	
2.2.2.3. Modelos teóricos de la competencia emocional	56

2.2.3. La competencia emocional e investigación en enfermería	60
3. Metodología: diseño y desarrollo empírico	71
3.1. Diseño y técnica de investigación	71
3.2. Elección y características de la muestra	74
3.3. Instrumentos de recogida de datos	75
3.4. Proceso de elaboración del instrumento	76
3.5. Confiabilidad de los instrumentos	79
3.6. Procedimiento de recogida de datos	79
3.7. Consideraciones éticas y legales	81
3.8. Proceso de análisis de la información	82
3.8.1. Entrevistas	82
3.8.2. Cuestionarios	84
4. Análisis de los resultados	87
4.1. Datos sociodemográficos de la muestra	87
4.1.1. Resumen	92
4.2. Análisis de los resultados: Entrevistas	93
4.2.1. Metacategoría: Propósito de la práctica enfermera	93
4.2.2. Metacategoría: Aspectos relevantes de la práctica enfermera	117
4.2.3. Metacategoría: Emociones y práctica enfermera	140
4.3. Análisis de los resultados: Cuestionarios	177
4.3.1. Propósito de la práctica enfermera	177
4.3.2. Aspectos relevantes de la práctica enfermera	184
4.3.3. Emociones y práctica enfermera	192
4.4. Resumen de los resultados	199
5. Discusión	203
6. Conclusiones	223
7. Limitaciones del estudio	227
8. Líneas de investigación	229
8.1. Propuesta formativa	231
Bibliografía	235

Anexos		251
I.	Tabla resumen de los resultados	253
II.	Modelo de entrevista	259
III.	Modelo de cuestionario	265
IV.	Solicitud autorización	275
V.	Informe Comité de Ética	279
VI.	Documento informativo	283
VII.	Consentimiento informado	287

Introducción

La investigación que se presenta tiene como tema de estudio las emociones en la práctica enfermera. El interés por él se gestó en la investigadora hace años, mucho tiempo antes de iniciar su formación en el programa de doctorado.

Como enfermera, a lo largo de mi actividad asistencial he podido observar como la enfermería ha ido evolucionando como disciplina de manera progresiva, tanto en el ámbito asistencial como en el académico. Sin embargo, todo y que la atención humana y técnico-sanitaria acostumbra ser de calidad, el papel que les corresponde desarrollar a las enfermeras¹ como agentes de salud y expertas cuidadoras profesionales, todavía está lejos de ser una realidad.

El cuidado humano desde un enfoque profesional es la principal misión de las enfermeras. En España desde hace décadas estas profesionales reciben una amplia y rigurosa formación universitaria que pretende capacitarlas para atender las necesidades de las personas, familias y/o comunidades desde un enfoque integral de los requerimientos de salud de los individuos.

En determinadas situaciones, cuando las personas enferman o presentan problemas de salud, necesitan de un profesional que escuche, acompañe, aconseje, y en definitiva, les ayude a satisfacer sus necesidades y a gestionar angustias, miedos, sentimientos, etc. Y en estas circunstancias, las enfermeras tienen un gran papel y responsabilidad que deberían poder ejercer desde su capacitación profesional.

Desde hace ya algunos años, mi actividad como docente en enfermería me ha permitido compartir la ilusión, la motivación y las ganas de transformar el mundo que desde primer curso presentan las nuevas generaciones de enfermeros y enfermeras. Pero, desafortunadamente también he sido testigo de cómo, al acabar su formación e incorporarse al mundo asistencial, reajustan sus proyectos a un contexto

¹Siguiendo las recomendaciones de la *Guía para el uso no sexista de la lengua en la Universitat Autònoma de Barcelona*, en esta tesis doctoral se utiliza la forma femenina *enfermera* para referirnos de manera indistinta tanto a los enfermeros como a las enfermeras: “En el caso de las *enfermeras*, el uso de la forma femenina también sería recomendable en el sentido de hacer visibles a las mujeres en esta profesión; en cambio, el uso del masculino (*los enfermeros*) como genérico sería claramente invisibilizar a las mujeres y quitarles el protagonismo que, sin duda, tienen en esta profesión” (p. 35).

laboral que no siempre favorece ni parece esperar el desarrollo de cuidados enfermeros de calidad que contemplen todas las dimensiones de las personas.

Desde el convencimiento de que las personas tienen derecho a recibir todo el potencial de cuidados que las enfermeras están capacitadas para ofrecer, y desde la tremenda inquietud que hace años me genera formar para la excelencia profesional sin facilitar recursos y habilidades que permitan el propio cuidado de las enfermeras; cuando inicié mis estudios de doctorado y empecé a adentrarme en el mundo de las emociones, intuí un fructífero, futuro y necesario camino de investigación en ciencias de la salud que podría ayudar a mejorar el cuidado humano, tanto el propio como el ajeno.

Por ese motivo, durante la formación en el programa de doctorado, ya decidí centrar el trabajo de investigación correspondiente a esta etapa formativa en el ámbito del estudio de las emociones en enfermería.

Esta primera investigación consistió en la realización de un estudio de medida y comparación del constructo de inteligencia emocional en estudiantes de cuatro titulaciones universitarias diferentes: Educación Social, Ingeniería, Óptica y Enfermería².

Los resultados de este primer estudio ya fueron interesantes, aportaron conocimiento y sugirieron posibles líneas de investigación.

En los estudiantes de enfermería los resultados apuntaban a que la formación de pregrado no tenía un claro impacto en la mejora de su capacitación emocional y que incluso, a medida que avanzaban en su formación, algunas dimensiones de la inteligencia emocional, como la tolerancia al estrés, empeoraban.

La investigación sobre las emociones en España es incipiente y la mayoría de los estudios han centrado su interés en la medida de la inteligencia emocional y en el impacto negativo de las emociones en la salud. Por ello, cuando me planteé la continuidad de mi etapa formativa con la realización de la presente tesis doctoral,

² Esta investigación se desarrolló durante el curso 2006-07 y en ese momento los estudios analizados eran diplomaturas con tres años de formación.

consideramos necesario para iniciar una línea de investigación sobre el papel de las emociones en la práctica de los cuidados enfermeros, empezar por un análisis exhaustivo de la situación de los cuidados emocionales en nuestro contexto desde la percepción de los propios protagonistas, los usuarios y las enfermeras.

A continuación se presenta la investigación realizada en el marco de esta tesis doctoral. Este estudio consta de dos partes. En la primera desarrollamos el marco teórico formado por dos capítulos en los que situamos los referentes teóricos de esta investigación.

En la segunda exponemos el desarrollo empírico del estudio, el análisis de los resultados, la discusión realizada y las conclusiones a las que se han llegado. Integrando esta segunda parte, también se muestran las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación que se proponen.

Por último, y cerrando la exposición de esta tesis, ofrecemos una aproximación al diseño de una propuesta formativa en competencias emocionales en enfermería, a modo de prospectiva, elaborada a partir de los resultados, la literatura consultada y el proceso de reflexión que ha acompañado el desarrollo de esta investigación.

1. Planteamiento del problema de investigación

En este capítulo como parte del planteamiento del problema de investigación se presentan los principales elementos que guían la investigación. A continuación se describe y se concreta la justificación del problema, las preguntas de investigación y los objetivos que se pretenden alcanzar con el desarrollo de este estudio.

1.1. Justificación del problema

Desde la década de los ochenta se ha iniciado una especie de revolución entorno a las emociones y su influencia en el bienestar humano. Sin embargo, el estudio de las emociones ha sido un tema de interés que se remonta a épocas anteriores. Primero la filosofía y más tarde la psicología se han preocupado de intentar describir y explicar durante años esta dimensión del ser humano

Las emociones son parte de la propia condición humana y son un elemento fundamental de la vida de las personas. Por ello, como cualquier otra parte del ser humano puede necesitar en un momento dado de atención y cuidado.

Desde Gardner (1983) hasta la explosión mediática que supuso la publicación de la obra de Goleman (1995), el interés académico y popular por las emociones ha ido en progresivo aumento. En enfermería este interés no es nuevo. Desde sus inicios formales como disciplina se pueden identificar diferentes visiones y propuestas de cuidados que tienen en consideración, además del cuidado del cuerpo, la atención a otros aspectos del ser humano relacionados como la cultura, la espiritualidad, las emociones, etc. No obstante, la enfermería contemporánea, influenciada como otras disciplina por los nuevos paradigmas de la ciencia, no solo está renovando su interés por el papel de las emociones en el cuidado humano, sino que también se está preocupando del impacto de estas emociones en las responsables de estos cuidados, las enfermeras.

En el contexto español desde hace más de cuatro décadas las enfermeras reciben una formación marcada profundamente por la influencia de las nuevas corrientes de pensamiento enfermero que sitúan a la persona en el centro de todo el proceso asistencial, donde la naturaleza del conocimiento no es objetiva sino subjetiva y en

donde la acción enfermera se desarrolla en un clima de interacción constante con los usuarios.

A pesar de que desde diferentes y recientes enfoques se defiende que la relación enfermera-usuario puede tener efectos terapéuticos (Damasio, 2006; Peplau, 1990; Watson 1985, 2007; Williams e Irurita, 2004, 2006), una mirada atenta a la realidad asistencial parece indicar que, lejos de los nuevos paradigmas de la disciplina, y a pesar del cambio filosófico-formativo experimentado durante las últimas décadas, tanto los usuarios como las enfermeras parecen no haber incorporado que la atención y cuidado de la dimensión emocional de las personas podría tener efectos muy beneficiosos.

Según Jovell (2012), los profesionales de la salud, y sin duda entre ellos las enfermeras, dan por asumido que los usuarios esperan su competencia científica y técnica. Pero sin embargo, afirma que entre los usuarios crece la demanda de un trato más humano y no sólo la solicitud de tratamiento.

Cuidar en la complejidad, que acostumbra a ser la situación a la que a menudo se enfrentan las enfermeras, no es en absoluto fácil. Requiere de conocimientos, actitudes y habilidades. Pero si además se pretende la excelencia en el cuidado, contemplando todas las dimensiones de las personas, entre ellas la emocional, y actuando como instrumento terapéutico, se está exigiendo que las enfermeras tengan una alta capacitación profesional, donde una formación integral las ha de dotar de recursos que las pueda ayudar a hacer frente a este difícil reto.

La necesidad de una sólida formación toma más relevancia si cabe si tenemos en cuenta la situación de los actuales contextos laborales donde las enfermeras están desarrollando su actividad. En los últimos años se ha podido observar cómo los modelos de gestión sanitaria, eminentemente economicistas, están situando el ratio enfermera/usuario en los más bajos de Europa (Consejo General de Enfermería, 2007), haciendo que la práctica enfermera requiera de muchos recursos que van más allá de la adquisición de conocimientos y habilidades técnico-sanitarias.

Una buena prueba que indica la dureza del entorno laboral actual en el contexto español es el alto grado de absentismo laboral, la alta mortalidad profesional –

entendida como abandono de la profesión-, y la presencia continuada e importante de profesionales con claros signos de cansancio profesional (Gil-Monte, 2005a).

El problema se agrava cuando otros elementos se añaden a este escenario, como la necesaria y creciente atención a la diversidad, el progresivo envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, el incremento de la demanda de atención especializada en atención a las patologías crónicas, etc.

Llegado a este punto, se puede afirmar que las actuales y futuras enfermeras tienen que hacer frente a multitud de *inputs* que les afectarán directamente como personas y como profesionales. Algunos de estos son inherentes a la práctica del cuidar y a veces son extremadamente difíciles de manejar, como el dolor, el sufrimiento, la desesperanza, la muerte, etc. Otras veces, estos estímulos tienen más que ver con el hecho de trabajar de manera continua en equipos humanos que necesitan de la mutua colaboración para el buen funcionamiento de la práctica sanitaria, y que a veces, por no decir de manera habitual, conllevan situaciones de aceptación o de rechazo por parte de los integrantes del grupo, enfrentamientos entre miembros, situaciones de tensión grupal ante la resolución de conflictos, etc. Y por último, las influencias que se derivan de la continua presión asistencial, la falta de recursos, la falta de reconocimiento social, etc.

Dado que el cuidado de las emociones aporta un claro beneficio a los usuarios, y por extensión a la sociedad, es imprescindible ayudar a que las enfermeras lo puedan realizar. Como se ha expuesto hasta el momento, el contexto donde se desarrolla la práctica enfermera actual es complejo y requiere más que nunca que las enfermeras, además de conocimientos y habilidades técnico-sanitarias, posean capacidades emocionales que les permitan desarrollar un cuidado integral y de calidad sin comprometer la propia salud emocional.

Como se ha comentado en la introducción, en España la investigación sobre las emociones en enfermería es incipiente y la mayoría de los estudios se han centrado en la medida de la inteligencia emocional y en los efectos negativos de las emociones. Por ello se considera que la presente investigación es pertinente porque aportará conocimientos más específicos sobre el estado del cuidado de las emociones

en el contexto español, como es percibido, las características que lo definen, las habilidades emocionales necesarias para su desarrollo, etc. Así mismo, este análisis exhaustivo del contexto permitirá identificar los factores que influyen en la realización o no de este tipo de cuidado, al mismo tiempo que sugerirá líneas de investigación en un ámbito de interés social nuevo y emergente. Y en definitiva, y como propósito más importante, contribuirá con sus aportaciones a la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros, y por tanto, al bienestar de la sociedad.

A continuación se presentan las preguntas y los objetivos de la investigación que completaran el planteamiento del problema de investigación de este estudio.

1.2. Preguntas de investigación

Nuestras preguntas de investigación son:

1. ¿Qué percepción tienen los usuarios y las enfermeras de la función que éstas desarrollan?
2. ¿Qué aspectos de la práctica enfermera son percibidos por los usuarios y las enfermeras como los más relevantes?
3. ¿Qué percepción tienen los usuarios y las enfermeras del papel de las emociones en el desarrollo de los cuidados enfermeros?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Analizar la percepción que tienen los usuarios y las enfermeras del papel de la emociones en los cuidados enfermeros.

Objetivos específicos

- Explorar la percepción que tienen los usuarios y las enfermeras de la función que éstas desarrollan en el ámbito asistencial.
- Identificar qué aspectos de la práctica enfermera son valorados como más relevantes por los usuarios y las enfermeras.
- Comparar la percepción que tienen los usuarios y las enfermeras del papel de las emociones en los cuidados enfermeros.

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico en el que se basa esta investigación consta de dos capítulos. En el primero se presentan los aspectos claves que permiten situar al lector en el fenómeno de las emociones humanas y la naturaleza de la enfermería. En primer lugar se expone la definición, estudio y conceptualización del concepto de emoción, así como se describe su función y principales componentes. En segundo lugar, se detalla la naturaleza de la enfermería, se introducen los tres grandes paradigmas que la han influenciado como disciplina y se sitúa brevemente el contexto de la enfermería española. Por último y cerrando este apartado, se examina la *Teoría del Cuidado Humano* de la Dra. Watson como referente teórico para el cuidado de las emociones.

En el segundo capítulo, se presenta la definición de competencia, se realiza una aproximación al constructo de inteligencia emocional y se examinan diferentes propuestas teóricas sobre la conceptualización de la competencia emocional. Cerrando este apartado y como punto final del marco teórico, se sitúa el estado actual de la investigación sobre el papel de las emociones en la práctica enfermera, resaltándose de manera especial las evidencias identificadas sobre el cuidado emocional como recurso para la salud y bienestar de los usuarios, la prevención de las alteraciones psicosomáticas en las enfermeras y la relación de las habilidades emocionales con el rendimiento, el trabajo en equipo, el liderazgo y la formación en enfermería.

2.1. Las emociones y la enfermería

2.1.1. Las emociones humanas

2.1.1.1. Definición, estudio y conceptualización de las emociones

Etimológicamente la palabra emoción proviene del latín *motere* y significa impulso que provoca la acción. Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), *emoción* “es una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática” (p. 883).

Las emociones se caracterizan por estar presente en la vida de los seres humanos y son un elemento fundamental de ésta. En general la mayoría de los actos de las personas van asociados a una o varias emociones.

Las emociones son un fenómeno intrínseco a la propia condición humana. Sin embargo, no todas las acciones humanas provocan siempre una emoción, algunas acciones implican una sensación agradable o de comodidad pero no necesariamente generan una emoción (Lazarus y Lazarus, 2000).

Según Schmidt-Atzert (1985), a pesar de que la investigación psicológica de las emociones tiene ya una trayectoria de más de un siglo, el concepto de emoción es uno de los peores definidos en psicología.

La existencia de diferentes enfoques y modelos teóricos donde enmarcar el concepto de emoción, ha contribuido a la dificultad para crear una definición universalmente aceptada. Según el modelo teórico de partida y según las variables que considere que intervienen, cada propuesta ofrece una definición de emoción. Al mismo tiempo y como consecuencia de estos diferentes enfoques, se ofrece en ellos una visión fragmentada de la emoción según el foco de atención de cada uno. Por lo tanto se puede afirmar que cada definición de emoción lleva implícita una posición teórica de partida (Casacuberta, Limonero y Villamarín, 2003; Palmero, García-Fernández, y Sánchez, 2002).

En un intento de definir la emoción de manera que reuniera el mayor número posible de los aspectos que aparecían en los diferentes modelos teóricos y después de la

realización de un gran trabajo de recopilación de diversas fuentes de información, en 1981 el matrimonio Kleinginna propuso la siguiente definición:

“La emoción es un conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuro-hormonales, que pueden dar lugar (a) a experiencias afectivas como pueden ser los sentimientos de excitación, placer o disgusto; (b) generar procesos cognitivos como la percepción de efectos, evaluaciones o etiquetaciones; (c) activar ajustes fisiológicos generalizados a las condiciones que suscitan y (d) dar lugar a un comportamiento que a menudo, aunque no siempre, es expresivo, adaptativo y va dirigido hacia una meta concreta.” (p. 355)

2.1.1.2. Antecedentes del estudio de las emociones

La emoción como centro de estudio despertó en un primer momento el interés de filósofos y pensadores. Platón y Aristóteles ya realizaron aportaciones teórico-filosóficas sobre las emociones humanas. Fundamentalmente Aristóteles en su obra *Retórica* presenta ya una primera aproximación teórica clara. Para él la emoción es toda afección del alma acompañada de dolor o de placer y se caracteriza por poseer tanto elementos racionales como creencias o expectativas. En sus aportaciones sobre la emoción se sitúa, según algunos autores, los indicios del desarrollo posterior de las teorías cognitivas de la emoción. (Casacuberta, 2000).

Otro filósofo que dedicó atención al tema de las emociones fue Descartes en su obra *Tratado de las pasiones del alma*. Según este pensador las emociones son modificaciones del alma producidas por el movimiento de los espíritus vitales. La función de las emociones es estimular al alma para que permita mantener o mejorar el cuerpo (planteamiento dualista). Sin embargo, sus aportaciones han sido cuestionadas recientemente por estudiosos contemporáneos como Lyons (1993) en su obra *Emoción* y Damasio (2006) en *El error de Descartes* (Casacuberta, 2000).

A partir del siglo XIX las emociones, igual que otros temas relacionados con la mente, empiezan a atraer el interés de los científicos. Es entonces cuando el considerado padre de la psicología, William James, dentro de su obra *Principios de*

Psicología dedicará todo un capítulo al tema de las emociones. A partir de esta primera aportación se inició un proceso donde las emociones y su estudio ocuparían un lugar importante dentro de la psicología desde finales del siglo XIX hasta las actualidad (Casacuberta, 2000).

2.1.1.3. Teorías sobre la emoción

En un intento de aportar luz sobre el tema de las emociones, y como consecuencia de las diferentes interpretaciones del fenómeno, a lo largo del tiempo han surgido diversas y variadas teorías que han intentado explicar qué son, qué función tienen y como interaccionan con otras estructuras del cuerpo humano.

Una primera clasificación fue la aportada por Lyons (1993) quien distinguió cuatro grandes teorías: la *teoría del sentimiento*, la *conductista*, la *psicoanalítica* y la *cognitiva*. Más tarde, otras clasificaciones más recientes distinguen tres grandes enfoques teóricos: las *teorías clásicas*, las *teorías evolutivas y de adaptación* y las *teorías cognitivo-sociales*.

En general, las primeras teorías que aparecieron (clásicas) han puesto los fundamentos de las posteriores. Todas y cada una de estas teorías han partido de aportaciones previas y han sugerido nuevos postulados que han permitido el avance en el estudio y conocimiento de este fenómeno. Desde las propuestas iniciales de James, Lange, Cannon, etc., hasta las más recientes provenientes de las neurociencias, el avance en el conocimiento de las emociones ha sido notable. A continuación, y siguiendo la propuesta de Casacuberta et al. (2003), se presentan las principales teorías:

Teorías clásicas

Dentro de las teorías clásicas se situarían la teoría de James-Lange y la de Cannon-Bard, dos propuestas que aparecieron a finales del siglo XIX y que han servido como base del desarrollo de las posteriores aportaciones teóricas.

La teoría de James-Lange³ defiende la idea de que la emoción se deriva de la percepción de cambios corporales. La emoción se tiene que entender como un tipo especial de sensación. Ésta no se produce como consecuencia directa de la percepción de un estímulo, sino que éste provoca cambios corporales y estos cambios percibidos por el ser humano son los que provocan la emoción (Reeve, 2010).

Las críticas más importantes a la teoría de James-Lange procedieron de Waltern B. Cannon. Según este autor, para experimentar una determinada emoción se tienen que producir una serie de sucesos consecutivos: primero la percepción del estímulo y segundo la posterior activación del tálamo. Al activarse el tálamo se produce dos efectos simultáneos, por un lado se activan los músculos y las vísceras y por el otro se envía un *feedback* informativo hacia la corteza cerebral produciéndose como consecuencia la emoción (Palmero, Martínez, Huertas, 2008).

La teoría de Cannon propone la existencia de centros específicos en el sistema nervioso central responsables de la experiencia emocional y por ello se considera que este autor realiza una aportación muy importante al inicio de la tradición neurológica en el estudio de las emociones (Bisquerra, 2009).

Teorías evolutivas y de adaptación

Estas teorías defienden la idea de que las emociones son características biológicas presentes en todos los humanos. En la misma línea de lo que en su momento planteó Darwin (1844) sobre las emociones y el aspecto adaptativo de éstas, estudios relativamente recientes han demostrado que ciertos hechos relacionados con las emociones son innatos y no aprendidos, por lo que al parecer ciertas características de las emociones podrían tener, entre otras, una función de regulación y de adaptación al entorno (Casacuberta et al., 2003).

La idea fundamental de Darwin (1844) era que los individuos y sus características evolucionaban a lo largo del tiempo como un sistema de adaptación y supervivencia

³ Esta teoría recibe esta denominación porque William James (filósofo y psicólogo norteamericano) y Carl Lange (fisiólogo danés) presentaron casi en paralelo y con el mismo enfoque sus ideas en relación a las emociones. Ambos entienden la emoción como el resultado de la percepción de cambios corporales pero en el caso de Lange se refiere exclusivamente a los cambios de tipo vascular.

en un entorno potencialmente hostil. En su obra *La expresión de las emociones en el hombre y los animales* escribió las características principales de la emoción humana y anunció que éstas son heredadas por todos los individuos de la especie humana.

Entre los principales autores contemporáneos de orientación neodarwinista cabría destacar a Paul Ekman, Carrol Izard y Robert Plutchik quienes defienden la idea de la existencia de unas emociones básicas, innatas y universales, a partir de las que se originan las emociones secundarias (Palmero, et al., 2002).

Ekman (1994) plantea que las emociones básicas tienen la característica de ser interpretadas de la misma manera por todos los seres humanos independientemente del contexto social y cultural. Estas emociones se caracterizan por ser limitadas, tienen un gran valor adaptativo y por ello se han mantenido a lo largo de la evolución humana y su combinación da lugar a emociones complejas.

Según Izard (1984) la principal función de la emoción es actuar como una fuerza de motivación. Distingue diez emociones básicas y cada una de ellas posee una cualidad subjetiva única que se corresponde con una expresión facial concreta. El resto de las emociones no básicas son el resultado de la combinación de las diez fundamentales que según este autor son: alegría, miedo, sorpresa, culpa, vergüenza, tristeza, asco, desprecio, interés y rabia.

Por su parte Plutchik (1984) centra el foco de estudio de las emociones en el papel que éstas desempeñan en la supervivencia del organismo. Según este autor, cada emoción básica (en concreto propone ocho) tiene una determinada función adaptativa que ayuda al organismo a adaptarse al medio.

Años más tarde Plutchik (2002) reconocería la existencia de emociones secundarias producto de la combinación de las básicas o primarias. Con un planteamiento psicoevolutivo este autor reformula sus aportaciones teóricas iniciales y postula que las emociones secundarias son un producto típicamente humano resultado de operaciones cognitivas.

Teorías cognitivistas

Las teorías cognitivas en el estudio de las emociones se caracterizan por conceptualizarlas como estados mentales que hacen referencia al mundo exterior.

Se considera que uno de los precursores de las teorías que defienden la existencia de interacción entre la actividad fisiológica y los procesos cognitivos es Gregorio Marañón (1924). Según él, es imposible que se produzca una emoción sin activación fisiológica de la misma manera que no puede existir una emoción sin componente cognitivo (Bisquerra, 2009).

Años más tarde y siguiendo las aportaciones de Marañón, Schachter-Singer (1962) plantean los postulados de su teoría bifactorial donde postulan que cualquier emoción estaría formada por un factor de carácter fisiológico indeterminado y un factor cognitivo. El factor fisiológico sería común a todas las emociones y consistiría en una excitación nerviosa y el factor cognitivo aportaría información sobre el tipo de emoción. Según esta teoría la cognición representa un componente esencial en cuanto que permite al organismo localizar la cualidad de la emoción en el estado de activación indiferenciada que se experimenta (Bisquerra, 2009; Casacuberta et al, 2003; Palmero y Fernández-Abascal, 1998; Reeve, 2010).

A partir de esta teoría, otros autores han desarrollado propuestas teóricas similares aportando matizaciones a la propuesta original de Schachter-Singer. Por un lado está Fridja quien, en relación al tema de la existencia de dos factores en todas las emociones, está de acuerdo con la existencia de un factor fisiológico pero considera que este factor no es indeterminado, puede ser de dos tipos: placentero o no placentero. También argumenta que un hecho común a todas las emociones es que producen necesariamente cambios fisiológicos y cognitivos (Casacuberta et al., 2003; Reeve, 2010).

Otra teoría cognitiva que sigue la línea de lo planteado por Fridja es la teoría aportada por Lang quien comparte con el anterior autor la creencia de que las emociones son tendencias que predisponen a la acción. Según Lang las emociones se pueden clasificar según dos estados emocionales diferentes: la valencia afectiva o tono hedónico y la intensidad de la activación (Bisquerra, 2009).

Otro de los autores a destacar dentro de este enfoque teórico es Richard Lazarus quien a partir y de acuerdo con las aportaciones de Fridja (quien distingue tres fases en las emociones: *evaluación del objeto*, *evaluación del contexto* y *preparación para la acción*), centra sus aportaciones en el estudio específico de la fase de evaluación del objeto.

Desde la perspectiva de Lazarus (2000), en la etapa de evaluación del objeto se producen tres procesos en la persona evaluadora de la emoción: decisión de si el objeto es significativo, determinación de la congruencia en relación (con los planes y objetivos del evaluador) y tipo de implicación subjetiva. Según este planteamiento Lazarus defiende que este proceso de evaluación está determinado totalmente por un proceso únicamente cognitivo).

Según Lazarus (2000) para experimentar una emoción, además de los cambios corporales, es necesaria una primera etapa donde el individuo evalúa la situación. Sin esta primera etapa valorativa-cognitiva es imposible que se experimente una emoción.

En relación con las aportaciones de las teorías cognitivas y realizando una fuerte crítica a las aportaciones de Lazarus hay que destacar el trabajo desarrollado por Zajonc. Este psicólogo social no está de acuerdo con el planteamiento de que todas las etapas de evaluación sigan un patrón igual en las diferentes emociones y personas. A partir de diferentes experimentos demostró que las preferencias dentro de esta etapa pueden ser diversas sin que necesariamente haya un proceso de cognición detrás. Zajonc (1984) plantea que la emoción es independiente de la cognición y hasta incluso puede presentarse antes que ésta.

Uno de los modelos más representativos en la actualidad del estudio cognitivo de las emociones es el que han aportado Ortony y sus colaboradores (1996). Estos autores aceptan la existencia de diferentes dimensiones en el fenómeno de las emociones pero otorgan una importancia prioritaria al factor cognitivo. En concreto, defienden que las emociones “proceden de las interpretaciones cognitivas impuestas a la realidad externa y no directamente de la realidad en sí misma” (p. 5). Ahora bien, estos autores reconocen que determinadas emociones requieren de más elaboración

cognitiva que otros y que el proceso cognitivo no siempre se sitúa en el plano consciente.

Otras aportaciones dentro del marco cognitivo, pero con claras contribuciones a los postulados defendidos por los enfoques biológicos y evolutivo, son las que se están realizando recientemente desde la neurociencia. Autores como LeDoux (1999) y Damasio (2006) están contribuyendo con sus trabajos al mejor conocimiento del papel que las estructuras cerebrales tienen en relación a los procesos emocionales.

LeDoux (1999) aporta la idea de la existencia de una estructura (la amígdala) que como centro neurálgico coordina las conexiones neuronales de las emociones. Algunos autores (Palmero et al., 2002) sitúan a LeDoux y a su planteamiento teórico dentro de los modelos psicobiológicos actuales ya que propone la existencia de dos tipos de respuestas emocionales: una inmediata e involuntaria y otra parcialmente controlada e influenciada por las experiencias individuales de cada individuo ante situaciones similares.

Según el propio LeDoux (1999) la resolución del eterno conflicto entre pensamiento y emoción podría pasar por un planteamiento de los procesos emocionales como el resultado de la integración equilibrada de razón y pasión.

Damasio (2006) por su parte plantea que el cuerpo es el sustrato del pensamiento y defiende que la mente se rige por las mismas leyes que la materia. Oponiéndose al planteamiento cartesiano considera que la razón no es tan pura como se pensaba y que ésta está claramente influenciada por las emociones.

Según Damasio (2006) las emociones juegan un papel fundamental en las valoraciones, juicios y las decisiones que se derivan. También, y en contraste con las teorías clásicas neurobiológicas, sostiene que las redes neuronales de donde surgen las emociones incluyen, además del sistema límbico, estructuras cerebrales tales como la corteza prefrontal y los sectores del cerebro que integran señales somáticas.

Por último, dentro de las aportaciones contemporáneas al estudio de las emociones cabe destacar los trabajos realizados por autores que han sido situados dentro de lo que se ha denominado como *constructivismo social*. Uno de los más representativos

es James R. Averill (1988) quien defiende que las emociones se caracterizan por haber sido construidas socialmente.

Según Averill (1988) la sociedad modela las emociones, tanto a nivel de expresión como de experiencia emocional, La sociedad y la cultura proporcionan esquemas interpretativos de las situaciones emocionales al mismo tiempo que las genera. Por ello, considera que las emociones mayoritariamente son patrones de respuesta elaborados socialmente (Casacuberta et al., 2003).

Cabe señalar que a grandes rasgos el debate en el estudio de la emoción se ha centrado en la confrontación biología versus cognición. A pesar del reconocimiento de la mayoría de los investigadores de que los aspectos cognitivos y los aspectos biológicos sustentan las emociones, la cuestión de cuáles de éstos es el primario no ha quedado resuelta Algunos investigadores argumentan la primacía de la cognición (Richard Lazarus, Klaus Scherer, Bernard Weiner, James Averill) mientras que otros (Carroll Izard, Paul Ekman, Jaak Panksepp, Robert Zajonc) defienden que las reacciones emocionales no necesariamente requieren tales evaluaciones cognitivas (Reeve, 2010).

Sin embargo, actualmente se acepta de manera mayoritaria que las emociones son sistemas cognitivos que permiten reajustar la importancia que damos a ciertos objetivos y facilitan el cambio de unos planes por otros cuando se modifican dichos objetivos. También se acepta que buena parte de estos cambios son automáticos (Casacuberta et al, 2003).

2.1.1.4. Componentes y funciones de la emoción

En general existe un cierto consenso en considerar que las emociones están constituidas por tres componentes básicos: el componente *cognitivo-experiencial* (subjetivo), el componente *observable* (conductual) y las *respuestas fisiológicas* (componente neurofisiológico-bioquímico) (Izard, Kagan y Zajonc, 1984).

Mientras que el componente fisiológico de la emoción tiene como objetivo la activación y preparación física del organismo y comporta cambios en la actividad del sistema nervioso y sistema endocrino de la persona, el componente conductual-

expresivo se caracteriza por la presencia de cambios conductuales, posturales, de expresión facial, etc., y el cognitivo-experiencial se caracteriza por la experimentación subjetiva de la emoción y por los pensamientos (Bisquerra, 2009; Casacuberta, et., 2003; Reeve 2010).

Las emociones cumplen diferentes funciones. Según Reeve (2010) se pueden distinguir tres principales: las *adaptativas*, las *sociales* y las *motivacionales*:

- La emoción desde su *función adaptativa* prepara al organismo para que ejecute eficazmente la conducta necesaria ante una situación ambiental concreta, poniendo en marcha todo la energía necesaria para ello y realizando una conducta de acercamiento o alejamiento hacia un objetivo concreto. El papel de las emociones como mecanismo de adaptación ya fue planteado por Darwin (1984) quien distinguió tres tipos de procesos emocionales: los *reflejos* (de carácter innato), los *hábitos* (que se crean en función de la práctica y como consecuencia de asociaciones) y los *instintos* (acciones complejas como los hábitos y hereditarios como los reflejos)
- Las emociones también tienen una *función social* pues la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas. Facilitan la comunicación de los estados emocionales, regulan el comportamiento de los otros, facilitan las interacciones sociales y promueven la conducta prosocial.
- En relación con su *dimensión motivacional*, las emociones son consideradas como la energía que impulsa la conducta motivada. Motivación y emoción son dos aspectos de la conducta humana que presentan estrechas relaciones. En cierto modo se puede afirmar que la conducta motivada se impulsa y dinamizada por las emociones al mismo tiempo que ésta puede provocar una reacción emocional u otra.

Sin embargo, hay que precisar que la funcionalidad de las emociones está estrechamente relacionada con la regulación o control de éstas. Es decir, para que las emociones puedan cumplir sus funciones, se tienen que manifestar en un contexto apropiado y con la intensidad necesaria (Casacuberta, et al., 2003).

2.1.1.5. Tipos de emociones

La existencia de múltiples y diversos enfoques teóricos sobre las emociones también ha influenciado en la clasificación tipológica de las emociones.

Desde la perspectiva biológica se plantea *un modelo discreto o categórico* de las emociones donde se defiende la existencia de emociones *básicas* o *universales*, de las que se derivarían el resto de las reacciones afectivas. Estas emociones básicas se caracterizarían por aparecer muy pronto en el desarrollo de los individuos y por ser mecanismos de supervivencia automáticos y funcionales que tienen los individuos al nacer (Reeve, 2010).

Dentro de la perspectiva biológica, Izard (1984) plantea que las emociones básicas tienen una base neuronal concreta, presentan una única expresión facial, poseen una cualidad subjetiva única y producen consecuencias conductuales concretas. Sin embargo, no todos los investigadores dentro de este enfoque comparten los planteamientos de este autor y por ello existe una cierta disparidad de opinión en relación al número de emociones básicas existentes, oscilando éstas entre cuatro y diez según la línea de investigación.

Por su parte, desde el enfoque cognitivo se sostiene que los seres humanos tienen un repertorio de emociones amplio y rico que va más allá del planteamiento de la existencia de unas únicas emociones básicas. Los investigadores que se sitúan dentro de este marco teórico consideran que además de las emociones primarias, los seres humanos presentan emociones secundarias. Éstas se adquieren progresivamente a medida que los individuos aprenden a interpretar las situaciones de maneras diferentes en función de la experiencia, el lenguaje, la cultura, etc. (Reeve, 2010).

Siguiendo el planteamiento más general sobre las tipologías de emociones propuesto por Damasio (2006), se podría concretar que existen las emociones *primarias* o *básicas* y las emociones *secundarias* o *sociales*. Dentro de las emociones primarias se situarían las emociones consideradas innatas (éstas se caracterizan por no estar vinculadas a la cultura ni a contextos sociales) y formando parte de las emociones secundarias o sociales estarían el orgullo, los celos, la lástima y la vergüenza (estas

emociones se caracterizan por estar claramente influenciadas por aspectos culturales y sociales).

Actualmente y como conclusión, independientemente de la disciplina y el marco teórico de partida, parece haber cierto consenso al considerar que las emociones son fenómenos complejos multifactoriales que incluyen valoraciones cognitivas, expresiones o conductas manifiestas, tendencia a la acción y que presentan un claro aspecto subjetivo (Bisquerra, 2009; Lazarus y Lazarus, 2000; Casacuberta et al., 2003; Reeve, 2010).

2.1.2. La enfermería como disciplina

2.1.2.1. La naturaleza de la enfermería

La palabra enfermería aparece junto al término *enfermedades* (del latín *infirmas*) con el nacimiento de la medicina moderna alrededor del siglo XVIII (Quintanas, 2002).

Es un término relativamente nuevo que define la actividad de las enfermeras reduciéndola a cuidar a personas enfermas y que ha contribuido a una interpretación reduccionista de la compleja actividad que desarrollan estas profesionales, que va más allá de la realización de cuidados y aplicación de tratamientos vinculados a la enfermedad.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) la enfermería “abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.

Desde la perspectiva de diferentes autoras (Collière, 1993; Orem, 1993; Henderson 1977, 1994; Leininger, 2006; Watson, 2007), la enfermería se caracteriza por ser la disciplina que tiene como objetivo fundamental cuidar al ser humano.

La palabra cuidar (del latín *cogitare*⁴) ha acompañado a la humanidad desde que ésta existe. Sin las actividades de cuidado, sin la acción de cuidar, la supervivencia de los seres humanos hubiera sido imposible (Boff, 2002).

Cuidar es un término con fuerte carga semántica que se puede utilizar para identificar diferentes acciones, pero que etimológicamente se sitúa próxima a acciones como el mantenimiento, la conservación, la asistencia, la vida y el pensamiento (Boff, 2002; Collière, 1993).

Comprender la naturaleza de los cuidados no es una tarea sencilla, pese a que ha sido una actividad inherente a la vida y que forma parte de la cotidianidad humana. Cuidar implica una actitud fundamental, un modo de ser y hacer donde la persona se centra en el otro con solicitud, diligencia, atención y buen trato. Cuidar implica preocupación, responsabilidad y compromiso emocional con los demás (Boff, 2002)

Cuando se cuida a un ser humano se persigue su bienestar, la satisfacción de sus necesidades, o bien, en un momento dado, su muerte digna (Henderson, 1994).

Cuidar supone un trabajo intenso, muchas veces invisible por la propia dificultad emocional que incluye. No se limita solo al tratamiento de la enfermedad, requiere de una abordaje más integrador de las necesidades propias y únicas de cada individuo, contemplando su contexto social, cultural y existencial, en definitiva, su complejidad (Morin, 2001; Leininger, 2006; Watson, 2007).

El cuidado humano es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud (Medina, 1999). Tal como aparece recogido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003), las enfermeras son las profesionales de la salud que tienen

⁴ El término cuidar según algunos diccionarios etimológicos derivaría de *cura* y según otros de *cogitare-cogitatus*, pensar. En ambos casos el significado de la palabra estaría próximo a pensar, poner atención, mostrar interés, manifestar una actitud de desvelo y de preocupación (Boff, 2002, p.73)

reconocida la responsabilidad social y legal del desarrollo de los *cuidados enfermeros*.

Estos cuidados se caracterizan por contribuir al mantenimiento de la salud, al tratamiento de las enfermedades y/o al cuidado de las personas en la etapa final de la vida (*Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería*, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, ANECA, 2004).

En todos los casos, el objetivo fundamental de los cuidados enfermeros es favorecer que las necesidades de la persona y/o familia estén en el mejor nivel de satisfacción posible, enmarcadas en una relación de comprensión y respecto a la individualidad y a la diferencia (Leininger, 2006; Watson, 2007).

Los cuidados enfermeros se caracterizan por ser cuidados complejos, sustentados en evidencias y conocimientos científicos, y ejecutados a través de una preparación específica previa. Son cuidados que, desde la perspectiva de algunos autores, han de ser concebidos como una necesaria combinación entre el rigor científico (saber analítico-instrumental) y la atención a los sentimientos y la emoción (saber emocional) (Boff, 2002; Henderson, 1994; Watson, 2007).

El cuidado enfermero genuino, aquel arraigado en fuertes convicciones filosóficas, éticas y profesionales, sitúa al ser humano como el centro de una atención implicada, comprometida con el otro, vinculada afectivamente y con actitud de desvelo profesional. La relación no es de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto. La relación no es de dominio, sino de convivencia. No es intervención, sino interacción (Boff, 2002; Watson 2007).

2.1.2.2. Evolución paradigmática de la enfermería

Al igual que otras disciplinas, la enfermería no se ha visto exenta de las influencias de los cánones de la ciencia y la racionalidad heredada de los tiempos modernos.

En la búsqueda de un estatus epistemológico también ha recurrido a la investigación para fundamentar su praxis, utilizando en primera instancia enfoques empírico-analíticos, para continuar más tarde con otros planteamientos de tipo crítico-social

que permitieran una mejor comprensión del fenómeno existencial que supone el cuidado humano (Kérouac et al., Siles, 2000).

El cuidado en la enfermería contemporánea se ha convertido en el centro de interés de la disciplina y ha sido estudiado desde diferentes perspectivas teóricas. Estas aproximaciones al estudio del cuidado humano han dado lugar a diversas corrientes de pensamiento en enfermería orientadas a desarrollar fundamentos teóricos y científicos desde múltiples paradigmas. En enfermería estos paradigmas han recibido una denominación específica: paradigma de la *categorización*, de la *integración* y de la *transformación* (Kérouac et al., 1996).

En la figura 1 se describen las características de estos paradigmas y el papel que se les ha asignado a las enfermeras y a los usuarios desde estas corrientes de pensamiento.

	Características generales	Rol del profesional de enfermería	Rol del receptor de los cuidados
De la categorización (1850-1950)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimiento basado en leyes universales. ▪ Valor máximo de la objetividad. ▪ Explicación causal de la relación entre variables. ▪ Búsqueda de factores causales responsables de las enfermedades/problemas de salud. ▪ Conocimiento construido en base a investigación experimental y protagonismo de la instrumentación estadística. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agente controlador del proceso. ▪ Aplicador de prescripciones y administrador terapéutico-técnico. ▪ Manejo externo y objetivo respecto al estado de salud y necesidades del usuario. 	Objeto de control y destinatario pasivo de normas, prescripciones, procedimientos, etc.
De la integración (1950-1975)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realidades sociales estudiadas y entendidas en función de sus significados. ▪ Subjetividad del investigador ▪ La naturaleza del conocimiento no es objetiva sino subjetiva. ▪ Profesionales de enfermería como facilitadores-cooperadores con el sujeto. ▪ La acción enfermera se desarrolla en un clima de interacción y constante intersubjetividad. ▪ Conocimiento construido en base a la investigación etnográfica y el estudio de significados en contextos diversos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agente de comunicación comprensiva e interactiva. ▪ Interpretador de la realidad del usuario. 	Sujeto comunicador de su estado y sus expectativas.
De la transformación (1975 – hasta la actualidad)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carácter dialéctico-crítico del conocimiento. ▪ Acción práctica crítica y colaborativa. ▪ Agente de cambio socio-sanitario. ▪ Conocimiento construido en base a la investigación crítica y el estudio de contextos personales y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional de enfermería como agente de cambio socio-sanitario. ▪ Profesional más comprometido con el cambio. 	Sujeto implicado en su propio proceso de cambio de estado de salud y satisfacción de necesidades.

Figura 1. Paradigmas que han influenciado el desarrollo de la enfermería. Fuente: Kérouac, S. (1996). *El Pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson

El *paradigma de la categorización* empezó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del XX. Esta corriente de pensamiento entiende a los fenómenos como consecuencia de una causa previa y por tanto propone una explicación lineal de los mismos (causa-efecto). Este paradigma ha influenciado de manera especial a dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública, que se interesa tanto en la persona como en enfermedad, y otra centrada en la enfermedad vinculada a la práctica médica. El principal modelo teórico que surgió como consecuencia de las influencias de este paradigma fue el de Florence Nightingale (Kérrouac et al., 1996).

A mediados del siglo XX las corrientes de pensamiento que vinculaban la enfermería a la práctica médica se irán transformando. Como consecuencia de la aparición de nuevas teorías como la *Teoría de la Motivación Humana* (Maslow, 1943) y la *Teoría General de Sistemas* (Ludwig von Bertalanffy, 1968) que conceptualizan al ser humano como un ser global, la enfermería también manifestará su reconocimiento a la importancia que tiene el ser humano para la sociedad. A diferencia del paradigma de la categorización, en este nuevo *paradigma de la integración* se plantea como indispensable conocer el contexto del fenómeno para poder llegar a comprenderlo. Referentes teóricos que se enmarcan dentro del paradigma de la integración son, entre otros, los trabajos de Peplau (1952), Henderson (1955) y Orem (1957) (Kérrouac et al., 1996).

Por último, el paradigma que significa un cambio importante y que se fundamenta en la asunción de la complejidad de los fenómenos y en la interacción continua de éstos entre ellos es el *paradigma de la transformación*. Las propuestas teóricas más recientes en enfermería se basan en los postulados de este paradigma y están todavía en pleno proceso de desarrollo. Autoras contemporáneas como Jean Watson y Madeleine Leininger, entre otras, se situarán con sus propuestas teóricas dentro de este paradigma formando parte de una tendencia actual en enfermería conocida como *Caring* y donde se enfatiza el interés del cuidado por la cultura, las emociones, los valores y las creencias de las personas.

Como se ha expuesto en este apartado, diferentes perspectivas teóricas sugieren desde diversas maneras de aproximarse e interpretar el cuidado humano propuestas cuidadoras que pretenden contribuir, cada una con matices propios, al bienestar de las personas, familias y/o comunidades. Estas propuestas han evolucionado con el tiempo influenciadas por el propio devenir de los paradigmas de la ciencia que se han ido sucediendo a lo largo

de la evolución de la sociedad occidental. En la actualidad, muchas de ellas están en fase de desarrollo y se observan con mayor o menor intensidad en la práctica enfermera actual.

Al margen de las particularidades propias y diferenciadoras de las filosofías, modelos y/o teorías que guían la práctica enfermera contemporánea, es de destacar que estos referentes teóricos comparten una serie de postulados que configuran el marco teórico-conceptual hegemónico en la enfermería del siglo XXI:

- El cuidado del ser humano (la familia y/o comunidad) es el objetivo fundamental de la práctica enfermera.
- La persona, máxima protagonista de los cuidados enfermeros, es entendida como un ser único y integral formado por diferentes dimensiones.
- La participación del individuo (familia y/o comunidad) en su proceso de cuidado es fundamental. La enfermera es un agente de cuidados que favorece el desarrollo de este proceso.
- La práctica de los cuidados enfermeros requiere de una formación específica, rigurosa y científica que posibilite tanto la adquisición de conocimientos como el desarrollo de habilidades y de actitudes.

2.1.2.3. La enfermería en el contexto español

En general, se atribuye a Florence Nightingale (1820-1910) el nacimiento de la enfermería como profesión. Esta enfermera inglesa definió por primera vez en la historia que era la enfermería, así como cuál era la función de las enfermeras.

En España no fue hasta el denominado *Siglo de Oro de la Enfermería Española* (1550-1650) cuando aparecieron los primeros manuales y documentos escritos con referencia explícita al cuidar y a la enfermería. Con estos textos surgieron en nuestro contexto los primeros indicios de preocupación por la enseñanza del cuidado. Este período podría señalarse como el inicio de unas prácticas de cuidado conscientes y basadas en conocimiento (Siles, 1999).

Sin embargo, desde esa época y hasta mediados del siglo XIX no surgió una preocupación real por regular la práctica de los cuidados. No sería hasta 1857, con la *Ley de Instrucción Pública* de 1857, más conocida como la *Ley Moyano*, cuando se inicia un proceso de

ordenación de la práctica sanitaria. Primero se crearon los estudios de *Practicante* y *Comadrona* (1857). Años más tarde, en 1915, también se establecieron las bases para la capacitación de las religiosas que ejercían de enfermeras. Y por último, décadas después, en 1953 se llevaría a cabo la unificación de estos tres tipos de profesionales (practicantes, comadronas y enfermeras) en un único profesional de marcado carácter biomédico, el *Ayudante Técnico Sanitario* (ATS) (Eseverri, 1995).

Este nuevo profesional nació con el objetivo fundamental de auxiliar la práctica médica, de manera que, previa indicación o bajo dirección de un médico podía desarrollar variadas funciones, de carácter eminentemente técnico, como administrar tratamientos, realizar procedimientos técnico-sanitarios de mediana complejidad, auxiliar al personal médico en las intervenciones, etc. (Domínguez Alcón, 1986; Siles, 1999).

A partir de los años sesenta, y tras continuas reivindicaciones por parte de los profesionales de la época, en un contexto de cambios favorable y tras la finalización de la dictadura franquista, se iniciaría un proceso de cambio que desembocaría en la aprobación del Real Decreto 2128/1977 y la consecuente integración en la Universidad de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario como Escuelas Universitarias de Enfermería (Eseverri, 1995).

En ese momento se empezó a elaborar un nuevo plan de estudios que, de acuerdo con los nuevos paradigmas en enfermería, proponía un perfil enfermero caracterizado por reconocérsele una autonomía profesional en el cuidado de la salud de las personas, familias y/o comunidad. Dicho plan de estudios daría lugar a la figura del *Diplomado Universitario en Enfermería* (DUE). De acuerdo con la función que se esperaba que realizaran, los estudios de ATS y de DUE presentaban claras diferencias (Martínez y Chamorro, 2011).

Los ATS fueron instruidos como profesionales encaminados a efectuar su actividad en el contexto hospitalario, sus enseñanzas se centraron en el desarrollo de habilidades técnicas y se les adjudicó un papel de subordinación al médico. En cambio, los DUE recibieron una formación científica que los capacitaba para la práctica generalista tanto en el contexto hospitalario como en el ámbito comunitario. Así mismo, el plan de estudios del DUE otorgaba a la enfermera un rol propio, atribuyéndole un papel autónomo y otro de colaboración dentro de los equipos de salud (Siles 1999).

Con el tiempo, y como consecuencia de los sucesivos cambios legislativos y académicos, la misión de las enfermeras españolas quedó concretada en *la prestación de cuidados enfermeros en las distintas fases del proceso de atención de salud* (LOPS, 2003). Sin embargo, la figura del ATS ha calado con intensidad en la sociedad española y todavía hoy es fácil comprobar cómo la práctica de las enfermeras se continúa asociando con una actividad técnica y de ayuda al médico (Alberdi, 1998).

En las últimas décadas las funciones y responsabilidades de las enfermeras se han ido concretando. Según el Consejo General de Enfermería, en el artículo 54 de sus estatutos (Real Decreto 1231/2001) estas funciones y responsabilidades son:

- Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.
- Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.
- Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y establecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.

Por su parte, el artículo 7.1 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) establece que a las enfermeras les compete:

- La prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso.
- La dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, como también prevenir las enfermedades y discapacidades.

A nivel de la práctica de los cuidados, una mirada atenta a la actividad asistencial de las enfermeras permite identificar como conviven dos ejes de intervención: la práctica autónoma de los cuidados y la práctica colaborativa con otros profesionales de la salud. Esta realidad, descrita por algunos autores como *Modelo bifocal de la práctica enfermera* (Carpenito, 2002), en nuestro contexto es el resultado del propio proceso de evolución de la enfermería española.

Según Carpenito (2002), en el *Modelo Bifocal* las enfermeras son responsables de tratar dos tipos de juicios clínicos: los que se derivan de la *práctica autónoma* de los cuidados y los relacionados con los *problemas interdisciplinarios* (problemas que presentan las personas, familias y/o comunidades que son abordados en su conjunto por los miembros del equipo de salud).

El *rol independiente o autónomo* de las enfermeras está configurado por la realización de actividades encaminadas hacia la satisfacción de necesidades humanas. Desde la ejecución de este rol, la enfermera valora la situación, analiza, planifica y ofrece cuidados que van dirigidos a la satisfacción de necesidades humanas.

En el rol *interdependiente* las enfermeras llevan a cabo actividades dirigidas a la identificación precoz de signos de alarma y la puesta en marcha de manera eficaz de los procesos asistenciales necesarios para la identificación precoz de problemas de salud. En este rol, más allá de la ejecución de prescripciones médicas, las enfermeras tienen y deberían hacer uso de su autonomía para el manejo y control de los problemas interdisciplinarios (Carpenito, 2002).

Paralelamente a la práctica asistencial, cabe señalar que al igual que en otros países, en la actualidad a las enfermeras españolas también se les reconocen otros roles (docentes, de investigación y de gestión) que desarrollan en diferentes contextos tanto en el ámbito hospitalario como comunitario (Gutiérrez, Ferrús, Subirana y Pellejà, 2007).

Por último, situando el contexto de la enfermería española, cabe destacar los cambios que la enfermería, al igual que otros estudios universitarios en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), ha experimentado de manera reciente.

La convergencia del sistema universitario español ha supuesto la introducción de cambios importantes a nivel universitario. En enfermería, al igual que el resto de estudios, los estudios actuales están basados en el Sistema Europeo de Créditos (*European Credits Transfer System*; ECTS) y han quedado estructurados desde el 2005 en estudios de Grado (240 ECTS) y Postgrado.

En el 2004, y como paso previo para la confección de los actuales planes de estudio del Grado en Enfermería, en el *Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería* se definió el perfil profesional de las enfermeras como generalista y se concretó la misión de estos profesionales en “cuidar de las personas sanas o enfermas, evaluando sus respuestas a su estado de salud y ayudándolas a la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna”.

Un año más tarde, el Ministerio de Educación y Ciencia publicó las directrices para la elaboración de dichos planes de estudio y en ellas se especificaba que los estudios de Grado en Enfermería iban dirigidos a la formación de enfermeras expertas en “proporcionar cuidados para satisfacer las necesidades de salud a las personas, las familias y los grupos sociales en las distintas etapas del ciclo vital y en situaciones derivadas de problemas de salud, identificando sus capacidades y estableciendo métodos de ayuda para compensar sus limitaciones, guiarles, apoyarles, enseñarles y promover un entorno favorable a su desarrollo”. (Ministerio de Educación y Ciencia, 2005).

Las enseñanzas en el nuevo entorno del EEES suponen una transformación de los tradicionales paradigmas docentes y el establecimiento de una nueva relación docente-estudiante. En este nuevo escenario, el estudiante se convierte en el máximo protagonista de su aprendizaje y el docente se convierte en el acompañante y mentor de dicho

aprendizaje. En enfermería además, este nuevo contexto universitario posibilita que los estudiantes, al contrario de lo que sucedía durante la diplomatura, puedan optar desde la propia disciplina a la formación postgraduada que permite el acceso directo a los programas de doctorado.

A pesar del avance que supone para la enfermería estos recientes cambios en el ámbito académico, es necesario estar vigilante para comprobar el impacto real que este nuevo modelo de enseñanza puede tener durante los próximos años en la práctica asistencial, en la investigación, y en definitiva, en el progreso de la propia disciplina.

2.1.2.4. El cuidado de las emociones y la *Teoría del Cuidado Humano* de Jean Watson

El interés por las emociones en la práctica enfermera es antiguo y ha estado presente en un número significativo de propuestas teóricas en la disciplina.

Las aportaciones teóricas del *Caring*, en especial la *Teoría del Cuidado Humano* de Jean Watson (1985, 2007), vinculan de manera directa la práctica de cuidados con la dimensión emocional tanto de la persona cuidada como del profesional agente de cuidados. Su manera de entender el cuidado enfermero se basa en una perspectiva fenomenológica y existencialista, según la cual este cuidado se caracteriza por ser un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de los seres humanos en un momento específico de su existencia (Marriner y Alligood, 2003).

Jean Watson (2007) plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas. Para ella el "cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana".

En 1979 Watson publicó *The philosophy and science of caring* donde presentó por primera vez su propuesta teórica, claramente influenciada por el existencialismo humanista y la filosofía de Emmanuel Levinas. Años más tarde acabaría de concretar su teoría con la

publicación de su libro *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing* (1985).

La propuesta teórica de Watson nace con la clara intención de ofrecer una alternativa de cuidados enfermeros que supere la herencia y influencias de la tradición positivista y cientifista que ha situado a la disciplina más próxima a los discursos dominantes (la tecnología, la evidencia científica, etc.) que al cuidado humano. Un análisis exhaustivo de sus aportaciones teóricas permite identificar el substrato idóneo y coherente para el cuidado de las emociones propias y ajenas.

En su propuesta teórica Watson defiende la necesidad de una práctica amorosa de bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente. Postula como imprescindible la reflexión sobre el propio yo, la introspección personal y/o la autoconciencia como factor del proceso de cuidados (proceso *caritas* o proceso de cuidar) (Watson, 2007).

Del mismo modo, y formando parte del proceso *caritas*, Watson afirma que el ser humano es en primer lugar un ser *sintiente*, y por lo tanto, sitúa como elemento clave de su propuesta la dimensión emocional de las personas, los sentimientos propios y ajenos.

“El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que va más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión” (Watson, 2007).

“Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida” (Watson, 2007).

Desde estos postulados Watson afirma que una persona que no reconoce sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de otras personas. Al mismo tiempo, la aceptación de la expresión de los sentimientos propios y ajenos (tanto positivos como negativos), permite una empatía que trasciende el propio yo y que favorece el proceso de cuidado humano (Watson, 2007).

El cuidado desde el enfoque *watsaniano* solo puede ser demostrado y desarrollado de manera eficaz a través de una relación interpersonal, donde una relación de confianza, en el contexto de la promoción y aceptación de los sentimientos, es fundamental.

“Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza” (Watson, 2007).

Según Chalifour (1994) la relación interpersonal es la relación que cualquier persona establece con otra. Es un proceso social más o menos estable que puede estar determinado por aspectos culturales, de personalidad y por el entorno donde se desarrolla.

En enfermería, a través de la relación usuario-enfermera, la enfermera puede obtener información valiosa que le permite guiar sus acciones cuidadoras al mismo tiempo que favorece la transmisión de tranquilidad, seguridad y confianza hacia la persona que atiende (Evans, 2007).

En su teoría Watson plantea la relación usuario-enfermera como una relación que se caracteriza por consistir en una unión espiritual que trasciende (es decir va más allá) de las nociones de persona, tiempo, espacio, e historia de cada persona. Esta relación es la que ella denomina *relación transpersonal* y que implica “ir más allá” o “ir a través” de lo personal, de la persona y del ego. Se refiere a las experiencias, procesos y sucesos que superan nuestra propia identidad y nos hacen experimentar una realidad superior y más profunda (Watson, 2007).

Watson (1985, 2007) propone reflexionar, estudiar, investigar sobre una nueva forma de cuidado en enfermería, herencia de las influencias del postmodernismo. Defiende la necesidad de un cuidado genuino, humano, que respecta la individualidad y la diferencia, la reflexión y la emoción; basado en relaciones interpersonales de confianza y que no huye del conocimiento científico. Pretende complementar el tradicional enfoque en enfermería, mayoritariamente empírico con las aportaciones que desde la fenomenología permiten la comprensión de las personas y de la interpretación que éstas realizan sobre sus propias experiencias de salud y de enfermedad.

“Se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos. La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión”. (Watson, 2007)

El modelo de cuidados propuesto por Watson aporta fundamento ontológico y epistemológico para el desarrollo de una práctica cuidadora humana, moral y emocionalmente competente, pero sitúa a las enfermeras en un contexto de cuidados donde la implicación emocional es alta y por consiguiente, se realiza un intenso trabajo emocional.

Desde la premisa de que el cuidado genuino, de calidad, eficaz y humano requiere de vinculación emocional, las enfermeras efectúan cotidianamente actividades que exigen tanto trabajo físico como emocional. Por ello, además de conocimientos y habilidades técnico-sanitarias, las enfermeras necesitan poseer habilidades emocionales que les permitan llevar a cabo el complejo y difícil reto que significa cuidar a las personas en el marco de una práctica de cuidados humanizados, donde la atención a las emociones es imprescindible.

El potencial terapéutico de las enfermeras competentes tanto en la ejecución de trabajo técnico y físico como emocional es un elemento central de la teoría humanista de Watson. Al igual que otros autores (Cibanal et al., 2001; Gray y Smith, 2009; Hunter y Smith, 2007; Williams y Irurita, 2004; 2006), Watson considera que el trabajo emocional correctamente realizado a partir de una capacitación formal puede desembocar en resultados positivos tanto para los usuarios como para las enfermeras (Watson, 2007).

2.2. Las competencias emocionales y la enfermería

De la misma manera que sucede con otros constructos, el concepto de competencia emocional también se caracteriza por la falta de consenso en su conceptualización. Algunos autores hablan de *competencia emocional*, otros de *competencias emocionales* (en plural), también los hay que prefieren el término *competencia socio-emocional*, etc.

En general se acepta que la competencia emocional requiere de una serie de habilidades subyacentes en la inteligencia emocional. Pero sin embargo, tener el potencial, es decir las habilidades, no significa necesariamente ser competente. Para tener competencia emocional es necesario poseer habilidades emocionales pero también es imprescindible la capacidad de uso y gestión de dichas habilidades en contextos situacionales diversos (Bar-On, 2000; Bisquerra 2000, 2007; Goleman, 1998; Saarni, 2000).

Dado que las competencias emocionales se basan en la inteligencia emocional, un desarrollo teórico sobre estas competencias requiere necesariamente de una aproximación teórica previa al constructo de inteligencia emocional.

2.2.1. La inteligencia emocional como base de la competencia emocional

La inteligencia emocional hoy en día todavía es un concepto que dentro de la psicología mantiene vivo el debate sobre su existencia como constructo (Bisquerra, 2000, 2009; Bisquerra y Pérez, 2007).

Desde su primera conceptualización el constructo de inteligencia emocional ha ido evolucionando y desarrollándose hasta la actualidad a lo largo de un proceso no exento de críticas y dificultades. En general y especialmente en el ámbito de la psicología, se considera que la inteligencia emocional no se ha consolidado como un constructo teórico claramente definido. A esta no consolidación ha contribuido la existencia de múltiples definiciones de la inteligencia emocional desde diferentes ópticas donde se destacan a veces aspectos sociales, emocionales o personales. La existencia de una falta de consenso en la concreción del constructo ha dado lugar a múltiples tendencias en su conceptualización, medición y también aplicación.

Sin embargo, si se tiene presente el poco tiempo transcurrido desde el nacimiento del constructo, poco más de dos décadas, los avances teóricos y de investigación en el campo han sido notables y de gran utilidad para su posterior desarrollo y consolidación como teoría científica.

2.2.1.1. Conceptualización de la inteligencia emocional

La inteligencia emocional es un concepto propio del ámbito de la psicología y fue definido por primera vez por Salovey y Mayer (1990), popularizado por Goleman (1995) y estudiado y desarrollado posteriormente por muchos otros autores. Sin embargo, el interés de la psicología por el fenómeno de la inteligencia humana se remonta a muchas décadas anteriores.

El concepto popular de inteligencia, presente en la sociedad occidental desde el siglo XV, fue adoptado por la psicología como foco de investigación desde principios del siglo XIX.

Igual que sucede con otros conceptos importantes en el ámbito de la psicología (como por ejemplo en el estudio de las emociones), no existe consenso en relación a la conceptualización y definición del término inteligencia (Molero, C.; Saiz, E.; Esteban, C.; 1998).

La palabra inteligencia proviene del latín *intellegentia*, que deriva a su vez de *intellegere* compuesto por *inter* (entre) y *legere* (escoger), por lo que, desde la perspectiva etimológica, inteligencia hace referencia a la capacidad de saber escoger.

Teniendo presente el contexto histórico donde aparece por primera vez el término (siglo XV, inicio del renacimiento y recuperación de las aportaciones de los filósofos griegos), el concepto nace impregnándose de la característica humana en auge en aquel periodo, la razón. Esta concepción de la inteligencia como capacidad cognitiva-racional se ha mantenido y se ha convertido en parte de la tradición cultural de occidente y, si bien encontramos también alguna referencia a esta aproximación entre inteligencia y cognición en otras culturas, parece ser que esta asociación no es tan frecuente (Juan-Espinosa, 1997).

Según Gardner (2001) todas las sociedades han tenido un ideal de ser humano diferente y en la cultura occidental durante los últimos siglos se ha ido imponiendo el ideal de *persona inteligente*. Sin embargo, según el mismo autor, las características que se han ido atribuyendo al individuo inteligente han ido variando a lo largo del tiempo.

Desde una evolución histórica del término, muchos autores sitúan en las aportaciones de Charles Darwin (1809-1882) el punto de partida del interés en el estudio de la inteligencia. Sus aportaciones desencadenaron toda una serie de estudios que pusieron a la inteligencia humana en el foco de atención de muchos investigadores.

Uno de los primeros estudiosos que iniciaron investigaciones en torno a la inteligencia fue Francis Galton (1822-1911) primo de Darwin quien, atraído por las aportaciones de éste comenzó a investigar de manera comparativa las capacidades intelectuales de los humanos. A Galton le interesaba estudiar los factores que hacían diferente a la gente, estaba convencido de que las diferencias individuales más importantes, entre las que incluía las intelectuales, no eran adquiridas (Galton, 1869). Pretendía demostrar con sus investigaciones que estas diferencias derivaban de la herencia, y por tanto, eran innatas (Gondra, 1990)

Siguiendo y colaborando con Galton, J.M. Cattell (1860-1944) se centró en la realización de pruebas para medir la capacidad intelectual de los individuos y las posibles diferencias entre ellos. Éstas se caracterizaron por centrarse en la medida de los aspectos sensoriales, como la diferenciación y capacidad de discriminar diferentes pesos, capacidad de diferenciar tonalidades de sonidos, etc. En su obra más significativa, *Tests y medidas mentales* (1890), Cattell defiende la necesidad de la medida mental como argumento para dar un estatus de ciencia a la psicología (Gondra, 1990).

A pesar de las aportaciones de Cattell, la paternidad de los primeros test de inteligencia se atribuyeron años más tarde a otro investigador, a Alfred Binet (1857-1911). Este autor recibió del gobierno francés el encargo de elaborar un instrumento para medir el posible retraso mental en niños que necesitaban una atención especial durante su proceso de aprendizaje. Como consecuencia de este encargo elaboró el que sería conocido como el *Test de Binet-Simon*. En 1916 fue modificado con las aportaciones de otro investigador, Stanford, y en la nueva versión (*Test de Stanford-Binet*) aparecerá por primera vez el concepto de *Cociente Intelectual* (CI), definido como “la razón entre la edad mental y la edad cronológica” (Molero et al., 1998).

Los primeros trabajos de Binet dieron lugar al inicio de la polémica sobre si el rendimiento en inteligencia dependía de un único factor general o de muchos pequeños factores específicos. Algunos investigadores defendían la existencia de una inteligencia general o *factor g* (Spearman, 1904) mientras que otros (Thurstone, 1933) se decantaban por un enfoque de la inteligencia más pluralista donde la inteligencia general se podía concebir como el resultado de la vinculación de diferentes estructuras independientes (Gondra, 1990).

Durante las primeras décadas del siglo XX diferentes autores siguieron contribuyeron con sus trabajos a la evolución del constructo de inteligencia.

Thorndike (1920) en su artículo *La inteligencia y sus usos* propone la introducción de la dimensión social al constructo de inteligencia y más tarde, en 1921, se realizó un simposio entre expertos para concretar una definición de inteligencia, cuáles eran los mejores métodos para medirla y cuáles debían ser los pasos a seguir en el proceso de investigación en torno a este fenómeno (Stenberg y Detterman, 1988).

En 1939 Wechsler realizó una contribución importante al diseñar una escala de evaluación de procesos intelectuales en adolescentes y adultos que mejoraba sustancialmente la escala de Stanford-Binet (Molero et al., 1998).

Décadas más tarde, en 1986, se realizaría un segundo simposio organizado por R. Sternberg y D. Detterman con la finalidad de definir la inteligencia desde enfoques más actuales a los utilizados en 1921. El objetivo era concreto: intentar dar nuevamente respuesta a la pregunta *¿qué es la inteligencia?*

Entre los resultados del primer y del segundo simposio, se observó que, pese a que en el segundo las definiciones de la inteligencia eran más complejas, en general se evidenciaba una cierta tendencia a la continuidad. A pesar de que habían pasado cerca de setenta años entre uno y otro, se pudo apreciar que seguía habiendo una falta de consenso en la definición de qué era la inteligencia y, especialmente, una falta de acuerdo en si se estaba ante un fenómeno con una presentación única o múltiple, es decir, si la inteligencia era una y única, o bien, se podría hablar de diferentes tipos de inteligencia (Sternberg y Detterman 1988)

El interés por el tema de la inteligencia no se detuvo con este segundo simposio sino que continuó posteriormente y no sólo como centro de interés de la psicología sino también de otras disciplinas como la neuropsicología, la genética, la sociología, la antropología, etc.

En 1994, a partir de la polémica social provocada por la publicación del libro *The Bell Curve* del profesor Richard Herrnstein y del investigador Murray, se produjo un nuevo y fuerte movimiento en relación al estudio del constructo inteligencia. Estos autores en esta publicación situaron en las personas con bajo nivel intelectual la causa de muchos de los problemas sociales existentes (Gardner, 2001).

En un intento de contrarrestar las tesis expuestas en *The Bell Curve* diversos investigadores realizaron un nuevo esfuerzo de consenso para la identificación de una definición de inteligencia que contribuyera a delimitar lo que se puede considerar científico o no científico. De esta manera, pocos meses después de la publicación de *The Bell Curve*, 52 psicólogos expertos internacionales realizaron un informe que se publicó en *Vall Street Journal* con el título *de Mainstream Science on Intelligence*, donde entre otros aspectos se definía la inteligencia como "la capacidad para resolver problemas" y donde sus postulados

se alejaban de las ideas expuestas por Herrnstein y Murray. La definición completa que consensuaron y publicaron en ese momento decía:

“Intelligence is a very general mental capability that, among other things, involves the ability to reason, plan, solve problems, think abstractly, comprehend complex ideas, learn quickly and learn from experience. It is not merely book learning, a narrow academic skill, or test-taking smarts. Rather, it reflects a broader and deeper capability for comprehending our surroundings-“catching on,” “making sense” of things, or “figuring out” what to do”. (Arvey, R. et al., 1994.)

En 1996 la *American Psychological Association* (APA), realizó un nuevo informe más completo donde se define en ese momento la inteligencia como:

“Individuals differ from one another in their ability to understand complex ideas, to adapt effectively to the environment, to learn from experience, to engage in various forms of reasoning, to overcome obstacles by taking thought. Although these individual differences can be substantial, they are never entirely consistent: A given person’s intellectual performance will vary on different occasions, in different domains, as judged by different criteria. Concepts of “intelligence” are attempts to clarify and organize this complex set of phenomena”. (Neisser, U. et al., 1996).

A pesar de los esfuerzos realizados desde diferentes frentes de investigación, la definición de inteligencia y la concreción de los factores que podrían explicar las diferencias individuales todavía sigue siendo un tema que genera polémica en el ámbito disciplinar de la psicología. Dicha polémica actualmente ha incorporado un nuevo frente como consecuencia de los últimos avances en el campo de la inteligencia que defienden la inclusión de la parte emotiva y afectiva en la concepción de la inteligencia humana. Desde estos nuevos enfoques se intenta explicar cómo la razón y la emoción se unen para constituir un aspecto propio y único de la inteligencia humana (Goleman, 1998).

A pesar del gran impacto que tuvo las aportaciones de Thorndike en su momento, primero el conductismo y después el cognitivismo, frenaron el interés por el estudio de la inteligencia y las emociones y no sería hasta 1983 con las aportaciones de Gardner en *Frames of mind: the theory of multiple intelligences* cuando el interés real por los aspectos no cognitivos de la inteligencia se pondría realmente de manifiesto (Goleman, 1996).

De las inteligencias propuestas por Gardner (2001), *la inteligencia interpersonal* (definida como la capacidad de entender a las otras personas) y *la inteligencia intrapersonal* (definida como la capacidad de formarse un modelo ajustado de uno mismo) son las que se vinculan de manera más clara al constructo de inteligencia emocional que, tal como se ha comentado anteriormente, sería acuñado por primera vez por Mayer y Salovey (1990).

Goleman (1995), siguiendo las aportaciones de Mayer y Salovey, definiría la inteligencia emocional en términos de relación. Este autor considera que este tipo de inteligencia se refleja en la manera como las personas se relacionan con los demás.

No sería hasta 1995 con la aportación de Goleman cuando el término inteligencia emocional se convertiría en un concepto de moda extensamente conocido. En general, hay un cierto consenso en señalar a la publicación de Goleman (*Inteligencia Emocional*, 1995) como un punto de inflexión que marcaría el posterior aumento de interés social hacia el tema de las emociones y la inteligencia humana (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

Desde ese momento hasta la actualidad diferentes autores han realizado aportaciones teóricas relacionadas con este constructo. Recientemente las aportaciones desde las neurociencias apoyan la existencia de la inteligencia emocional, tanto al poner en evidencia la existencia de habilidades que son distintas a las cognitivas (Damasio, 2006), como al aportar datos sobre la existencia de una base biológica que vincula el cerebro emocional y el racional a través de la acción de la estructura cerebral de la amígdala (LeDoux, 1999).

2.2.1.2. Modelos teóricos de la inteligencia emocional

Desde la primera definición del constructo inteligencia emocional diferentes autores han aportado su propuesta de definición dando lugar a diferentes modelos teóricos.

Siguiendo la propuesta de Mayer et al. (2000)⁵, se puede distinguir entre modelos de la inteligencia emocional basados en el procesamiento de la información emocional (como el propio *Modelo de habilidades* de Mayer y Salovey) y *modelos mixtos* caracterizados por contemplar tanto las habilidades emocionales como los rasgos de personalidad. Dentro de

⁵ Recientemente la Enciclopedia de Psicología Aplicada (Spielberger, 2004) también sugiere como principales modelos teóricos de la inteligencia emocional el modelo de Mayer-Salovey (1997), el modelo de Goleman (1998) y el modelo de Bar-On (1997, 2000).

estos modelos mixtos se situarían la propuesta de Goleman (*Modelo de las competencias emocionales*) y la de Reuven Bar-On (*Modelo de la inteligencia emocional y social*). A continuación se exponen las características fundamentales de estos tres modelos teóricos.

Modelo de habilidad

El *modelo de habilidad* (Mayer y Salovey, 1997) también es conocido como el modelo de las cuatro fases de la inteligencia emocional y se caracteriza por concebir la inteligencia emocional como una inteligencia relacionada con el procesamiento de información emocional. Desde esta propuesta teórica la inteligencia emocional se configuraría a partir de una serie de habilidades organizadas según su naturaleza en cuatro grandes áreas o etapas:

1. Percepción, evaluación y expresión emocional.

En esta primera etapa se desarrollan las habilidades emocionales más básicas: la capacidad de percibir e identificar las emociones. Esta etapa constituye el primer nivel de la construcción emocional de un individuo y se desarrolla durante los primeros años de la infancia. Las habilidades emocionales que se incluyen en esta etapa son:

- Capacidad para identificar los propios estados físicos y psicológicos.
- Capacidad para identificar la emoción de otras personas a través del lenguaje, el sonido, la apariencia y el comportamiento.
- Capacidad para expresar las emociones de forma precisa y expresar las necesidades relacionadas con esas emociones
- Capacidad para discriminar entre las expresiones emocionales adecuadas o inadecuadas, honestas y deshonestas.

2. La emoción como facilitadora del pensamiento.

Esta etapa se inicia cuando las emociones son integradas en el pensamiento de manera consciente permitiendo su uso para resolver problemas. En esta segunda etapa las emociones evaluadas de manera consciente (a través del pensamiento) pueden guiar las acciones y/o la toma de decisiones. Entre las habilidades que incluyen se encuentran:

- Capacidad de priorizar las emociones y dirigir la atención a la información importante.

- Capacidad de generar emociones intensas para favorecer recuerdos y juicios relacionados con emociones.
- Capacidad de utilizar los cambios de humor para generar diferentes puntos de vista.
- Capacidad de generar estados emocionales diferentes que fomentan el enfoque de problemas específicos, tales como la felicidad que facilitan el razonamiento inductivo y la creatividad.

3. *Uso del conocimiento emocional.*

En esta tercera etapa, con las emociones ya plenamente integradas en el pensamiento, la persona es capaz de razonar acerca de sus emociones y puede conseguir la comprensión del significado emocional así como comprender la evolución de un estado emocional a otro.

En esta etapa las habilidades emocionales presentes son:

- Capacidad para etiquetar las emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones.
- Capacidad para interpretar los significados que transmiten las emociones con respecto a las relaciones, tales como la tristeza que a menudo acompaña a una pérdida.
- Capacidad para interpretar y comprender emociones complejas como emociones contradictorias o combinadas.
- Capacidad para reconocer las transiciones entre una emoción y otra, como el paso de la ira a la satisfacción o de la ira a la vergüenza.

4. *Regulación de las emociones.*

Y por último, en la cuarta etapa, ya se produce la gestión y regulación de las emociones pudiéndose producir el crecimiento personal de la persona. Las habilidades emocionales implicadas son:

- Capacidad para estar abierto a los sentimientos, tanto a los agradables como los desagradables.
- Capacidad para reflexionar y para desprenderse de una emoción según su utilidad.
- Capacidad para controlar reflexivamente las emociones propias y ajenas.

- Capacidad para gestionar las emociones en uno mismo y en los otros, moderando las emociones negativas y mejorando las agradables, sin reprimir o exagerar la información que estas transmiten.

El conjunto de las habilidades emocionales que configuran cada etapa constituyen la definición de inteligencia emocional desde la perspectiva del modelo de habilidad de manera que se conceptualiza la inteligencia emocional en general como “habilidad para percibir y expresar emociones, asimilar emociones en el pensamiento, entender y razonar con las emociones, y regular las emociones en uno mismo y en otros” (Mayer y Salovey, 1997).

Desde el planteamiento de este modelo teórico, la inteligencia emocional es entendida como “aptitud o habilidad para razonar con las emociones” (Mayer y Salovey, 1997) y debe distinguirse de la competencia emocional. La inteligencia emocional por tanto se concibe más como una inteligencia genuina basada en el uso de las emociones en el marco de los procesos cognitivos humanos que permite a las personas poder resolver problemas y adaptarse de manera eficaz a su entorno.

La inteligencia emocional desde la perspectiva de Mayer y Salovey (1997) está integrada por una serie de habilidades emocionales que se pueden evaluar mediante tareas de habilidad emocional de manera similar a como clásicamente se ha evaluado el coeficiente intelectual a través de tareas cognitivas. El instrumento de medida desarrollado desde el modelo de habilidad de inteligencia emocional es el *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT).

Modelo de las competencias emocionales

En el modelo de las competencias emocionales se defiende la existencia de una serie de competencias en las personas que les facilita el manejo de sus emociones y la de los demás. Desde este planteamiento la inteligencia emocional se define como la capacidad para reconocer y manejar los sentimientos propios, motivarse y gestionar las relaciones (Goleman, 1995, 1998; Goleman y Cherniss, 2005).

Esta perspectiva está considerada como una propuesta teórica mixta donde se contemplan diversos aspectos cognitivos, de personalidad, motivacionales, etc., incluyendo procesos psicológicos tanto cognitivos como no cognitivos (Mayer et al. 2000).

El modelo de las competencias emocionales de Goleman se caracteriza por concebir las competencias mayoritariamente como rasgos de personalidad. Sin embargo, aquellas que involucran la habilidad para relacionarse con los demás (conciencia social y manejo de las relaciones) también son consideradas desde la perspectiva de su propuesta teórica componentes de la inteligencia emocional (Goleman, 2000; Goleman y Cherniss, 2005).

En un primer momento Goleman planteó su propuesta distinguiendo cinco dimensiones en la inteligencia emocional para más tarde concretarla a partir de las aportaciones de Boyatzis en cuatro: *autoconciencia*, *autocontrol*, *conciencia social* y *manejo de las emociones*. En esta propuesta reformulada distingue veinte competencias emocionales vinculadas cada una de ellas a un dominio de la inteligencia emocional (Boyatzis, Goleman y Rhee, 2000; Goleman, 2000).

En la figura 2 se presentan las diferentes dimensiones de la inteligencia emocional según este modelo.

Modelo de las competencias emocionales (Boyatzis, Goleman y Rhee, 2000)		
Dominio	Descripción	Habilidades
Autoconciencia	Capacidad de identificación de las preferencias, sensaciones, estados y recursos internos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conciencia emocional ▪ Autoevaluación ▪ Autoconfianza
Autocontrol o Autorregulación	Capacidad de regular los sentimientos, impulsos, estados y obligaciones internas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auto-control ▪ Confiabilidad ▪ Concienciación ▪ Adaptabilidad ▪ Deseo de logro ▪ Iniciativa
Conciencia Social	Capacidad de reconocer sentimientos, preocupaciones y necesidades del otro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatía ▪ Orientación al servicio ▪ Conciencia
Gestión de las relaciones	Capacidad para manejar bien las relaciones y construir redes de ayuda.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo de otros ▪ Influencia ▪ Comunicación ▪ Manejo o gestión de conflictos ▪ Liderazgo ▪ Catalizador de cambio ▪ Construir relaciones ▪ El trabajo en equipo y colaboración

Figura2. Dimensiones y habilidades en el modelo de inteligencia emocional de Goleman

El instrumento de medida de la inteligencia emocional que se ha desarrollado a partir de los trabajos de Goleman y Boyatzis es conocido como *ECI (Emotional Competence Inventory)*.

Modelo de la inteligencia emocional y social

Bar-On (1997) propone un modelo de inteligencia emocional a partir de las aportaciones de Mayer y Salovey (1990) y define el constructo como el conjunto de conocimientos y habilidades emocionales y sociales que influyen en la capacidad de las personas para hacer frente a las demandas del entorno. Estas habilidades se configuran a partir de la capacidad de la persona de ser consciente, comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva.

El modelo teórico propuesto por Bar-On (1997, 2000) se caracteriza por centrar su interés en las competencias emocionales de las personas y considerar que en relación a éstas tanto la inteligencia emocional como la inteligencia social tienen un papel clave. Es decir, la inteligencia emocional y la inteligencia social se consideran como un conjunto de factores emocionales, personales y sociales que se interrelacionan entre sí y que influyen en la capacidad de la persona para adaptarse de manera activa a las presiones y demandas del entorno. Por ello, según este autor, es más apropiado referirse al constructo como “inteligencia emocional-social” en lugar de “inteligencia emocional” o “inteligencia social” .

El modelo teórico de Bar-On (1997, 2000) está compuesto por cinco elementos: el componente *intrapersonal*, el componente *interpersonal*, el componente de *manejo del estrés*, el componente de *estado anímico* y el componente de *adaptabilidad*. Cada uno de los componentes se constituye por una serie de habilidades que de manera sumatoria e interrelacionada configurará la capacidad final de hacer frente a los estímulos externos a los que las personas se enfrenten diariamente.

En la figura 3 se presentan las habilidades emocionales que según la propuesta del Dr. Bar-On (1997, 2000) integran y configuran los diferentes componentes de la inteligencia emocional-social.

Dimensiones de la inteligencia emocional y social (Bar-On, 1997, 2000)	
Intrapersonal,	Habilidad de ser consciente, de comprender y de relacionarse con otras personas
Interpersonal	Habilidad para manejar emociones fuertes y controlar los impulsos
Manejo del estrés	Habilidad de tener una visión positiva y optimista
Estado de animo	Habilidad para adaptarse a los cambios y resolver problemas de naturaleza personal y social
Adaptabilidad.	Habilidad de adaptarse o ajustar expectativas a las posibilidades

Figura 3. Dimensiones de la inteligencia emocional según Bar-On.

Bar-On (1997, 2000) en su propuesta también divide las capacidades emocionales en dos tipos: las *capacidades básicas* que son esenciales para la existencia de la inteligencia emocional (capacidad de autoevaluación, la autoconciencia emocional, la empatía, las relaciones sociales, la asertividad, el control de impulsos, la flexibilidad, el afrontamiento de las presiones, la evaluación de la realidad y la solución de problemas) y las *capacidades facilitadoras* (el optimismo la autorrealización, la alegría, la independencia emocional y la responsabilidad social). Todas las capacidades se caracterizan por estar interrelacionadas entre sí de tal manera que se influyen mutuamente.

Para medir la inteligencia emocional y social desde esta propuesta teórica se propone el *Inventario de Cociente Emocional* (EQ-i). Según Bar-On (2006) este instrumento de medida ha jugado un papel fundamental en el desarrollo su modelo teórico sobre la inteligencia emocional.

2.2.1.3. Medidas de evaluación de la inteligencia emocional

Después de más de dos décadas desde su definición como constructo la inteligencia emocional ha intentado ser evaluada a través de diferentes métodos.

En el campo de la investigación, casi paralelamente al desarrollo de los diferentes modelos teóricos sobre la inteligencia emocional, surgieron diferentes líneas de investigación que pretendieron aportar instrumentos fiables que, al igual que los test de medida del coeficiente intelectual (CI) pudieran aportar datos sobre este nuevo constructo. Con el tiempo y las aportaciones desde la investigación, entre los numerosos test que proliferaron en su momento, se han ido consolidando como instrumentos válidos aquellos que han demostrado su fiabilidad.

A principios de los 90 y principalmente después de la eclosión de la obra de Goleman (1995) empezaron a aparecer test y cuestionarios que pretendían medir en algunos casos habilidades relacionadas con la inteligencia emocional (como la empatía, la interacción social, etc.) y en otros uno o varios componentes del constructo como la *regulación emocional*, la *autoconciencia*, etc. Ejemplo de estas medidas son la *Toronto Alexithimia Scale (TAS-20)* de Bagby, Parker y Taylor (1994), el *Emotional Creativity Test* propuesto por Averill y Nunley (1992), el *Response Styles Questionnaire* desarrollado por Nolen-Hocksema y Morrow (1991), etc. Entre otras, estas medidas favorecieron la consolidación teórica del constructo de inteligencia emocional y contribuyeron a sentar las bases de los posteriores instrumentos que se han desarrollado para medir explícitamente la inteligencia emocional (Extremera, Fernández-Berrocal, Mestre y Guil; 2004).

En la literatura actual se distinguen fundamentalmente tres procedimientos para abordar la evaluación de la inteligencia emocional: los cuestionarios y/o test de autoinforme, los observadores externos y las medidas de habilidad.

Test de Autoinforme

Las medidas de autoinforme constituyen el método más tradicional utilizado en el campo de la psicología y también en la evaluación de la inteligencia emocional. Los test o cuestionarios de autoinforme están formados por enunciados cortos en los que la persona evalúa su inteligencia emocional mediante la propia valoración de sus reacciones emocionales ante determinadas situaciones. En base a una escala Likert que varía habitualmente desde *nunca* (1) a *muy frecuentemente* (5) la persona valora su estado. El resultado de estos test aportan información sobre la denominada *Inteligencia Emocional Percibida o autoinformada* (Extremera, et al., 2004).

Entre las medidas de autoinforme basadas en la formulación teórica de Mayer y Salovey (1990) se pueden distinguir el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995), el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24) desarrollado a partir del anterior y adaptado al castellano por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) y el *Schutte Self Report Inventory* (SSRI) desarrollado por Schutte, Malouff, May, Haggery, Cooper, Golden y Dorheim en 1998 .

Otras medidas de autoinforme que han surgido de propuestas teóricas diferentes al modelo de habilidad son el *Emotional Quotient Inventory* (EQ-i) desarrollado por Bar-On (1997), el *Trait Emotional Intelligence Questionnaire* (TEIQue) de Petrides y Furnham (2003), el *Emotional Competence Inventory* (ECI) elaborado por Boyatzis, Goleman y Rhee (2000) y el *Cuestionario de Inteligencia Emocional* (CIE) de Mestre (2002) (Extremera et al., 2004).

Observadores Externos

La evaluación de la inteligencia emocional a través de observadores externos es un método que complementa los resultados obtenidos mediante el uso de cuestionarios de autoinforme (contribuyen a disminuir los posibles sesgos de deseabilidad social que pueden presentar estos cuestionarios).

En la medida que la inteligencia emocional se define en base a la capacidad de manejar y comprender las emociones propias y las de las personas que nos rodean, en principio se podría argumentar que estas personas son buenos candidatos para aportar información sobre cómo gestionamos las emociones en las relaciones interpersonales. Por ello, los instrumentos de evaluación de la inteligencia emocional basados en observadores externos se caracterizan por basarse en la opinión de personas próximas a las evaluadas y en relación a la capacidad de éstas para gestionar las emociones en situaciones de relación interpersonal diversa (conflictos, situaciones complejas, etc.).

La evaluación de la inteligencia emocional mediante observadores externos es conocida también como *Feedback de 360°* y aportan especialmente información sobre la dimensión interpersonal de la inteligencia emocional. (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003)

Medidas de habilidad

Estos instrumentos de medida surgen para contrarrestar los posibles sesgos derivados de la utilización de los cuestionarios de autoinforme y la observación externa. El objetivo por tanto de estos instrumentos es conseguir superar el impacto de la deseabilidad social así como evitar o disminuir los sesgos propios de una observación externa (subjetividad en la percepción, variabilidad de la situación, etc.). Lo que se pretende con estos instrumentos de medida es comprobar en directo las habilidades emocionales de la persona a través de la ejecución de una serie de tareas de resolución de problemas.

Lentamente y de manera progresiva actualmente están apareciendo múltiples instrumentos de medida de la inteligencia emocional capacidad. Sin embargo todavía los más destacados son la *MEIS (Escala Multifactorial de la inteligencia emocional; 1999)* y especialmente el *MSCEIT (2000)*; ambos test desarrollados por Mayer, Salovey y Caruso (Mestre y Fernández-Berrocal; 2003).

2.2.2. Las competencias emocionales

Antes de adentrarnos en la conceptualización de la competencia emocional se considera necesario situar como elemento de partida la propia definición del concepto de competencia.

2.2.1.1. El concepto de competencia

El término competencia ha adquirido especial interés en las últimas décadas. Su nacimiento y evolución ha estado marcado por influencias de diferentes disciplinas como por ejemplo la filosofía, la lingüística, la sociología, la educación, la ergonomía y la psicología (Alberici y Serreri, 2005; Sarramona, 2004; Tobón 2006).

La introducción del término por primera vez en el ámbito de la educación ha sido atribuida por diferentes autores a Chomsky (1965). En su obra *Aspects of theory of syntax*, y en el contexto del estudio lingüístico, este autor planteó la necesidad de distinguir entre *competencia* y *actuación lingüística* (González, 2006; Tobón 2006).

A pesar de ser un término clave en el actual entorno formativo, su uso y abordaje no está exento de complejidad como consecuencia de la existencia de diferentes enfoques

productos de sus múltiples y variadas definiciones (Bisquerra y Pérez, 2007; González, 2006; Sarramona, 2004; Tobón 2006).

La mayoría de los estudios y definiciones sobre el concepto de competencia provienen del ámbito de las organizaciones y la empresa, pero progresivamente se han ido incorporando otras conceptualizaciones que proceden también del ámbito educativo. En éste último entorno, además de un intento de conceptualización del término, se han ido incorporando progresivamente aportaciones críticas de su aplicación.

En la figura 4 se presentan diferentes enfoques y conceptualizaciones sobre el concepto de competencia.

Enfoques y conceptualizaciones del término competencia	
Laval (2004)	“La competencia designa un conocimiento inseparable de la acción asociado a una habilidad, que depende de un saber práctico, o de una facultad más general que el inglés designa <i>agency</i> . De ese modo, se designan las capacidades para realizar una tarea con ayuda de herramientas materiales y/o instrumentos intelectuales”.
Sarramona (2004)	“La competencia sería más bien una capacidad (<i>capability</i>) o disposición que se manifiesta a través de las acciones, pero que incluye las tres dimensiones señaladas de saber, saber hacer y actitudes”.
Alberici y Serreri (2005)	“El debate sobre el concepto de competencia [...] ha puesto en seguida en evidencia la necesidad de una lectura del mismo que trascienda su dimensión puramente funcionalista, [...] para considerarlo un aspecto constitutivo del aprender a pensar, de aprender no sólo un trabajo específico sino a trabajar, de aprender a vivir, a ser, en el sentido de confluencia entre saberes[...]”.
Bisquerra y Pérez (2007)	“Concebimos la competencia como la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia”.
Le Boterf (2001)	“Competencia es un saber actuar validado. Saber movilizar, saber combinar, saber transferir recursos (conocimientos, capacidades, etc.) individuales y de red en una situación profesional compleja y con vistas a una finalidad”.
Tuning (2006)	“Las competencias representan una combinación dinámica de conocimientos, habilidades, capacidades y valores”.

Figura 4. Enfoques y conceptualizaciones del término competencia

A nivel educativo diferentes autores defienden que la incorporación del término en el ámbito de la educación ha estado claramente influenciada tanto por aspectos históricos como económicos (Alberici y Serreri; 2005; Laval, 2004; Sarramona, 2004; Tobón, 2006).

Desde el planteamiento de estos autores, la sociedad actual no sólo quiere personas bien preparadas teóricamente sino que también desea que, más allá del conocimiento adquirido, sean capaces de llevar a la práctica lo aprendido de manera eficaz

Otras aportaciones como la de Le Boterf (2001) sitúan la competencia en un proceso de construcción donde ésta es el resultado de la combinación compleja de varios recursos (propios y del entorno). La competencia se fundamenta según este autor en la existencia previa de unos recursos y se define en relación a la realización de una actividad o práctica profesional donde los únicos aspectos evaluables son las actuaciones.

En general, al hablar de competencia nos situamos ante un concepto caracterizado por una gran pluralidad semántica y en proceso de estudio, desarrollo y aplicación dentro de diferentes disciplinas. Todo y que estamos ante un constructo complejo, sí que existe cierto consenso al aceptar que presenta una serie de características:

- Combinación dinámica de atributos (conocimientos, habilidades y actitudes).
- Vinculada a una situación contextual
- Su desarrollo requiere de un proceso formativo asociado al conocimiento reflexivo y a la práctica.

También se acepta de manera mayoritaria que existen dos grandes dimensiones que permiten clasificar las competencias en *genéricas* (también llamadas *socio-emocionales*, *transversales*, etc.) y competencias *específicas* o *técnico-profesionales* (de carácter más funcional).

2.2.2. 2. El constructo de competencia emocional: hacia una aplicación práctica de las habilidades emocionales

El concepto de competencia emocional, al igual que el de inteligencia emocional, también está en proceso de construcción y reformulación continua. Como se ha comentado con

anterioridad, se basa en la inteligencia emocional pero supone, además de estar en posesión de determinadas habilidades, saber aplicarlas en contextos concretos (Bisquerra, 2009).

Desde la psicología algunos autores (Bar-On 2000; Goleman 1995) utilizan los conceptos de competencia emocional e inteligencia emocional prácticamente como sinónimos. Sin embargo, otros autores (Bisquerra, 2009) entienden que, aunque la competencia emocional se basa en la inteligencia emocional, es un concepto diferente y propio del ámbito de la educación.

Según Bisquerra (2009), la inteligencia emocional sería un concepto psicológico mientras que el término competencia emocional haría referencia a un concepto educativo.

Desde este ámbito, el concepto de competencia emocional se encuentra inmerso en un proceso de construcción y también han aparecido diferentes propuestas que intentan contribuir a su conceptualización. A continuación, en el apartado siguiente se presentan algunos de los modelos teóricos de la competencia emocional.

2.2.2.3. Modelos teóricos de la competencia emocional

En relación a la definición, configuración, y aplicación del constructo de competencia emocional en el ámbito educativo caben destacar diferentes aportaciones. A continuación presentaremos las realizadas por CASEL⁶ (*The Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*), por el grupo de investigación GROU (Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica) y por la psicóloga Carolyn Saarni.

El modelo CASEL

Desde esta institución creada en 1994, el modelo teórico propuesto identifica cinco grupos básicos de competencias sociales y emocionales. Cada grupo de competencias se configura a partir de una serie de habilidades socio-emocionales, distinguiéndose hasta un total de diecisiete:

⁶ Institución fundada en EEUU (1994) por Goleman y Rockefeller Growall con el objetivo de crear un cuerpo teórico sólido y contrastado en la práctica (fundamentalmente en el ámbito educativo) sobre las competencias emocionales. Su principal misión es la revisión y evaluación de programas para estimular el aprendizaje social y emocional en los centros educativos (CASEL, 2011).

- Conciencia de sí mismo
 1. *Toma de conciencia de los sentimientos*: capacidad para percibir con precisión los propios sentimientos y etiquetarlos.
 2. *Manejo de los sentimientos*: capacidad para regular los propios sentimientos.
 3. *Tener en cuenta la perspectiva*: capacidad para percibir con precisión el punto de vista de los demás.
 4. *Análisis de normas sociales*: capacidad para evaluar críticamente los mensajes sociales, culturales y de los más media, relativos a normas sociales y comportamientos personales.

- Autogestión
 5. *Sentido constructivo del yo (self)*: sentirse optimista y potente (*empowered*) al afrontar los retos diarios.
 6. *Responsabilidad*: intención de implicarse en comportamientos seguros, saludables y éticos.
 7. *Cuidado*: intención de ser bueno, justo, caritativo y compasivo.
 8. *Respeto por los demás*: intención de aceptar y apreciar las diferencias individuales y grupales y valorar los derechos de todas las personas.

- Sensibilización social:
 9. *Identificación de problemas*: capacidad para identificar situaciones que requieren una solución o decisión y evaluar riesgos, barreras y recursos.
 10. *Fijar objetivos adaptativos*: capacidad para fijar metas positivas y realistas.
 11. *Solución de problemas*: capacidad para desarrollar soluciones positivas e informadas a los problemas.

- Habilidades de relación:
 12. *Comunicación receptiva*: capacidad para atender a los demás tanto en la comunicación verbal como no verbal para recibir los mensajes con precisión.
 13. *Comunicación expresiva*: capacidad para iniciar y mantener conversaciones, expresar los propios pensamientos y sentimientos con claridad, tanto en

comunicación verbal como no verbal, y demostrar a los demás que han sido bien comprendidos.

- Responsabilidad en la toma de decisiones

14. *Cooperación*: capacidad para aguardar turno y compartir en situaciones diádicas y de grupo.

15. *Negociación*: capacidad para resolver conflictos en paz, considerando la perspectiva y los sentimientos de los demás.

16. *Negativa*: capacidad para decir “no” claramente y mantenerlo para evitar situaciones en las cuales uno puede verse presionado y demorar la respuesta bajo presión, hasta sentirse adecuadamente preparado.

17. *Buscar ayuda*: capacidad para identificar la necesidad de apoyo y asistencia y acceder a los recursos disponibles.

Modelo pentagonal de las competencias emocionales.

Desde el contexto español y dentro del marco de trabajo del grupo GROPE (Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica) de la *Universitat de Barcelona*, se ha realizado también una propuesta teórica sobre el constructo competencia emocional y sus dimensiones (Bisquerra 2000, 2009; Bisquerra y Pérez, 2007).

Desde esta propuesta la competencia emocional presentaría cinco dimensiones y estaría constituida por diferentes habilidades emocionales:

1. *Conciencia emocional*: capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás. Comprende la capacidad de toma de conciencia de las propias emociones, ser eficaz en el uso del vocabulario emocional y la habilidad de comprensión de las emociones de los demás.
2. *Regulación emocional*: capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. La regulación emocional requiere de toma de conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento, así como, de poseer buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas, etc.

3. *Autonomía emocional*: se constituiría a partir de una serie de características como la autogestión personal a partir de autoestima, actitud positiva ante la vida, responsabilidad, capacidad para analizar críticamente las normas sociales, la capacidad para buscar ayuda y recursos, así como la *autoeficacia emocional*.
4. *Competencia social*: es definida como la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Implica habilidades sociales, capacidad para la comunicación efectiva, respeto, actitudes pro-sociales, asertividad, etc.
5. *Competencias para la vida y el bienestar*: capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida, ya sean privados, profesionales o sociales.

Modelo de competencia emocional desde la psicología del desarrollo (Saarni)

Desde la propuesta de Saarni (1999, 2000) se enfatiza de manera especial la naturaleza contextual de la competencia emocional.

Según esta autora, esta competencia se adquiere básicamente en el contexto social y escolar y, aunque considera que su aprendizaje también se puede producir en otros entornos como el familiar, entiende que sin el aprendizaje específico en el contexto escolar su adquisición y desarrollo es más difícil (Saarni, 2000).

La competencia emocional según Saarni (2000) se evidencia en la *autoeficacia* al expresar emociones en las transacciones sociales. Entiende la *autoeficacia* como la capacidad para lograr los objetivos que la persona se plantea y para ello es imprescindible conocimiento de las propias emociones y capacidad de gestión de las mismas hacia los resultados deseados. Estos resultados se caracterizan por depender de los principios morales que la persona tiene, por ello, los valores éticos y morales son un elemento clave en la conceptualización de la competencia emocional desde su modelo teórico. Desde esta perspectiva, toma relevancia la importancia del contexto: el espacio y el tiempo son condicionantes de la competencia emocional. Todos podemos experimentar incompetencia emocional en un momento dado y en un espacio determinado, dado que no nos sentimos preparados para esa situación .

Saarni (2000) propone ocho habilidades emocionales que se adquieren a lo largo del desarrollo mediante la interacción social y que configuran la competencia emocional:

1. Conciencia del propio estado emocional. El individuo que posee esta capacidad se caracteriza por comprender que puede experimentar diferentes emociones. También es consciente de la influencia de los aspectos inconscientes.
2. Capacidad para discernir los estados emocionales ajenos. Esta capacidad se basa en la identificación de determinados signos culturales que informan del estado emocional de las personas.
3. Habilidad para usar el vocabulario emocional y los términos expresivos disponibles culturalmente determinados.
4. Capacidad para empatizar y simpatizar con las emociones de otros.
5. Habilidad para comprender que los estados emocionales internos no se corresponden necesariamente con la expresión externa.
6. Destreza en afrontamiento de las emociones estresantes. Capacidad para el uso de estrategias de autorregulación emocional que permiten disminuir la intensidad o duración en el tiempo de tales estados emocionales.
7. Conciencia de que la naturaleza de las relaciones interpersonales viene definida en parte por la calidad de la comunicación emocional dentro de la relación.
8. Capacidad para la *autoeficacia emocional*. La persona experimenta que, desde el conocimiento de las propias emociones y de su capacidad de gestionarla, es capaz de lograr los objetivos que se plantea.

2.2.3. Competencia emocional e investigación en enfermería

La competencia emocional de las enfermeras es para muchos autores un requisito imprescindible, pues su ausencia podría afectar la toma de decisiones éticas, el pensamiento crítico, el uso del conocimiento en la práctica; y por lo tanto, la calidad de la atención a los usuarios. Específicamente, algunos autores destacan que la habilidad de comprensión y reconocimiento de las emociones es básica en enfermería, pues la esencia misma de su actividad requiere de atributos como la sensibilidad y la implicación emocional íntimamente conectados con la competencia emocional (Freshwater y Stickley, 2004; McQueen, 2004; Rego, Godinho, McQueen y Pina, 2007).

En el contexto formativo también se argumenta que es necesario contemplar la dimensión emocional en los procesos de aprendizaje de los estudiantes, pues el fomento y desarrollo de estas habilidades no sólo repercute en la práctica de los cuidados, sino que también resulta beneficioso para el desarrollo del pensamiento crítico, facilita la integración del estudiante durante las prácticas y minimiza el impacto emocional que éstas puedan ocasionar (Rochester et al.; 2005).

Hay quien también plantea que las habilidades emocionales en los contextos organizacionales, coordinando, planificando y liderando procesos favorece un mejor clima laboral (Cummings et al., 2005), un trabajo en equipo más eficaz (McCallin y Bamford, 2007) y actúan como elemento protector y preventivo de alteraciones de salud laboral derivadas de contextos estresantes (Montes-Berges y Augusto; 2007).

En España la investigación sobre las emociones y su papel en la práctica enfermera es incipiente, pero se observa un progresivo incremento en los últimos años.

La mayoría de estos estudios se han centrado en la medida de la inteligencia emocional y su relación con diferentes aspectos como la ansiedad ante la muerte (Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J., Limonero, J., 2009), el estrés laboral (Limonero, J. T. Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J., 2004), la satisfacción de los docentes (Landa, et., 2006), el rendimiento de los estudiantes de enfermería (Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Aguilar-Luzán, M. C., Salguero de Ugarte, M. F., 2009), etc.

A continuación, y con el objetivo de complementar lo anteriormente expuesto se sitúa el estado actual de la investigación sobre el papel de las emociones en la práctica enfermera.

2.2.3.1. El cuidado emocional como recurso para la salud y bienestar de los usuarios

Desde la época de Florence Nightingale (1820-1910) diferentes autoras en enfermería han defendido el poder terapéutico de las relaciones interpersonales usuario-enfermera (Damasio, 2006; Peplau, 1990; Watson, 1985, 2007).

En situación de enfermedad o en cualquier otra situación de vulnerabilidad (crisis personal, falta de control de la situación, etc.) el estado psicológico de una persona se podría ver afectado positiva o negativamente por el comportamiento de otros hacia ellos (Torralba,

1985). En el caso de la interacción usuario-enfermera, especialmente en situaciones de hospitalización y/o enfermedades graves, las enfermeras pueden contribuir con su competencia emocional al establecimiento de una relación interpersonal que, no sólo no interfiere en el la resolución de los problemas, sino que incluso es potencialmente terapéutica. Este efecto beneficioso de las relaciones interpersonales usuario-enfermera se sustenta según diferentes autores en la conexión que existe entre mente y cuerpo (Peplau, 1990; Watson 1985, 2007).

Desde la perspectiva de algunos investigadores el cuidado de las emociones realizado por las enfermeras ayuda a frenar las reacciones negativas de las personas ante el diagnóstico de una enfermedad. Cuando las enfermeras cuidan y atienden las emociones contrarrestan estas reacciones transmitiendo comprensión y seguridad, generando un impacto de bienestar emocional que contribuye a la disminución de posibles complicaciones y consecuentemente, favoreciendo la reducción del tiempo de estancia hospitalaria (Williams y Irurita, 2004, 2006).

Investigaciones recientes en atención de enfermería al enfermo oncológico han aportado evidencias de la importancia de la información, la comunicación y el apoyo emocional en relación con el bienestar y la recuperación de estas personas (Saares y Suominen, 2005; Knobf, 2007; Remmers, Holtgräwe y Pinkert, 2010)

Estudios sobre la percepción que los usuarios tienen sobre el trabajo de las enfermeras destacan la importancia que éstos atribuyen a la dimensión emocional del trabajo enfermero. Los resultados de estas investigaciones también señalan que la actividad enfermera que contempla atención emocional se manifiesta en una mayor sensación de bienestar y satisfacción por parte de estos usuarios (Williams y Irurita, 2004, 2006).

2.2.3.2. Prevención de las alteraciones psicósomáticas asociadas a la práctica profesional: trabajo emocional, control del estrés y prevención del Síndrome de *Burnout*.

Como se ha expuesto con anterioridad, la práctica de las enfermeras supone un trabajo intenso que requiere de un abordaje integral de las necesidades de las personas. Por ello, la enfermera además de trabajo físico a menudo ha de realizar también *trabajo emocional*.

El término *trabajo emocional* fue acuñado por primera vez por Hochschild (1983) y en general hace referencia a la regulación de los sentimientos y expresiones emocionales como parte de la función de un trabajo remunerado, la gestión de las emociones en situaciones específicas, etc.

Hochschild (1983) a partir del estudio que realizó sobre la actividad laboral de las azafatas de vuelo identificó la importancia de la regulación emocional como parte intrínseca de la actividad de estas profesionales. El trabajo de estas azafatas requería necesariamente de gestión emocional para desarrollar adecuadamente su actividad laboral, requería de *trabajo emocional* (Smith y Gray, 2001).

Más tarde otros autores realizaron nuevas aportaciones que complementaron y ampliaron el concepto, partiendo siempre de la premisa de que el trabajo emocional es aquel trabajo (o esfuerzo) emocional realizado por un trabajador o profesional que responde a demandas emocionales concretas inherentes al tipo de actividad laboral a desarrollar.

El concepto de trabajo emocional en enfermería hace referencia a aquella actividad que persigue como objetivo el cuidado emocional y siempre se realiza conjuntamente con otros objetivos más materiales e instrumentales. Este tipo de trabajo contribuye a crear un estado emocional en las personas receptoras de los cuidados que les ayuda en su proceso de recuperación (Báez, 2006).

En enfermería, donde el trabajo emocional es especialmente necesario, el tema ha generado un interés notable y ha sido también objeto de estudio. Las investigaciones indican que el trabajo emocional, a pesar de ser un requisito imprescindible para una práctica enfermera de calidad, presenta matices según el contexto donde se realice.

El esfuerzo emocional que comporta la actividad habitual de cuidar se puede ver incrementado notablemente en determinadas situaciones (Gray y Smith, 2009). El contacto con el sufrimiento, la muerte, la actuación en situación de urgencia, la contención derivada de conflictos, etc. son situaciones de alto impacto emocional que si persisten de manera continuada pueden llegar a provocar una situación de estrés. En estas circunstancias la ausencia de habilidades emocionales y de gestión de las emociones pueden provocar que las enfermeras acaben presentando el denominado Síndrome de *Burnout* (Gil-Monte, 2002).

El Síndrome de *Burnout* fue definido por primera vez por Maslach y Jackson (1986) como un estado compuesto básicamente por tres elementos: agotamiento emocional, falta de realización personal en el trabajo y despersonalización. En nuestro contexto, el Síndrome de *Burnout* también ha sido denominada *síndrome de agotamiento profesional*, *síndrome de cansancio profesional* o sencillamente, síndrome de "estar quemado" por el trabajo (Gil-Monte, 2005b).

A lo largo de los años se ha establecido que el síndrome de "estar quemado" es una respuesta al estrés laboral crónico que, aunque se puede dar en diferentes profesionales, sucede con más frecuencia entre los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con usuarios.

En general, los diferentes estudios realizados sobre el Síndrome de *Burnout*, han identificado diferentes factores protectores frente a su desarrollo. Habitualmente, estos factores suelen agruparse en tres grandes categorías: los factores sociodemográficos (edad, género, nivel de estudios, estado civil, etc.), los de tipo personal (autoestima, autoconfianza, optimismos, etc.) y los relacionados con el entorno (cargas laborales, soportes sociales, valoración del trabajo, etc.).

Algunas investigaciones señalan que los individuos con una buena autoconfianza, buena autoestima y buen nivel de autoeficacia experimentan con menor frecuencia este síndrome (Gil-Monte, 2005b).

Otros estudios han identificado que las personas sensibles, empáticas, humanas, idealistas, altruistas y con tendencia a identificarse intensamente con los demás son más vulnerables al agotamiento profesional. En cambio, las personas con personalidad resistente y alto sentido de la coherencia tienden a presentar menos este síndrome profesional (Chacón y Grau, 2004).

Ortega y López (2004) observaron en su investigación que aspectos inherentes a la práctica de los cuidados, como el trabajo emocional, podían favorecer el agotamiento profesional.

Limonero et al. (2004) también identificaron que el continuo contacto con el sufrimiento y la muerte era otro de los posibles factores favorecedores de la aparición del Síndrome de *Burnout*.

Cummings y al. (2005) encontraron una relación entre el estrés de la reestructuración del hospital, el agotamiento emocional de las enfermeras y las necesidades insatisfechas de los usuarios. Este resultado señalaba la existencia de una repercusión clara en la calidad de los cuidados cuando las necesidades emocionales de las enfermeras no están cubiertas.

En otro estudio se identificó que el síndrome suele presentarse más en sanitarios jóvenes (Grau, Suñe y Garcia, 2005).

Sin embargo resulta interesante señalar que, paradójicamente, en un mismo contexto laboral, con condiciones de trabajo similares, hay enfermeras que desarrollan este síndrome y otras en las mismas condiciones no. Este hecho parece tener explicación por los resultados aportados por algunos estudios que señalan a la competencia emocional como uno de los elementos eficaces de afrontamiento de las situaciones de estrés mantenido, y por tanto, como potencial factor protector frente el agotamiento profesional (Montes-Berges y Augusto, 2007).

Otras investigaciones han aportado evidencias de que una buena capacidad de gestión emocional puede moderar o prevenir los efectos negativos del estrés y del *Burnout* (Augusto y López-Zafra, 2010; Augusto, Lopez-Zafra, Berrios, Aquilar-Luzón, 2008; Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, y Gómez-Benito, 2006, Montes-Berges y Augusto; 2007).

Los resultados de estas investigaciones indican que, a pesar de que las enfermeras son profesionales que desarrollan su actividad en un contexto potencialmente favorecedor del desgaste profesional o Síndrome de Burnout, su capacitación emocional podría disminuir o anular las posibilidades de desarrollo de esta alteración. Por ello, tal como también plantea Gil- Montes (2005a), las evidencias existentes avalan la necesidad de formar en habilidades emocionales a estas profesionales.

2.2.3.3. Habilidades emocionales, rendimiento, trabajo en equipo y enfermería: mejorando la eficacia y la calidad de los cuidados

Al igual que ocurre en relación con la prestación de cuidados directos, las relaciones interpersonales eficaces en el seno de un equipo de trabajo son una pieza clave para su buen funcionamiento.

Algunos resultados de investigaciones centradas en el trabajo en equipo en enfermería, corroboraron la necesidad de que las enfermeras posean habilidades emocionales y capacidad para aplicarlas adecuadamente en diferentes contextos.

McCallin y Bamford (2007) llevaron a cabo un estudio donde pretendían examinar si la presencia o ausencia de habilidades emocionales afectaba a la eficacia de los equipos interdisciplinarios. Para ello realizaron entrevistas a 44 profesionales de la salud de siete disciplinas diferentes con la intención de recoger información sobre sus preocupaciones en relación al trabajo en equipo y las estrategias utilizadas para resolver problemas durante la práctica.

Los resultados de este estudio señalaron que entre otros aspectos, el diálogo, el liderazgo y en especial las diferentes personalidades tienen un efecto significativo y favorecedor del trabajo en equipo (McCallin y Bamford, 2007).

Por su parte, la investigación realizada por Quidbach y Hansenne (2009) también aportó datos interesantes sobre el tema. Los resultados pusieron de manifiesto que la capacidad de regulación emocional de los integrantes del equipo correlaciona positivamente con la calidad de los cuidados y la cohesión del equipo.

Una de las dificultades del trabajo en equipo es la presencia más o menos frecuente de confrontación y conflicto entre los integrantes del equipo. Algunas investigaciones han identificado que los equipos formados por personas con habilidades emocionales tendían a presentar menos conductas de hostilidad entre sus integrantes y por lo tanto resultaban ser mucho más eficaces y seguros para las personas que atendían (Jones et al, 2010).

La investigación realizada por Jones et al. (2010) se centró en la valoración del impacto de conductas hostiles entre enfermeras (*Nurse-to-nursehostility*, NNH)⁷ en función de las características emocionales del equipo. Según estos autores, la persistencia de una conducta hostil hacia un miembro puede provocar un serio riesgo para la salud y seguridad de dicha persona, llegando a generar sentimientos de impotencia y afectación de su autoestima.

Los resultados de esta investigación aportaron evidencias de que la competencia emocional del grupo contribuía a la inhibición de las conductas hostiles entre las enfermeras (Jones et al, 2010).

2.2.3.4. Liderazgo en enfermería: un reto inaplazable

Diversas publicaciones han enfatizado la importancia del liderazgo emocional en relación con la atención a los usuarios, enfermeras y organizaciones. Entre otros aspectos, los resultados de las investigaciones plantean que los líderes inteligentes emocionalmente pueden influir positivamente en la atención a los usuarios al tener la capacidad de estimular y motivar a las enfermeras, favorecer la relación de confianza dentro de los equipos y en el seno de las organizaciones, contribuir al impacto de contextos caóticos y manejar mejor, gracias a la capacidad de transmitir empatía, los conflictos con enfermeras, usuarios y/o familiares (Amendolair, 2003; Cummings et al., 2005; Davis, 2005).

En los últimos años diversas investigaciones (Cummings y al.; 2005; McCallin y Bamford, 2007; Morrison, 2008) han centrado su interés en cómo enfermeras gestoras pueden influenciar las dinámicas de trabajo e incluso la calidad de los cuidados mediante un liderazgo emocionalmente competente.

En general estos estudios han aportado datos que señalan la existencia de correlación, en algunos casos moderada, entre la presencia de líderes eficaces emocionalmente y el incremento del compromiso y la colaboración entre las enfermeras. Incluso en la investigación realizada por Cummings et al. (2005) se llegó a evidenciar que el *liderazgo*

⁷ La NNH o *Nurse- to- nursehostility* se define como "un cuadro persistente de comportamiento diseñado para controlar, disminuir o devaluar un compañero (o grupo) que crea un riesgo para la salud y / o la seguridad." (Bartholomew, K, 2006; citat por Jones et al, 2010)

*resonante*⁸ en enfermería garantizaría una mejor calidad de la atención (Akerjordet y Severinsson, 2010).

En general, y a pesar de que las evidencias provenientes de la investigación todavía son moderadas, en relación al liderazgo en las organizaciones, se apoya la idea de que en los actuales complejos sistemas sanitarios los líderes eficaces son aquellos que también saben manejar las emociones (Amendolair, 2003; Cummings et al., 2005; Davis, 2005; McCallin y Bamford, 2007; Goleman, 2005; Morrison, 2008).

2.2.3.5. La formación emocional en enfermería

Actualmente los planes formativos en el contexto español contemplan las competencias emocionales dentro del conjunto de competencias que el estudiante de enfermería debe alcanzar para obtener el título de Graduado en Enfermería. Sin embargo, todavía se puede observar cómo en la práctica enfermera estas competencias están poco presentes tanto en el abordaje de los problemas de salud como en relación con las necesidades de las propias enfermeras (Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006).

La reflexión sobre el valor del cuidado de las emociones y el desarrollo de las competencias emocionales de los estudiantes de enfermería, aunque está presente de manera más o menos explícita en el currículum formativo, en general no parece estar incorporado de manera consciente a través de programas formativos concretos. Por ello, se observa como en función de la personalidad del estudiante, de las experiencias vividas durante su proceso de formación (especialmente durante las prácticas) y del impacto del discurso docente en las aulas, las competencias emocionales se adquieren con más o menos plenitud, o simplemente, no se adquieren.

La adquisición de competencias, y especialmente las competencias emocionales, exige cambios en la estructura interna de la persona a nivel de hábitos, costumbres y de esquemas de actuación, que no se realizan sólo con conocimientos sino que requiere la actitud activa de cambio de la persona. (Alberici y Serreri, 2005; Iriarte et al. 2006). Dado que tradicionalmente la formación de las enfermeras ha estado tutelada por el paradigma

⁸ Según Boyatzis, Goleman y McKee (2002) el líder resonante es aquel capaz de crear un clima emocional positivo indispensable para movilizar lo mejor del ser humano.

positivista que ha influenciado claramente la mayoría de las ciencias vinculadas con la salud de las personas, las enseñanzas dirigidas al desarrollo de la capacitación emocional no han ocupado un espacio central en la formación de estas enfermeras.

Desde la perspectiva de algunos autores, a pesar de que la enfermería es una de las profesiones de la salud que más contempla los aspectos emocionales, es decepcionante comprobar la pobre evolución que ha experimentado la formación emocional de las enfermeras (Freshwater y Stickley, 2004; Hunter y Smith, 2007).

Las evidencias científicas señalan que la capacitación emocional de los estudiantes de enfermería es indispensable pues actualmente todavía manifiestan sentirse poco o nada preparados para afrontar las exigencias emocionales de la práctica enfermera (Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2006).

Rochester, Kilstoff y Scott (2005) llevaron a cabo una investigación donde analizaron el éxito profesional de las enfermeras durante los primeros años de actividad asistencial. Identificaron que, aunque las habilidades técnico-sanitarias eran necesarias, no eran suficientes. En este estudio una amplia gama de habilidades emocionales fueron identificadas por las enfermeras recién graduadas y por sus contratadores como factores importantes del éxito profesional. Al mismo tiempo la investigación analizó como se enseñaban estas habilidades en los planes de estudio, evidenciándose la necesidad de incorporar formación específica en aspectos emocionales con metodologías que potenciaran y promovieran más el aprendizaje reflexivo.

La mayoría de los estudios que se han interesado por la formación emocional de las enfermeras se han centrado especialmente en la medida de la inteligencia emocional de los estudiantes de enfermería. Estos estudios han puesto de relieve que un buen nivel de inteligencia emocional mejora el autoconcepto (Augusto Landa et al., 2009), el afrontamiento de la muerte (Espinoza, M, Sanhueza, Olivia; 2012) y la salud mental de estos estudiantes (Montes-Berges y Augusto, 2007).

En general se observa como las evidencias aportadas por las investigaciones avalan las ideas defendidas por algunos autores que reivindican la necesidad de incorporar programas formativos en competencias emocionales dentro de la formación de grado y de posgrado de

las enfermeras (Christiansen y Jensen, 2008; Freshwater y Stickley, 2004; McQueen, 2004; Rochester, Kilstoff y Scott, 2005).

A nivel de la metodología adecuada para llevar a cabo estos programas formativos, las investigaciones han destacado de manera especial la idoneidad del uso de metodologías reflexivas y experienciales que permitan la propia conciencia emocional (Christiansen y Jensen, 2008; Harrison y Popma, 2010; Horton-Deutsch y Sherwood, 2008).

3. Metodología: Diseño y desarrollo empírico

3.1. Diseño y técnica de investigación

En este estudio de carácter exploratorio-descriptivo se ha optado por una aproximación metodológica mixta y de comparación por grupos.

El método mixto consiste en el uso de dos o más estrategias, cuantitativas y/o cualitativas, dentro de una misma investigación (Bericat, 1998; Tashakkori y Teddlie, 2003; Creswell, 2003). A pesar de ser un método criticado por algunos autores por violar los principios paradigmáticos cuantitativos y cualitativos, cada vez son más los investigadores y teóricos que defienden la premisa de que no es necesario escoger entre estas dos estrategias tradicionales. Algunos autores incluso ven en esta opción metodológica un posible, aunque muy incipiente, tercer referente metodológico (Tashakkori y Teddlie, 2003).

Uno de los principios fundamentales que ha de guiar el uso de opciones metodológicas mixtas es reconocer y respetar el referencial teórico principal y mantener la coherencia metodológica a lo largo de todo el diseño del estudio (Morse, 2003). En esta investigación el referente teórico primario es de carácter cualitativo y se ha complementado, con el objetivo de ampliar las descripciones así como de fortalecer la validez de éste método, con el segundo referente teórico-metodológico de esta investigación que es de carácter cuantitativo (Bericat, 1998; Morse 2003). Así mismo, en el diseño se planteó la comparación por grupos con el propósito de profundizar en las diferencias y similitudes de los dos grupos de participantes.

Se ha seleccionado esta opción metodológica por las características del fenómeno de estudio. Por un lado se pretende, desde una mirada cualitativa que permita el análisis de las percepciones, interpretaciones y vivencias de los participantes, la comprensión global y contextualizada del objeto de estudio (Valles, 2003). Por otra parte, con las aportaciones de una segunda estrategia cuantitativa, la intención es ampliar y contrastar los datos recolectados (triangulación de datos) (Creswell, 2003).

En la figura 5 se muestra el diseño de la investigación.

Diseño y desarrollo de la investigación

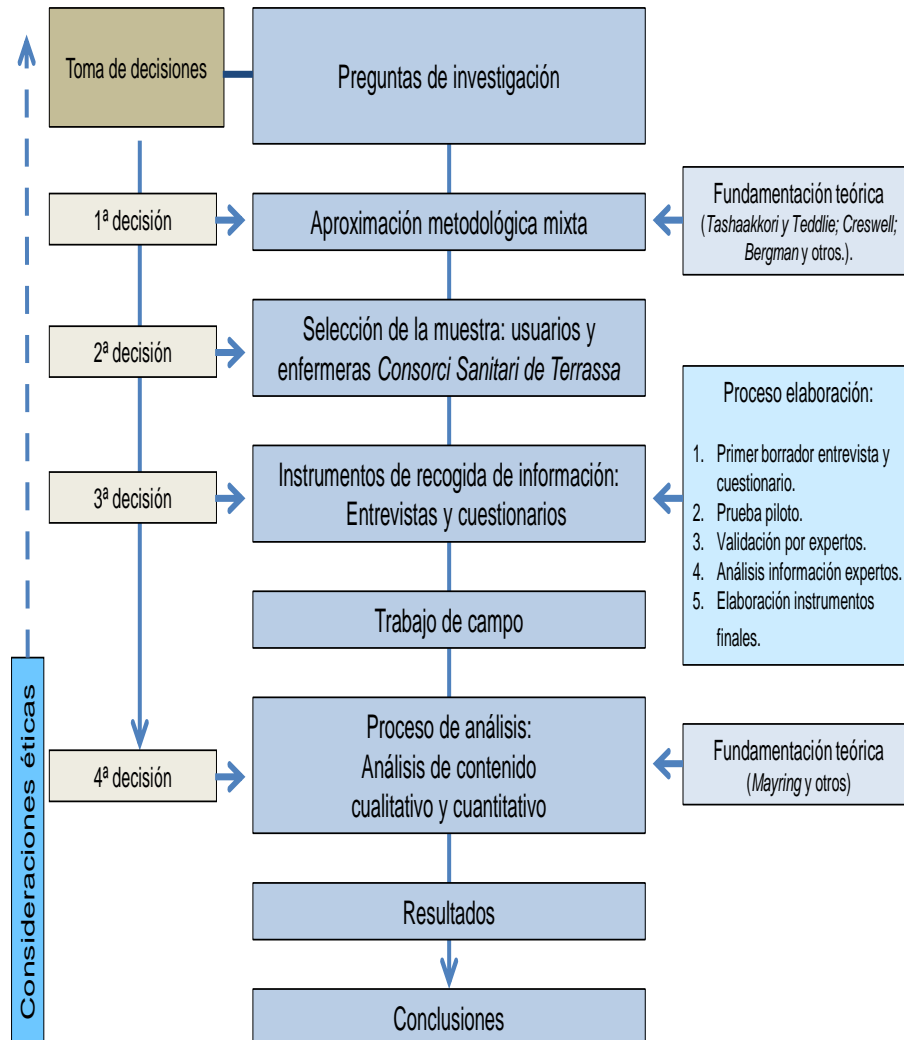


Figura 5. Diseño de la investigación

Fuente: Elaboración propia

Por último y cerrando este apartado, se presentan a continuación las definiciones que se han otorgado a los diferentes términos utilizados en esta investigación:

- *Percepción*: Desde la psicología moderna, la percepción es definida como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información de nuestro hábitat, de las acciones que efectuamos en él y de nuestros propios estados internos (Forgus, 1982). De acuerdo con

la corriente constructivista, la definición que hemos utilizado en este estudio parte de la premisa de la existencia de aprendizaje en el proceso perceptivo. Por ello, se entiende la percepción como la imagen mental que se forma la persona según sus experiencias y necesidades (Coll, 1990).

- *Propósito de la práctica enfermera*: Se entiende por propósito de la práctica enfermera aquello que se pretende conseguir a partir del ejercicio de la enfermería. El propósito de la práctica enfermera, desde el marco legislativo actual, se concreta en la realización de cuidados enfermeros (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, LOPS, 2003).
- *Cuidados enfermeros*: El término cuidados enfermeros hace referencia a la actividad que desarrollan las enfermeras. Comprende tanto la realización de los cuidados enfermeros autónomos (cuidar profesional) como los que se derivan de la colaboración con otros profesionales del equipo interdisciplinario (Consejo Internacional de Enfermería, CIE; 2010).
- *Cuidados enfermeros autónomos*: El *cuidado enfermero* es un tipo de cuidado de carácter profesional que se fundamenta en el conocimiento, el rigor científico y la ética. Pretende contribuir al bienestar de las personas, familias y/o comunidades. Los cuidados de enfermería suelen implicar como mínimo a dos personas cuya conexión está determinada principalmente por la responsabilidad que tiene una de ellas de dar respuesta a la otra y de satisfacer sus necesidades. A diferencia de las relaciones entre familiares o amigos, este tipo de relación se da normalmente entre personas desconocidas (Henderson 1977, 1994, Orem 1993, Peplau 1990, Watson, 1985, 2000).
- *Práctica enfermera* Se entiende por práctica enfermera el ejercicio de los cuidados enfermeros. Actualmente, la práctica enfermera comprende los cuidados enfermeros autónomos y los cuidados enfermeros de colaboración interdisciplinar (Consejo Internacional de Enfermería, CIE, 2010).
- *Ámbito asistencial*: Según el diccionario de la Real Academia Española, el término *ámbito* hace referencia al “espacio ideal configurado por las cuestiones y los problemas de una o varias actividades o disciplinas relacionadas entre sí.” En esta investigación se entiende por *ámbito asistencial* el espacio donde se presta un tipo de asistencia sanitaria determinada por los problemas de salud de las personas que atiende y que se caracteriza

por perseguir unos objetivos de salud específicos. Se han utilizado los términos Hospitalización y Atención Primaria para hacer referencia a la actividad asistencial que se desarrolla en los hospitales y en los centros de Atención Primaria o Áreas Básicas de Salud.

- *Competencias enfermeras*: Según el Libro Blanco del título de Grado en Enfermería (2004), las competencias enfermeras son aquellas competencias (genéricas y/o específicas) que permiten, en base a una preparación científica y humana, valorar, identificar, actuar y evaluar las necesidades de salud y cuidados de las personas sanas o enfermas.
- *Competencias emocionales*: Según diversos autores (Bisquerra, 2009; Mayer y Salovey, 1990; Goleman 1995; Saarni 2000) el individuo emocionalmente competente sabe gestionar sus emociones en las relaciones interpersonales, siendo capaz de dirigir sus experiencias emocionales hacia los resultados deseados. En este estudio se entiende que la competencia emocional se evidencia, entre otros aspectos, cuando las enfermeras demuestran capacidad de realizar *cuidado emocional*.
- *Cuidado emocional*: En el marco de los cuidados enfermeros y de acuerdo con los postulados de Watson (1985, 2007), el ser humano es en primer lugar un ser *sintiente* que necesita atención y cuidado de sus emociones. Partiendo de esta premisa, en este estudio el *cuidado emocional* es definido como aquel cuidado que se caracteriza por el respeto, aceptación y cuidado de las emociones propias y ajenas.

3.2. Elección y características de la muestra

En este estudio se decidió seleccionar la muestra siguiendo los criterios de *conveniencia*, *accesibilidad* y *disponibilidad* (voluntad de colaborar) de los participantes.

Siguiendo el criterio de *conveniencia* y con el objetivo de poner a comparar los resultados, se seleccionaron dos grupos con el mismo número de participantes: un grupo de usuarios y otro de enfermeras. Al mismo tiempo, y para poder establecer comparaciones intragrupo, se seleccionaron participantes (usuarios y/o enfermeras) del ámbito asistencial de Atención Primaria y de Hospitalización.

Por otra parte, y por el criterio de *accesibilidad* se seleccionaron usuarios y enfermeras de las unidades de Medicina Interna y Cirugía del *Hospital de Terrassa* y de las Áreas Básica de Salud *Antón de Borja* y *Sant LLàtzer* del *Consorti Sanitari de Terrassa*.

El *Consorti Sanitari de Terrassa* es una entidad pública de la *Generalitat de Catalunya*, la *Fundació Sant LLàtzer* y el Ayuntamiento de Terrassa. Está integrado por diferentes centros asistenciales, entre ellos siete centros de Atención Primaria y un hospital de atención a enfermos agudos (*Hospital de Terrassa*). Actualmente atiende a más de 200.000 personas de diferentes poblaciones del Vallés Occidental.

En relación a los *criterios de inclusión/exclusión* y como primer criterio de inclusión específico para los participantes del grupo de usuarios, se estableció que la persona estuviera en disposición de mantener un proceso comunicativo eficaz sin interferencias de ningún tipo (alteraciones cognitivas, malestar o dolor, estar acompañados de familiares o amigos, etc.). Como segundo criterio de inclusión, en este caso para ambos grupos de participantes, se estableció que la persona, después de ser informada de las características del estudio y de solicitar su colaboración, manifestara de manera voluntaria su disposición a participar en la investigación.

Se excluyeron las personas de culturas no occidentales con la intención de incluirlas en futuras investigaciones donde se abordaría de forma específica la dimensión cultural.

La muestra de este estudio quedó finalmente constituida por 40 participantes del *Consorti Sanitari de Terrassa*, de los cuales 20 eran usuarios (10 de Atención Primaria y 10 de Hospitalización) y 20 eran enfermeras (10 de Atención Primaria y 10 de Hospitalización).

3.3. Instrumentos de recogida de datos

En virtud del tipo de investigación y en coherencia con el diseño planteado, se optó por utilizar dos instrumentos de recogida de información (entrevistas semiestructuradas y cuestionarios) para conseguir, por un lado, profundizar en la complejidad del fenómeno que se pretendía estudiar, y por otro, ampliar y contrastar los datos obtenidos.

Las entrevistas como forma de recogida de información, permitieron la interacción y el diálogo continuo, y al mismo tiempo favorecieron la concreción de significados e interpretaciones por parte de la investigadora.

Los cuestionarios, sin posibilidad de matización y/o interacción investigador-participante, aportaron información directa de los propios participantes.

Tanto las entrevistas como los cuestionarios fueron elaborados de manera específica para este estudio.

Las preguntas y enunciados planteados en ambos instrumentos fueron adaptados a las particularidades de registro lingüístico de cada uno de los grupos de participantes (usuarios o enfermeras). Se construyó un modelo de entrevista y cuestionario diferente para cada uno de los grupos de participantes (ver Anexo II y III).

3.4. Proceso de elaboración de los instrumentos

El proceso de elaboración y construcción de los instrumentos tuvo diferentes etapas:

Primera etapa: Construcción de los instrumentos

A partir de las preguntas de investigación y teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la literatura publicada, se elaboró un primer borrador de la entrevista y del cuestionario para cada grupo de participantes.

A continuación se desarrolló una prueba piloto con dos usuarios y dos enfermeras. A partir de los resultados se redefinieron estos instrumentos.

Segunda etapa: Validación por expertos.

Se solicitó la colaboración de diferentes expertos para la validación de las preguntas planteadas en ambos instrumentos.

Cinco expertos realizaron la validación de los instrumentos destinados a los usuarios y cinco más la validación de los instrumentos elaborados para las enfermeras. Los expertos seleccionados son enfermeras con experiencia profesional acreditada y con formación complementaria en campos disciplinares diversos (antropología, sociología, lingüística, ética, etc.)

En la figura 6 se presenta la formación académica y el área de conocimientos de los evaluadores.

Código evaluador	Formación académica y área de conocimiento
CT	Doctora en Enfermería por la <i>Universidad de Alicante</i> . Profesora emérita de la <i>Universitat de Lleida</i> , área de conocimiento enfermería.
GG	Doctora por la <i>Universitat de les Illes Balears</i> . Diplomada en Enfermería y Licenciada en Historia del Arte. Profesora titular <i>Universitat Illes Balears</i> , área de conocimiento enfermería.
JT	Doctor en Psicología por la <i>Universitat Autònoma de Barcelona</i> . Diplomado en Enfermería y Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación. Profesor titular <i>Escola Universitària Gimbernat</i> , área de conocimiento enfermería.
DB	Doctora por la <i>Universitat Internacional de Catalunya</i> . Máster oficial en Ciencias de la Enfermería y <i>Bachelor of Nursing per la Hogelschool Zeland</i> . Profesora titular a la <i>Universitat Internacional de Catalunya</i> , área de conocimiento enfermería.
RV	Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación por la <i>Universitat de Barcelona</i> . Diplomada en Enfermería. Miembro fundador del grupo FEBE (Grupo de docentes y estudiosas de la historia de la profesión enfermera). Profesora emérita de la <i>Universitat de Barcelona</i> , área de conocimiento enfermería.
MT	Doctora por la <i>Universidad de Barcelona</i> . Diplomada en Enfermería y Licenciada en lingüística. Profesora titular de la <i>Escola Universitària d'Infermeria i de Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT)</i> , área de conocimiento enfermería.
EF	Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora titular de la <i>Escola Universitària d'Infermeria i de Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT)</i> , área de conocimiento enfermería.
NC	Diplomada en Enfermería y Licenciada en Sociología. Profesora titular de la <i>Escola Universitària d'Infermeria i de Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT)</i> , área de conocimiento enfermería.
SS	Diplomada en Terapia Ocupacional y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora titular de la <i>Escola Universitària d'Infermeria i de Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT)</i> , área de conocimiento Terapia Ocupacional.
MJ	Diplomada en Enfermería y Máster en Bioética. Profesora titular de la <i>Escola Universitària d'Infermeria i de Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT)</i> , área de conocimiento enfermería.

Figura 6. Formación académica y área de conocimiento evaluadores
Fuente: Elaboración propia

Cada pregunta fue valorada por todos los expertos en función de tres atributos: *univoca*, *relevante* y *comprensiva*. El rango de valoración cuantitativa era de 1 a 4, siendo 1 el valor más bajo y 4 el más alto. También se solicitó la valoración cualitativa para cada una de las preguntas.

Los resultados del proceso de validación realizado por parte de los expertos fueron analizados cuantitativa y cualitativamente.

En el análisis cuantitativo se ha efectuado para cada pregunta el promedio de la puntuación asignada por todos los expertos a nivel de:

- Puntuación total de todos los atributos por pregunta.
- Puntuación de cada atributo (*pregunta univoca, relevante o comprensiva*).

Después de llevado a cabo el proceso de validación por expertos y el análisis de los resultados (tanto cuantitativos como cualitativos), se incorporaron elementos de mejora en las preguntas siguiendo los siguientes criterios:

- Las preguntas que presentaban un promedio de valoración de todos los atributos para el global de los expertos igual o inferior a 3 han sido reformuladas.
- Las sugerencias de mejora se han analizado para cada pregunta y se han incorporado en base a su pertinencia, independientemente de la valoración promedio de todos los expertos

Como resultado de todo el proceso de validación por expertos y del análisis de los resultados, se introdujeron nuevos cambios en los instrumentos. Finalmente quedaron concretados en:

- *Entrevistas*: Constituidas por dos partes, una primera de recogida de datos sociodemográficos y una segunda parte formada por preguntas abiertas (ver Anexo II).
- *Cuestionarios*: Configurados por cinco preguntas con cinco opciones de respuesta a valorar del 1 al 5 (siendo 5 la más importante y 1 la menos importante) según las preferencias del participante (ver Anexo III).

3.5. Confiabilidad de los instrumentos

Según Valles (2003), tanto los investigadores cuantitativistas como cualitativistas consideran que la preocupación por los estándares de calidad de la investigación es un aspecto relevante, independientemente de la opción metodológica.

En general, los criterios de *confiabilidad* y en concreto los criterios de *validez* y *fiabilidad* (según el enfoque cuantitativo) y/o *credibilidad*, *transferibilidad* y *dependibilidad* (según el enfoque cualitativo), son los que han recibido más atención como estándares de calidad de las investigaciones (Valles, 2003).

En relación a los instrumentos de recogida de información, existe consenso en identificar que la *validez* es un criterio fundamental para determinar si la información obtenida es o no considerada válida por la comunidad investigadora. Por ello, se ha velado por este criterio planteando el uso de dos métodos diferentes de recolección de información, así como, efectuando triangulación de los datos obtenidos con ambos instrumentos.

Por otra parte, y en relación a los propios instrumentos de medida, se ha hecho un esfuerzo de refinamiento a través de la realización de una prueba piloto y una posterior validación por expertos de dichos instrumentos. Los resultados de esta validación han sido analizados de manera exhaustiva y posteriormente se han incorporado los cambios pertinentes derivados de dicho análisis.

3.6. Procedimiento de recogida de datos

Como se ha expuesto anteriormente, el trabajo de campo se llevó a cabo con usuarios y enfermeras del *Consorti Sanitari de Terrassa*.

Previa a la entrada al campo y de manera secuencial se siguieron los siguientes pasos:

1. Solicitud de permiso a la Dirección de Enfermería del *Consorti Sanitari de Terrassa* (ver Anexo IV)⁹.

⁹ En los Anexos IV, VI y VII se adjunta los documentos originales escritos en catalán tal como fueron presentados en su día a la Dirección de Enfermería del *Consorti Sanitari de Terrassa*.

2. Presentación a la Dirección de Enfermería de una memoria del proyecto de investigación para su aprobación.
3. Exposición del proyecto de investigación al equipo de coordinadores asistenciales de la Dirección de Enfermería.
4. Presentación de la memoria del proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica para su aprobación (ver Anexo V).
5. Presentación a la Dirección de Enfermería del cronograma de la organización y desarrollo del trabajo de campo.

Una vez obtenidos los permisos institucionales, se efectuó un primer contacto con los responsables asistenciales de las unidades de Hospitalización y/o centros de Atención Primaria; quienes facilitaron la ubicación de la investigadora en las instituciones y posibilitaron algunos recursos necesarios (espacios, contactos, etc.) para el desarrollo del trabajo de campo.

Los participantes del estudio, tal como se ha comentado anteriormente, fueron escogidos siguiendo el criterio de *accesibilidad y conveniencia*. En relación a los usuarios, se contó con la colaboración de las enfermeras responsables de las unidades de Hospitalización y/o centros de Atención Primaria para la elección de los participantes con las características óptimas para el estudio. Respecto a las enfermeras, fueron entrevistadas aquellas que mostraron disposición a colaborar en el estudio. La investigadora en ningún caso tenía relación personal ni profesional con las personas que formaron parte de la muestra.

Antes de la realización de las entrevistas y pase de cuestionarios, se les explicó a todos los participantes las características de la investigación y de la participación en la misma. También se facilitó documentación escrita con toda la información. A continuación se solicitaba colaboración en el estudio, y en caso afirmativo, se recogía consentimiento escrito de colaboración.

Las entrevistas se desarrollaron en un espacio acondicionado para ello, libre de ruidos e interrupciones, donde se favorecía el diálogo tranquilo entre entrevistado e investigadora. La duración de cada entrevista fue de aproximadamente cuarenta y cinco minutos. Al finalizar cada entrevista, la investigadora efectuaba anotaciones complementarias con

información sobre el proceso de la entrevista, aspectos relevantes a tener en cuenta en el análisis o bien elementos a tener presente en las entrevistas siguientes. Todos los datos obtenidos en las entrevistas fueron grabados con dos aparatos de audio con el objetivo de evitar posibles pérdidas accidentales.

Inmediatamente después de desarrollada cada entrevista, se solicitaba al participante que realizara el cuestionario.

Finalizado el proceso de recogida de información, la investigadora ofreció a todos los participantes la posibilidad de recibir los resultados de la investigación y se recogió la dirección de correo electrónico de aquellas personas interesadas.

El trabajo de campo se finalizó en julio del 2011.

3.7. Consideraciones éticas y legales

Se ha tenido especial cuidado en velar por las consideraciones éticas del estudio.

En el momento de solicitar la colaboración se les explicó las características de la investigación a todos los participantes del estudio. También se les facilitó un documento escrito donde se exponía las características de la misma. Al mismo tiempo fueron informados de que:

- a) Las entrevistas serían grabadas.
- b) La colaboración en el estudio era totalmente voluntaria.
- c) En todo momento se velaría por el anonimato y la confidencialidad. Todos los datos, de acuerdo con las directrices que establece la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), serían tratados de forma confidencial. Concretamente se les explico que:
 - Para velar por la confidencialidad de los datos se pondría un código en el apartado de identificación. Durante todo el proceso de análisis y explotación de la información siempre se utilizarían estos códigos.
 - Los datos personales serían almacenados en un servidor seguro que requiere de clave de acceso que solo posee la investigadora.
 - Los datos únicamente serán utilizados por la persona responsable del estudio y siempre con fines investigadores.

- Una vez introducida toda la información en la base de datos del servidor, con las medidas de acceso y manipulación pertinentes, el material en papel y las grabaciones de los participantes serían almacenadas temporalmente en un archivo seguro hasta la finalización del estudio.
- d) En cualquier momento podían decidir interrumpir la colaboración.
- e) Se facilitaría la dirección electrónica y el teléfono de contacto de la investigadora para que pudieran ponerse en contacto si:
- Al final se decide no participar en la investigación.
 - Están interesados en recibir los resultados de la investigación.

Toda la información facilitada se ofreció tanto verbalmente como en documentación escrita (ver Anexo VI).

Una vez informados y en caso de que aceptaran colaborar, los participantes firmaron un documento de consentimiento del cual recibían una copia (ver Anexo VII).

3.8. Proceso de análisis de la información

Realizadas todas las entrevistas y pasados los cuestionarios se procedió al proceso de análisis de la información:

3.8.1. Entrevistas

Para el análisis de la información de las entrevistas se ha utilizado la técnica de *Análisis de Contenido*. Este procedimiento de análisis tiene sus orígenes en el intento de objetivización de las comunicaciones humanas. Sin embargo, en las últimas décadas ha ido cobrando relevancia como proceso analítico complementario a los fines cualitativos (Bardin, 1986).

Dada su génesis (técnica descriptiva cuantitativa) y su posterior evolución (ampliación de enfoque hacia los paradigmas cualitativos), actualmente se puede observar como el análisis de contenido ha sido definido de muy diversas formas (Mayring, 2000). En esta investigación el análisis de contenido es utilizado y entendido siguiendo el planteamiento de Philipp Mayring (2000), quien propone un enfoque de análisis de contenido interpretativo sin renunciar las ventajas cuantitativas del mismo.

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente. A partir de la información obtenida de estas transcripciones, se llevó a cabo una primera codificación que permitió la clasificación de la información por temas y/o dimensiones (metacategorías). Posteriormente, y a partir de las diferentes metacategorías, se realizó una segunda codificación que permitió así mismo organizar los datos atendiendo a sus características en diferentes categorías, y a veces también, subcategorías. La información fue clasificada de manera *excluyente* o *no excluyente* en las diferentes categorías y subcategorías atendiendo a la concreción en la respuesta y en función de si los participantes destacaban uno o más aspectos.

Una vez organizados los datos, se efectuó el análisis interpretativo de la información clasificada en las categorías y subcategoría, así como, medida de frecuencia.

El proceso de análisis cualitativo descrito, y teniendo en cuenta el acceso al conocimiento que plantea la investigación cualitativa, no fue en absoluto un proceso lineal. Todo lo contrario, se realizó un trabajo de análisis que supuso un ir y venir continuo de los datos a la construcción de categorías para contrastar que dicha construcción era coherente con los datos recogidos. Por ello, el conjunto de este análisis requirió del desarrollo de un proceso metódico, riguroso y cognitivamente complejo que comportó la ejecución de largos procedimientos de síntesis, recontextualización y comprensión por parte de la investigadora.

Dado el carácter mixto de la investigación, se decidió utilizar un software adaptable tanto al proceso de análisis cualitativo como cuantitativo. Concretamente se optó por el uso del programa *Microsoft Office Excel* a partir del cual se elaboraron las matrices de datos (una para las entrevistas y otra para los cuestionarios). A la matriz que contenía la información de las entrevistas se le introdujeron diferentes filtros, los cuales favorecieron el análisis cuantitativo y cualitativo de la misma.

En la figura 7 se ejemplifica el procedimiento de análisis a partir de la matriz de datos para la categoría misión en el grupo usuarios.

	Número pregunta	Número entrevista	Usuario-entrevista	Cambiar	Realizar procedimientos técnicos	Vigilancia y control	Ayudar al médico	Otras
3								
813	Seguir las instrucciones que le haya dado el médico e ir controlando la medicación	3	21	2	1			
844	Entiendo que seguir la pauta que nos marca el médico, controlar el estado de los pacientes y en el momento en que ve una desviación comunicarlo al médico	3	28	2	1			
874	Llevar un control exacto de lo que tienes. Pero creo que el hecho de dar cariño también forma parte de su profesionalidad, ya que los usuarios valoramos mucho el trato humano que tengan. Para mí una enfermera que sea simpática compensa el hecho de que te haya podido pinchar mal, por ejemplo. ¿Para usted es mucho más importante esa parte a que no sea tan habilidosa la técnicamente? Dentro de unos límites, no estropeemos. Tiene que ser una buena profesional de	3	29	2	1			
897	La verdad no sabría decirte, pero creo que es cuidar la medicación y hacerle las cosas más específicas como son las analíticas, por ejemplo.	3	30	2	1			
907	Cuidar el instrumento que tenemos.	3	31	2	1			

Figura 7. Matriz de datos de las entrevistas.

3.8.2. Cuestionarios

Como se ha expuesto anteriormente, en los cuestionarios los participantes debían asignar según su preferencia una puntuación del 1 al 5 (siendo 5 la más importante y 1 la menos importante) a cada una de las opciones de respuestas de las diferentes preguntas.

Con este instrumento se pretendía obtener información sobre las preferencias del grupo, por ello se utilizó un método de análisis similar al *recuento de Borda*¹⁰ que nos permitió pasar de una ordenación de las preferencias individuales a una ordenación coherente de las preferencias grupales.

En cada una de las preguntas, el procedimiento de análisis consistió en sumar todos los puntos asignados a cada opción de respuesta y ordenar las puntuaciones de mayor a menor. La opción de respuesta que consigue más puntos se considera la más importante para el conjunto de los participantes de cada grupo y la que obtiene menor puntuación la menos importante.

¹⁰ El recuento de Borda es un método propuesto por el matemático francés Jean-Charles Borda (1733-1794) que consiste en un sistema de ponderaciones. Es uno de los métodos utilizados para pasar de una ordenación de las preferencias individuales a una ordenación coherente de las preferencias sociales (Rodríguez y Espinel, 2005).

Los datos de los cuestionarios fueron organizados en una segunda matriz creada para tal efecto y se analizaron también a través del programa Excel.

En la figura 8 se muestra a modo de ejemplo las características de la matriz utilizada.

Figura 8. Matriz de datos con la información procedente de los cuestionarios.

Por último, cabe señalar que en relación al proceso de análisis efectuado y con la intención de salvaguardar los criterios de *consistencia* y *fiabilidad* (Valles 2003), especialmente en relación al proceso cualitativo, se ha desarrollado un proceso exhaustivo de organización, clasificación y custodia de todo el material utilizado durante esta investigación (guiones, entrevistas y cuestionarios de los usuarios y enfermeras, transcripciones de las entrevistas, etc.) con el objetivo de poder identificar y replicar el proceso de investigación realizado.

4. Análisis de resultados

En este apartado se presentan en primer lugar los datos sociodemográficos de la muestra y a continuación se exponen los resultados del análisis de la información aportada por las entrevistas y por los cuestionarios.

4.1. Datos sociodemográficos.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la muestra del estudio quedó constituida por 40 participantes; de los cuales 20 eran usuarios (10 usuarios de Atención Primaria y 10 usuarios de Hospitalización) y 20 fueron enfermeras (10 enfermeras de Atención Primaria y 10 enfermeras de Hospitalización). A continuación se exponen las características sociodemográficas de dicha muestra:

Edad

La edad de los participantes oscila entre los 23 y los 77 años, siendo la media del total de la muestra de 46 años.

En la tabla 1 se presenta, además de la edad media de la muestra, el valor máximo y mínimo de la edad para cada grupo de participantes

Tabla 1
Edad media de la muestra. Valor máximo y mínimo de la edad en cada grupo de participantes.

Edad	Mínimo valor	Máximo valor	Media
N	23	33	46
Usuarios	23	77	50
Enfermeras	24	58	43

La media de edad de los usuarios es de 50 años y la de las enfermeras es de 43. En el grupo de usuarios es donde se sitúan los tres únicos participantes con más de 65 años.

Al agrupar y analizar la edad por intervalos, se ha identificado que, tanto en el grupo de usuarios como en el de enfermeras, el porcentaje de edad con más individuos es el comprendido entre los 25 y 50 años (52.5%). En la tabla 2 se puede observar cómo se distribuye la edad por intervalos.

Tabla 2. Distribución de la edad de la muestra por intervalos.

Edad	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
	Usuarios	Enfermeras	total	
18-25	1	2	3	7,5
25-50	9	12	21	52,5
51-65	7	6	13	32,5
> 65	3	0	3	7,5
	20	20	40	100

Sexo

La muestra se caracteriza por presentar un porcentaje mayoritario de mujeres. Sobre el total de participantes, el 80% son mujeres. Al detalle se ha apreciado que, en el grupo de usuarios el porcentaje de mujeres participantes es muy superior que al de hombres (70% mujeres vs 30% hombres). Esta diferencia todavía es mucho mayor en el grupo de las enfermeras (90 % mujeres vs 10 % hombres).

Tabla 3.
Distribución del sexo en cada grupo de participantes.

Sexo	Usuarios		Enfermeras	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	14	70	18	90
Hombre	6	30	2	10
	20	100	20	100

Estudios

La información recogida en este variable se ha agrupado según sus características en:

Usuarios

- Estudios universitarios.
- Bachillerato
- Educación primaria (Educación General Básica; EGB y Educación Secundaria Obligatoria; ESO).
- Sin estudios

Enfermeras

- Ayudante Técnico Sanitario (ATS).
- Diplomado Universitario en Enfermería (DUE).

En el grupo de usuarios se ha observado que el 70% de los participantes tienen estudios primarios (Educación General Básica y/o Educación Secundaria Obligatoria). Un 15% ha cursado estudios hasta nivel de bachillerato y el otro 15% posee formación universitaria.

Tabla 4.
Distribución de la tipología de estudios entre los usuarios.

Estudios	Usuarios	
	Frecuencia	Porcentaje
Universitarios	3	15
Bachillerato	3	15
EGB/ESO	14	70
Sin estudios	0	0
	20	100

En el grupo de las enfermeras se ha identificado que el 80% realizaron estudios de Diplomado Universitario en Enfermería, mientras que el 20% restante se formó como Ayudante Técnico Sanitario¹¹.

¹¹ En el marco teórico se ha hecho referencia a la formación de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). Estos profesionales de la salud aparecieron en 1953 aglutinando en un único título las formaciones de Practicante, Comadrona y Enfermera (mayoritariamente religiosas en esa época). En 1977 la aparición del Diplomado Universitario en Enfermería provocó que los ATS tuvieran que convalidar su titulación para poder continuar ejerciendo como profesionales de enfermería.

Tabla 5.
Distribución de la tipología de estudios entre las enfermeras.

Estudios	Enfermeras	
	Frecuencia	Porcentaje
ATS	4	20
DUI	16	80
	20	100

Años de experiencia profesional de las enfermeras

El 70% de las enfermeras participantes en el estudio tienen más de 15 años de experiencia profesional. La edad media de este grupo de enfermeras es de 48 años, el participante de menor edad tiene 40 años y el de mayor edad 58.

Tabla 6.
Distribución de los años de experiencia entre las enfermeras.

Años experiencia	Enfermeras	
	Frecuencia	Porcentaje
0-5	1	5
>5-10	3	15
>10-15	2	10
>15	14	70
	20	100

Motivo de ingreso y/o consulta de los usuarios

La mitad de los usuarios participantes en el estudio procedían del ámbito de Hospitalización y la otra mitad del ámbito de Atención Primaria.

Los usuarios de Hospitalización participaron en el estudio durante su ingreso en el hospital. La mitad de estos usuarios se encontraban hospitalizados en unidades de cirugía y la otra mitad en unidades de medicina interna. Los motivos de ingresos identificados fueron:

Tabla 7.
Motivo de ingreso de los usuarios de Hospitalización.

Hospitalización	Motivo de ingreso	
	Usuarios	Cirugía
	Flebitis extremidad inferior	Neumotórax
	Encefalitis	Neoplasia
	Enfisema pulmonar	Tumorectomía próstata
	Fiebre etiología desconocida	Hernia discal
	Pancreatitis	Absceso renal

Los usuarios participantes procedentes del ámbito de Atención Primaria fueron entrevistados, y realizaron el cuestionario, en el centro de Atención Primaria donde habían acudido para ser visitados por la enfermera. Entre los motivos de consulta se identificaron:

Tabla 8.
Motivo de ingreso de los usuarios procedentes de Hospitalización.

Atención Primaria	Motivo consulta
Usuarios	
1	Control diabetes tipo II
2	Control hipertensión arterial
3	Control general: hábitos de salud. Primera visita
4	Control sobrepeso
5	Control hipertensión arterial
6	Control diabetes tipo II
7	Programa seguimiento del niño sano: vacunación y alimentación.
8	Programa niño sano: vacunación y alimentación.
9	Visita urgencia: desbridamiento absceso sacro.
10	Control diabetes tipo I

4.1.1. Resumen de los datos sociodemográficos.

Los participantes de la muestra se caracterizan por tener mayoritariamente (52,5%) una edad comprendida entre los 25 y 50 años (edad media N=46 años; usuarios=50; enfermeras= 43). Los tres participantes más mayores (>65 años) se localizan en el grupo de usuarios.

El 80% de la muestra (usuarios y enfermeras) son mujeres. Al detalle y por grupos se observa que la proporción de mujeres es superior en el grupo enfermeras (90% mujeres vs 10% hombres) que en el grupo de usuarios (70% mujeres vs 10% hombres).

Todos los usuarios han manifestado haber cursado como mínimo los estudios obligatorios (EGG o ESO) y, al detalle, se ha identificado que el 70% de ellos poseen únicamente este nivel de estudios. El 30% restante se distribuye a partes iguales entre estudios universitarios (15%) y de bachillerato (15%).

A nivel de las enfermeras se ha observado que el 80% son Diplomadas Universitarias en Enfermería (DUE) mientras que el 20% restante cursaron originariamente.

Ayudantes Técnicos Sanitarios y convalidaran su título a DUE años más tarde. Más del 70% de las enfermeras participantes tienen más de 15 años de experiencia profesional.

Los usuarios participantes presentan diversos motivos de ingreso y/o consulta. A nivel del Hospitalización los motivos de ingreso son en todos los casos diferentes, mientras que a nivel de Atención Primaria se ha identificado que mayoritariamente el motivo de consulta es el control y seguimiento de patologías crónicas (60%).

4.2. Análisis de los resultados: entrevistas

Como se ha comentado en el apartado de la metodología, una vez transcritas las entrevistas, se realizó una primera lectura y codificación de la información obtenida. Atendiendo a sus diferentes características, los datos fueron inicialmente clasificados en tres metacategorías:

1. Propósito de la práctica enfermera.
2. Aspectos relevantes de la práctica enfermera.
3. Emociones y práctica enfermera.

Posteriormente, y a partir de las diferentes metacategorías, se realizó una segunda codificación que permitió organizar los datos atendiendo a sus características en diferentes categorías, y a veces también, subcategorías. A partir de esta clasificación, se llevó a cabo el análisis de contenido tanto cualitativo (interpretación) como cuantitativo (medida de frecuencia).

4.2.1. Metacategoría: propósito de la práctica enfermera

En esta metacategoría han sido recogidos todos los datos que nos informan acerca de la percepción que los usuarios y las enfermeras tienen sobre cuál es la misión principal de las enfermeras.

La información clasificada en esta dimensión se obtuvo a partir de la formulación de las siguientes preguntas a los usuarios y a las enfermeras:

Usuarios	Enfermeras
P1. ¿Ha recurrido alguna vez a una enfermera por iniciativa propia? En caso afirmativo, ¿cuál fue el motivo?	P1. ¿Para qué cree que los usuarios recurren a una enfermera?
P2. En general, ¿qué espera de las enfermeras?	P2. ¿Qué cree que esperan los usuarios de las enfermeras?
P3. ¿Cuál cree que es la función principal de las enfermeras?	P3. ¿Cuál cree que es la función principal de las enfermeras?

Una vez clasificada la información en esta metacategoría se procedió, como anteriormente se ha comentado, a una segunda codificación de ésta que hizo aflorar a su vez las siguientes categorías:

- Misión de las enfermeras.
- Expectativas de los usuarios.

Dentro de cada categoría y, atendiendo a sus rasgos específicos, la información fue clasificada a su vez en otras subcategorías. En la figura 9 se presenta la descripción de las categorías, subcategorías, los códigos que se emplearon para su análisis y el tipo de clasificación que se llevó a cabo.

Categorías	Subcategorías	Códigos de análisis	Tipo de clasificación
<p>1. Misión de las enfermeras</p> <p>En esta categoría se han recogido los datos que nos informan sobre la valoración de los usuarios y de las enfermeras acerca del propósito de la práctica enfermera.</p> <p>Los términos misión y función son utilizados como sinónimos.</p>	<p>Cuidar: se han recogido datos que nos informan sobre la realización de actividades enfermeras que, directa o indirectamente, favorecen la satisfacción de necesidades básicas.</p>	<p>CUID: se expresan o se utilizan términos como <i>cuidar, satisfacer, ayudar, informar, orientar, bienestar</i>, etc.).</p>	Excluyente
	<p>Realizar procedimientos técnicos: se han recogido datos que nos informan sobre la realización de actividades enfermeras relacionadas con los procedimientos técnico-sanitarios.</p>	<p>PT: se expresan o se utilizan términos como <i>poner vías, administrar medicación, realizar curas, realizar pruebas, vacunar, pesar, medir</i>, etc.</p>	
	<p>Realizar vigilancia y control de la salud/enfermedad: se han recogido datos que nos informan sobre la realización de actividades enfermeras relacionadas con la vigilancia y control de la evolución de la salud y/o la enfermedad.</p>	<p>VC: se expresan o se utilizan términos como <i>vigilar los síntomas, controlar constantes, hacer seguimiento</i>, etc.</p>	
	<p>Ayudar al médico: aquí se han recogido datos que nos informan sobre la realización de actividades enfermeras relacionadas con el desempeño de tareas exclusivamente delegadas y sin autonomía en la toma de decisiones.</p>	<p>AM: se expresan o se utilizan términos como <i>ayudar al médico, obedecer órdenes, seguir instrucciones y/o pautas médicas</i>, etc.</p>	

Metacategoría:

Propósito de la práctica enfermera

Figura 9. Descripción de las categorías, subcategorías y códigos: Propósito de la práctica enfermera

Metacategoría: Propósito de la práctica enfermera.	<p>2. Expectativas de los usuarios</p> <p>En esta categoría, se han recogido datos que nos informan sobre las expectativas de los usuarios, así como de la percepción que las enfermeras tienen de dichas expectativas.</p> <p>Se entiende por expectativa aquella previsión de lo que es más probable que suceda.</p>	<p>Capacidad de resolución: se han recogido datos que nos informan sobre la capacidad de las enfermeras para ofrecer respuestas a demandas, necesidades y/o problemas de salud.</p> <p>Seguridad: se han recogido datos que nos informan sobre la transmisión de firmeza y convencimiento por parte de las enfermeras durante el desempeño de sus actividades.</p> <p>Buen trato: se han recogido datos que nos informan sobre el buen trato (<i>tratar bien, trato humano</i>, etc.) entendido como un tipo de relación interpersonal percibida como satisfactoria. Según sus características estos datos han sido agrupados a su vez en las siguientes subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empatía: manifestaciones de interés auténtico que nos informan sobre la sintonía y comprensión de la persona atendida (<i>ponerse en mi lugar, intentar ponerse en su lugar</i>, etc.). • Escucha activa: manifestaciones que nos informan sobre una actitud de escucha atenta (<i>escuchar, ser escuchado</i>, etc.). • Afectividad: manifestaciones de amor y/o afecto en cualquiera de sus grados de expresión (<i>dar cariño, ser amable, transmitir calidez, ser cordiales, ser afables</i>, etc.) <p>No sabe/no contesta: aquí se han recogido datos que atañen a la dificultad de los usuarios/enfermeras para concretar las expectativas y/o percepciones.</p>	<p>CR : se expresan o se utilizan términos como <i>resolver problemas, atender, dar respuesta</i>, etc.</p> <p>SEG : se expresa o se utilizan términos como <i>transmitir confianza, transmitir seguridad, sentirme seguro</i>, etc.</p> <p>BT: se expresan o se utilizan términos como <i>tratar bien, trato humano</i>, etc.</p> <p>EMP: se expresan o se utilizan términos como <i>ponerse en mi lugar, intentar ponerse en su lugar</i>, etc.</p> <p>EA: se expresan o se utilizan términos como <i>sentirse escuchado, ser escuchado</i>, etc.</p> <p>AFEC : se expresan o se utilizan términos como <i>dar cariño, ser amable, transmitir calidez, ser cordial o afable</i>, etc.</p> <p>NS/NC = no se contesta o la valoración que se realiza es imprecisa.</p>	<p>Excluyente</p>
---	---	---	---	-------------------

Figura 9. (Continuación). Descripción de las categorías, subcategorías y códigos: Propósito de la práctica enfermera

A partir de la información clasificada en las diferentes categorías y subcategorías, se ha procedido a realizar un análisis mixto (cuantitativo y cualitativo-interpretativo) de toda la información obtenida.

La variable ámbito asistencial también se ha incorporado con posterioridad como elemento de análisis dentro de cada categoría.

Los resultados que se han obtenido se presentan a continuación organizados en los siguientes apartados:

- Percepción de los usuarios.
- Percepción de las enfermeras.
- Diferencias entre los usuarios y las enfermeras.

4.2.1.1. Misión de las enfermeras

En esta categoría se han recogido datos que nos informan acerca de la valoración de los usuarios y de las enfermeras sobre el propósito de la práctica enfermera.

Percepción de los usuarios

Los usuarios participantes (20 en total) han identificado, en su gran mayoría, como una misión clave de las enfermeras todas aquellas actividades que aparecen estrechamente relacionadas con las subcategorías de *realizar procedimientos técnicos* (25%) y *realizar vigilancia y control* (20%). Un 15% han destacado *ayudar al médico* y otro 15% *cuidar*. Y un 25% de los entrevistados han manifestado su dificultad para concretar la misión de las enfermeras y entonces sus respuestas han sido clasificadas dentro de la subcategoría *no saben/no concretan*.

Realizar procedimientos técnicos

“La verdad no sabría decirte, pero creo que es hacerte las cosas más específicas como son las analíticas, por ejemplo”. (Usuario, entrevista 30).

Realizar vigilancia y control

“Me imagino que cuando me deriva el médico de cabecera es para que me haga algún seguimiento (que me mire la tensión, el peso, me haga alguna analítica, etc.)”. (Usuario, entrevista 33).

Ayudar al médico

“Creo que seguir la pauta que les marca el médico, controlar el estado de los pacientes y en el momento en que ven algo raro o que no está bien, entonces comunicarlo al médico”. (Usuario, entrevista 28).

Cuidar

“Conseguir el bienestar del paciente, que éste esté lo mejor posible dentro de sus posibilidades”. (Usuario, entrevista 23).

No saben/no contestan

“No lo sé. Y no creo que lo sepa nadie”. (Usuario, entrevista 39).

Se ha observado que prácticamente la mitad de los usuarios entrevistados (45%), aunque han destacado preferentemente aspectos relacionados con una subcategoría, han expresado dudas al intentar identificar la misión de las enfermeras:

“Se supone que aplicar los tratamientos que ha establecido el médico. Ahora bien, pienso que tienen un trato más cercano que el doctor.

- ¿Pero, tiene claro el servicio que ofrece cada una?

- Creo que no. Ahora bien, podría explicarte cosas de cada una. Por ejemplo, si me están dando analgésicos, es la enfermera la que lleva el control de cuáles me están dando y cuáles no. Pero, claro, tampoco sé si la auxiliar también tiene acceso a eso, así que realmente no lo tengo claro”. (Usuario, entrevista 21).

En la figura 10 se muestra la distribución de frecuencias en las subcategorías analizadas.



Figura 10. Misión de las enfermeras según la percepción de los usuarios

Al analizar la percepción que los usuarios tienen de las enfermeras, teniendo en cuenta sobre todo el ámbito asistencial, se ha visto que los usuarios de Hospitalización (10) perciben que las funciones principales de las enfermeras son *ayudar al médico* (3) y *realizar procedimientos técnicos* (3). En cambio, los usuarios de Atención Primaria (10), pese a que también perciben que *realizar procedimientos técnicos* es una misión clara de las enfermeras (2), no tienen la sensación de que *ayudar al médico* sea una de sus misiones claves.

Los usuarios de Atención Primaria, junto a la *realización de procedimientos técnicos* (2), también consideran que las enfermeras tienen como una de sus misiones principales: la *realización de vigilancia y control* (3); sin embargo, los usuarios de Hospitalización destacan poco este aspecto (de hecho, de todos los entrevistados sólo uno lo destacó).

Por otra parte, ni los usuarios de Hospitalización ni tampoco los de Atención Primaria perciben que *cuidar* sea una misión primordial de las enfermeras, solamente tres usuarios (2 de Hospitalización y 1 de Atención Primaria) perciben que ésta sea la misión de las enfermeras y, en ningún caso, ha sido utilizado de manera explícita el término *cuidar*.

Por último, habría que destacar que 4 usuarios de Atención Primaria y 1 de Hospitalización tuvieron dificultad a la hora de concretar cuál era la misión de las enfermeras.

En la figura 11 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.



Figura 11. Misión de las enfermeras según la percepción de los usuarios por ámbito asistencial

A partir del análisis interpretativo de la información clasificada en esta metacategoría, se han puesto de manifiesto diferentes ideas; concretamente se ha observado que los usuarios:

- Creen que la misión de las enfermeras es diferente según el lugar donde éstas desempeñen su trabajo.

“Hago una diferencia entre la enfermera de Planta y la del Ambulatorio. Para mí la de Planta es la que lleva a cabo las instrucciones de un médico. El Ambulatorio es como la antesala del médico, tratan contigo antes y después del médico”. (Entrevista, usuario 26; Atención Primaria).

- Se forman una idea de cuál es la misión de las enfermeras atendiendo a las actividades que las ven realizar.

“En los Centros de Atención Primaria (CAP) están las que se encargan de dar las citas, hacer las recetas y hacerte alguna prueba. También sé que pueden venir a casa cuando hay un enfermo al que hay que hacerle una cura. Al margen de eso no las veo hacer nada más. En los hospitales pienso que su función es más humanitaria y diferente: se preocupan por el enfermo, preguntan cómo está, etc. Sé que en el

ambulatorio hacen lo que tienen que hacer, pero yo a las del hospital las valoro mucho más”. (Usuario, entrevista 36).

- No perciben que la actividad de *cuidar* sea explícitamente la misión de las enfermeras. De hecho, en ningún caso han empleado términos como *cuidar*, *cuidados de los enfermeros*, etc. para referirse a su misión. Por otro lado, tanto los usuarios de Hospitalización como los de Atención Primaria no destacan que la actividad de *cuidar* sea una de las misiones primordiales de las enfermeras.

“Conseguir el bienestar del paciente, que éste esté lo mejor posible dentro de sus posibilidades”. (Usuario, entrevista 23).

- Perciben la misión de las enfermeras como subsidiaria a la de los médicos, sobre todo, cuando las enfermeras realizan procedimientos técnicos y, en especial, dentro del ámbito hospitalario.

“No te puedo contestar bien porque, sinceramente, no las veo hacer nada. [...] Yo sólo las he visto hacer recetas, los análisis, ponerte en la camilla, tomarte la tensión, más de ahí no he visto. Supongo que las curas también las tienen que hacer. Si hubiera sabido que tenían también esa función hubiera pedido hora directamente con ellas. Te doy mi palabra que no sé las funciones que tienen. [...] Para mí, son como las criadas del médico. Pero es que no las conozco. Así como el médico sé quién es porque me dice el nombre y veo el cartel fuera, la enfermera ni se me presenta y no sé qué función tiene”. (Usuario, entrevista 39).

Percepción de las enfermeras

Las enfermeras (20 en total) han respondido en su gran mayoría (70%) que su misión es *cuidar*.

“Mi función es cuidar y cuidar abarca muchas cosas”. (Enfermera, entrevista 3).

“Cuidar, valorar al enfermo como persona (independientemente de la enfermedad que tenga) y hacerlo de la mejor manera posible”. (Enfermera, entrevista 4).

“Diría que la enfermera cuida integralmente. Ahora bien, concretar este concepto es muy difícil”. (Enfermera, entrevista 14).

Solamente 2 respuestas (que representan el 10% del total de las entrevistadas) han sido clasificadas dentro de la categoría *ayudar al médico*.

“Como enfermera tengo unas indicaciones médicas que debo cumplir, pero si veo algo de un tratamiento concreto que por experiencia me parece que no es correcto, pienso que lo tengo que comunicar. Asimismo, he de dar una buena atención al paciente y hacer que esté bien cuidado y bien atendido”. (Enfermera, entrevista 6).

Una única respuesta ha sido clasificada dentro de la subcategoría de *realizar procedimientos técnicos* (5%).

”Yo diferencio entre las técnicas y la calidad humana. [...] es necesario que como enfermera hagas bien las técnicas, pero también tener en cuenta que frecuentemente las personas lo que necesitan es que las acompañes, sobre todo, en las situaciones difíciles”. (Enfermera, entrevista 13).

En 3 de los casos las respuestas y los discursos han sido poco concretos y los datos han sido incorporados a la subcategoría *no saben/no concretan* (15%).

“Una frase específica es difícil, sobre todo, en adultos, ya que la función de la enfermería es valorar a los pacientes en su hábitat del día a día. En este sentido, he de decir que yo he estado con pacientes agudos y con gente de Primaria, y la vida de Hospital es muy diferente a la de aquí”. (Enfermera, entrevista 18).

Y, por último, ninguna respuesta ha sido clasificada dentro de la subcategoría de *realizar vigilancia y control*.

En la figura 12 se muestra la distribución de frecuencias en las subcategorías analizadas.

Percepción de las enfermeras
Misión de las enfermeras

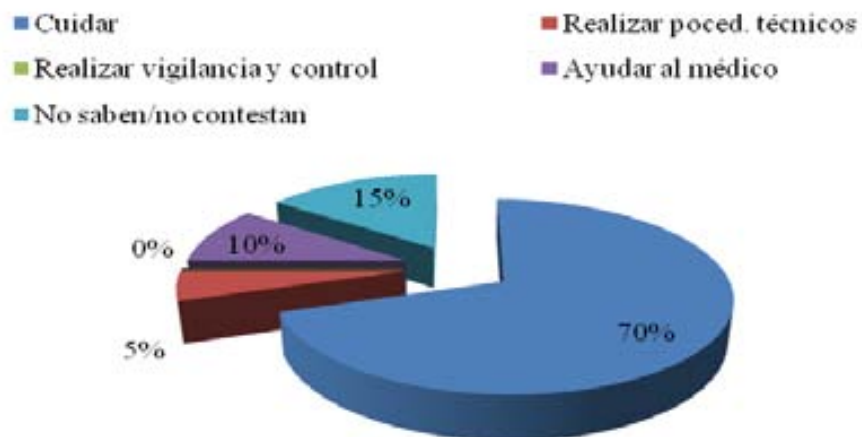


Figura 12. Misión de las enfermeras según la percepción de las propias enfermeras

Al analizar los datos teniendo siempre en cuenta el ámbito asistencial (Hospitalización vs Atención Primaria), se ha observado que de las 20 enfermeras entrevistadas, tanto las que realizaban su actividad en el Hospital (10) como las que la desarrollan en Atención Primaria (10) consideraban que su misión era, sobre todo, la de *cuidar* (8 enfermeras de Hospitalización; 6 de Atención Primaria).

Solamente una enfermera de Atención Primaria ha señalado que su misión fuera la de *realizar procedimientos técnicos* (ninguna en el Hospital) y 2 enfermeras en el Hospital que fuera la de *ayudar al médico* (ninguna en Atención Primaria).

Algunas enfermeras de Atención Primaria (3) se han caracterizado por ser poco concretas a la hora de identificar su misión y sus respuestas han sido clasificadas, por tanto, dentro de la subcategoría de *no saben/no concretan*.

En la figura 13 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.



Figura 13. Misión de las enfermeras según la percepción de las enfermeras por ámbito asistencia

A partir del análisis interpretativo de la información que ha sido obtenida en esta categoría, sobresalen diferentes ideas de las explicaciones que han ido proporcionando las enfermeras, sobre todo con respecto a la subcategoría de *cuidar*:

- Una amplia mayoría de las enfermeras considera que *cuidar* es, sobre todo, su misión principal y utilizan, además, específicamente este término cuando hablan de su misión primordial; sin embargo, se observa a su vez que presentan dificultad a la hora de concretar o ahondar más en el significado de dicho término.

“Mi función es cuidar y cuidar abarca muchas cosas”. (Enfermera, entrevista 3).

“Cuidar, valorar al enfermo como persona (independientemente de la enfermedad que tenga) y hacerlo de la mejor manera posible”. (Enfermera, entrevista 4).

“Diría que la enfermera cuida integralmente. Ahora bien, concretar este concepto es muy difícil”. (Enfermera, entrevista 14).

“Claramente cuidar. Es una palabra que te dice que tienes que ponerte al lado del otro que necesita algo, pero suficientemente amplia como para no decir lo que necesita. Una enfermera no tiene que saber de todo, pero debe saber bien lo que sí

debe saber por si el paciente tiene una necesidad que ella no puede cubrir ayudarle de la mejor manera”. (Enfermera, entrevista 15).

- Parece ser que la identificación de la misión de la enfermera con el término *cuidar* ha sido establecida por el ámbito académico, pero en la asistencia que proporcionan día a día, lo cierto es que perciben que esta actividad de *cuidar* es difícil de llevar a cabo, especialmente en el ámbito hospitalario.

“Lo que nos enseñan es que la enfermera debe cuidar. Y debería ser así. En este sentido, pienso que mientras hacía la carrera me dieron muchas herramientas para trabajar el trato y el cuidado de las personas... Ahora bien, una vez aquí parece que haces más de técnico que no lo que se supone que debería abarcar la tarea de enfermera”. (Enfermera, entrevista 1).

- Se conceptualiza *cuidar* como ofrecer una atención holística y satisfacer las necesidades de los usuarios, sobre todo, en el ámbito hospitalario, mientras que en Atención Primaria se asocia más con actividades relacionadas con *informar*, *comunicar*, etc.

“Cuidar del paciente en todos los aspectos (físico, emocional...)”. (Enfermera, entrevista 5).

“Cuidar, hecho que implica satisfacer las necesidades que tengan los usuarios desde el tratamiento, pasando por las cosas que te quieran comentar e incluso suplir al paciente de algún modo en aquellos aspectos que no pueden realizar por invalidez u otras causas”. (Enfermera, entrevista 8).

Por otra parte, también se ha identificado que quienes perciben la misión de la enfermera como la de *ayudar al médico*, consideran que *cuidar* es una actividad secundaria. Esta percepción se observa únicamente entre algunas enfermeras de Hospitalización (concretamente, la hemos visto en 2 de los casos analizados).

“Como enfermera tengo unas indicaciones médicas que debo cumplir, pero si veo algo de un tratamiento concreto que por experiencia me parece que no es correcto, pienso que lo tengo que comunicar. Asimismo, he de dar una buena atención al paciente y hacer que esté bien cuidado y bien atendido”. (Enfermera, entrevista 6).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

La percepción de los usuarios y de las enfermeras respecto a la misión que tienen las enfermeras presenta diferencias, pero también algunos puntos en común.

A nivel cuantitativo, podemos señalar que las respuestas de los usuarios se han caracterizado por mantener una distribución similar entre las diferentes subcategorías, aunque han destacado, ligeramente, en *realizar procedimientos técnicos* (25%) y en *realizar vigilancia y control* (20%). En cambio, las respuestas de las enfermeras han sido casi todas incorporadas a la subcategoría de *cuidar* (70%).

En la figura 14 se muestran las diferencias identificadas.

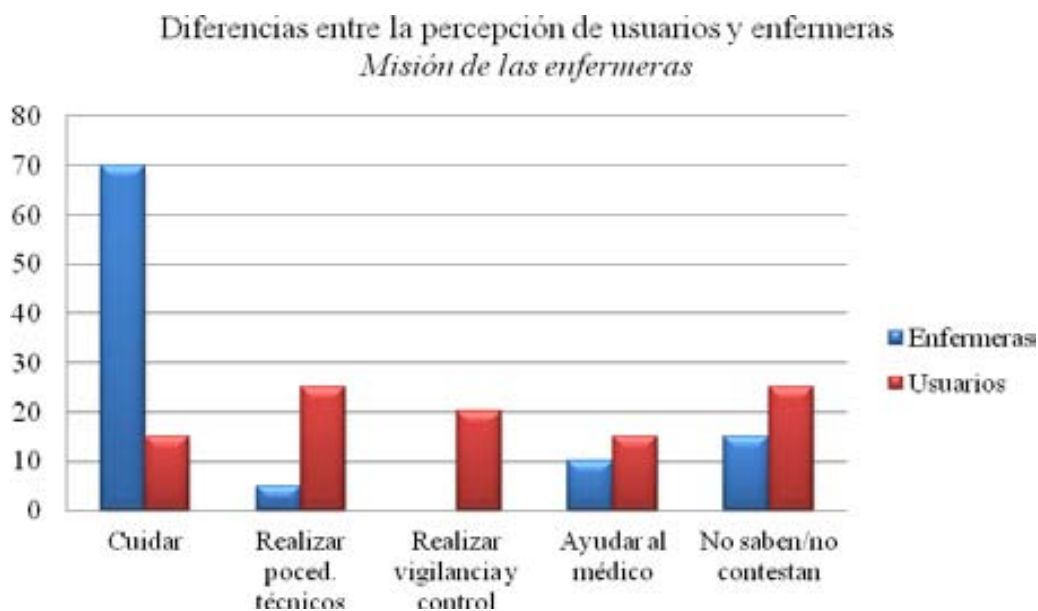


Figura 14. Diferencias entre la percepción de usuarios y enfermeras sobre la misión de las enfermeras

Como diferencia relevante, se ha apreciado que la mayoría de las respuestas de las enfermeras (70%) han destacado *cuidar* como misión, en cambio, solamente el 15% de las respuestas de los usuarios lo ha hecho.

En la subcategoría de *realizar vigilancia y control* se ha visto que ninguna enfermera ha destacado esta actividad como misión; sin embargo, el 20% de las respuestas de los usuarios ha sido clasificada dentro de esta subcategoría. También se ha podido observar que 25% de los usuarios han manifestado que la función de las enfermeras es la de *realizar procedimientos técnicos* y, en cambio, solamente una enfermera ha identificado esta actividad (5%).

Por último, como diferencia cuantitativa, debemos decir que dentro de la subcategoría de *ayudar al médico* el número de referencias a este aspecto ha sido similar entre los usuarios y las enfermeras (15% vs 10%). Pero debemos tener en cuenta que todas las respuestas (clasificadas dentro de esta subcategoría) han procedido de usuarios hospitalizados y/o enfermeras que han desarrollado también su labor también en el ámbito hospitalario.

A nivel cualitativo, se ha podido observar en la subcategoría de *cuidar* que mientras que las enfermeras siempre han utilizado el término *cuidar* para describir su misión, en ninguna de las respuestas de los usuarios se ha empleado específicamente dicho término (aunque sí que han utilizado palabras similares como *bienestar, ayuda, etc.*).

Se ha identificado que los usuarios, en general tienen dificultad (5) y dudas (9) a la hora de identificar la misión de las enfermeras. Y, por el contrario, las enfermeras no tienen dudas (14), pero sí alguna dificultad a la hora de concretar el significado del término *cuidar* (3).

Las enfermeras que identifican su misión con la de *ayudar al médico* (2) valoran, sobre todo, la realización de procedimientos técnicos e infravaloran la realización de actividades de cuidados. Por su parte, los usuarios cuando ven que las enfermeras realizan actividades técnico-sanitarias asocian su actividad con la subcategoría de *ayudar al médico*.

Por último, habría que destacar que otra de las diferencias que se ha observado pertenece a la subcategoría de *no saben/no concretan*. Como se ha expuesto anteriormente, en esta subcategoría se han clasificado todas las respuestas que o bien expresaban desconocimiento o bien eran vagas y poco precisas. Al realizar el análisis comparativo de

estas respuestas, se ha llegado a la conclusión de que todas las respuestas que manifiestan desconocimiento provienen de los usuarios (5) mientras que aquellas respuestas que resultan más bien ser inespecíficas y/o vagas han sido realizadas por las enfermeras (3).

4.2.1.2. Expectativas de los usuarios

En esta categoría, se han recogido datos que nos informan sobre las expectativas de los usuarios, y también de la percepción que las enfermeras tienen sobre estas mismas expectativas que los usuarios tienen de ellas.

Percepción de los usuarios

Del total de usuarios participantes (20), el 70% de ellos al ser interrogados sobre qué es lo que esperaban de las enfermeras han destacado aspectos relacionados con la subcategoría de *buen trato* (14).

“Que cuando uno estuviera malo, grave, te diera cariño. Por ejemplo, cuando vas a una tienda y te compras un vestido, te gusta que te aconsejen y que estén por ti. Pues, lo mismo, pero ahora trasladado a la enfermera”. (Usuario, entrevista 35).

Respecto al resto de subcategorías: 20% de los usuarios han mencionado aspectos relacionados con la subcategoría de *capacidad de resolución* (4); 5% se han referido a la *seguridad* (1), y otro 5% no han contestado o no han sabido concretar (1).

Capacidad de resolución

“Que cuando les planteo un problema sepan darme una solución”. (Usuario, entrevista 21).

Seguridad

“Sentirme seguro y que estoy en manos de profesionales”. (Usuario, entrevista 28).

No sabe/no contesta

“No te puedo contestar bien porque, sinceramente, no las veo hacer nada”. (Usuario, entrevista 39).

En la figura 15 se muestra la distribución de frecuencias en las subcategorías analizadas.



Figura 15. Expectativas de los usuarios sobre la práctica enfermera

Dentro de la subcategoría de *buen trato* se ha comprobado que la característica que más han destacado los usuarios ha sido la de la *afectividad* (7), seguida muy de cerca por la de *empatía* (5) y, por último, la *escucha activa* (5).

Afectividad

“En ambos casos, espero que me atiendan con cariño, yo la verdad sí que necesito cariño, ya que yo lo necesito: me reconforta y me ayuda emocionalmente. En este sentido en el Hospital hay enfermeras de todo tipo: las hay majísimas, quizá porque ya tienen ese carácter de por sí, que entran con alegría y que son capaces de entender que estás ahí y que te duele. Sin embargo, hay otras que sólo se limitan a hacer su trabajo”.
(Usuario, entrevista 26).

Empatía

“Aquí las enfermeras han sido muy profesionales y me han tratado muy bien. Por lo general, cuando llamas vienen enseguida y están muy pendientes de cómo me encuentro, se interesan realmente por mí, no tengo sensación de estar abandonado.”
(Usuario, entrevista 23).

Escucha activa

“Que sean atentas y que te escuchen, como es el caso de mi enfermera. Ahora bien, hay muchas que no lo hacen”. (Usuario, entrevista 36).

Con relación a la influencia del ámbito asistencial, y al comparar los dos grupos de usuarios (Hospitalización y Atención Primaria), se han observado pocas diferencias porque ambos grupos de usuarios han valorado como principal expectativa el *buen trato* (8 Hospitalización; 6 Atención Primaria).

La segunda expectativa de los usuarios de Hospitalización se reparte por igual entre las subcategorías siguientes: *capacidad de resolución* (1) y *seguridad* (1), no obstante, en los usuarios de Atención Primaria se visto que la segunda subcategoría, o sea la de *seguridad*, se concreta a su vez para ellos, sobre todo, en la *capacidad de resolución* (3) que es la que más han destacado.

En la figura 16 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.



Figura 16. Expectativas de los usuarios sobre la práctica enfermera según ámbito asistencial

A partir del análisis interpretativo que se ha aplicado a toda la información que ha sido clasificada en esta metacategoría, han aflorado diferentes ideas; concretamente se ha observado que los usuarios:

- Perciben que cuando las enfermeras les tratan con afecto, les escuchan y les demuestran interés por su situación, entonces están recibiendo un *buen trato*, lo que valoran muy positivamente (como ayuda terapéutica) y asocian directamente a la sensación de *bienestar*. La característica que más han valorado por encima del resto ha sido la *afectividad* de la enfermera. Se percibe el *afecto* (*cariño, amabilidad, etc.*) como un elemento reconfortante y que proporciona ayuda emocional. Tanto los usuarios de Hospitalización como los de Atención Primaria han hecho hincapié, de manera similar este aspecto, pero han sido sobre todo las explicaciones de algunos usuarios de Hospitalización las que han presentado una mayor carga de emotividad.

“Ser persona, con eso ya habría bastante. Que alguien me hubiera cuidado como si hubiera sido un familiar mío”. (Usuario, entrevista 22; Hospitalización)

“ Espero que me atiendan con cariño, yo la verdad sí que necesito cariño, ya que yo lo necesito: me reconforta y me ayuda emocionalmente. En este sentido en el hospital enfermeras de todo tipo: las hay majísimas, quizá porque ya tienen ese carácter de por sí, que entran con alegría y que son capaces de entender que estás ahí y que te duele. Sin embargo, hay otras que sólo se limitan a hacer su trabajo”. (Usuario, entrevista 26; Hospitalización).

- En general, dan por hecho que el *trato amable y afectuoso* debería ser un atributo profesional de las enfermeras.

“Que cuando uno estuviera malo, grave, te dieran cariño. Por ejemplo, cuando vas a una tienda y te compras un vestido, te gusta que te aconsejen y que estén por ti. Pues lo mismo trasladado a la enfermera”. (Usuario, entrevista 35).

- Manifiestan sentir *sensación de seguridad* cuando las enfermeras demuestran destreza profesional a la hora de realizar los procedimientos técnico-sanitarios.

“Que a mí me parezca que ella sabe lo que está haciendo y que al paciente no le transmita ninguna inseguridad. Porque bastante tiene el paciente con estar aquí y sin saber lo que le pasa, ya que los médicos casi nunca te lo dicen. Que luego me duela más o menos, si a ella la veo segura, te aseguro que me aguanto más el dolor. Como

yo vea a una persona que lo está haciendo mal o con desgana, me duele todo más”.
(Usuario, entrevista 28).

- Valoran la implicación emocional de las enfermeras que favorece la relación usuario-enfermera y la relación de ayuda, pero consideran que esta implicación no puede darse del todo.

“A mí me cuesta mucho entender que no se impliquen emocionalmente porque espero personas cercanas, pero también veo que si lo hicieran se volverían locas. Pero, de todas maneras, sin llegar a eso, el buen trato está ahí y te dan lo necesario”.
(Usuario, entrevista 23).

Percepción de las enfermeras

Se ha observado que la mitad de las enfermeras creen que los usuarios esperan de ellas que tengan *capacidad de resolución*.

“Resumiendo, creo que lo que esperan es encontrarse un buen profesional que resuelva los problemas que tienen”. (*Enfermera, entrevista 5*).

En menor porcentaje, también han verbalizado que creen que los usuarios esperan recibir de ellas, *buen trato* (30%) y *seguridad* (20%). Y en este caso ninguna respuesta ha sido clasificada dentro de la subcategoría de *no sabe/no contesta*.

Buen trato

“Quieren encontrar un clima cálido, que les acoja, que les escuchen y, a menudo, que resuelvan sus problemas”. (*Enfermera, entrevista 13*).

Seguridad

“A grandes rasgos, seguridad, ya que nos consideran personas cercanas, de confianza”. (*Enfermera, entrevista 15*).

En la figura 17 se muestra la distribución de frecuencias en las subcategorías analizadas.



Figura 17. Percepción de las enfermeras sobre las expectativas que tienen de los usuarios

Dentro de la subcategoría de *buen trato* se ha comprobado que la característica que más han destacado las enfermeras ha sido la de *escucha activa* (3), seguida muy de cerca por la de *empatía* (2) y, por último, de la de *afectividad* (que ha sido destacada por una única enfermera).

Escucha activa

“Primero, que escuchemos sus impresiones y que demos respuestas humanas hacia los problemas que creen tener”. (Enfermera, entrevista 20).

Empatía

“Creo que de la enfermera esperan más comprensión que del médico. Esperan, por ejemplo, el poder expresar cosas que al médico no le pueden explicar; con más tiempo, dedicación, interés real, etc. Con una buena relación que es, evidentemente, más amplia. Mientras que el médico más bien diagnostica, a la enfermera el paciente se le puede abrir más”. (Enfermera, entrevista 11).

Afectividad

“Amabilidad”. (Enfermera, entrevista 1).

Respecto a la influencia del ámbito asistencial en la percepción de las enfermeras, se ha visto que las enfermeras de Hospitalización y de Atención Primaria perciben de manera ligeramente diferente las expectativas que de ellas tienen los usuarios. Las enfermeras de Hospitalización creen que los usuarios esperan de ellas fundamentalmente que tengan: *capacidad de resolución* (6) y, en menor grado, *buen trato* (2) y *seguridad* (2). Por otro lado, las enfermeras de Atención Primaria valoran que la *capacidad de resolución* (4) y el *buen trato* (4) son las principales expectativas que tienen de ellas los usuarios. Y solamente 2 enfermeras de cada uno de los dos grupos anteriores (o sea de Hospitalización y de Atención Primaria) consideran que los usuarios esperan de ellas *seguridad*.

En la figura 18 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.



Figura 18. Diferencias entre la percepción de las enfermeras según ámbito asistencial: expectativas de los usuarios

A partir del análisis interpretativo de la información obtenida en esta metacategoría han aflorado diferentes ideas; concretamente se ha identificado que las enfermeras:

- Creen que su *capacidad de resolución* es la expectativa más frecuentemente valorada por los usuarios.

“Que sean unas buenas profesionales, todo y que a veces se observa también que quieren que les hagas un poco de “madre” y que les soluciones aspectos que no son

cubiertos por el médico. Resumiendo, creo que lo que esperan es encontrarse un buen profesional que resuelva los problemas que tienen”. (Enfermera, entrevista 5).

- No perciben que los usuarios tengan como expectativa más relevante recibir un *trato amable*. Tampoco identifican mayoritariamente el *trato amable* como un elemento terapéutico y de ayuda emocional para el usuario.

“La sensación que tengo es que los usuarios buscan que las enfermeras los escuchen más que los médicos, ya que hay determinadas cosas que nos explican únicamente a nosotras. Sienten en cierta manera que con nosotras se pueden desahogar”. (Enfermera, entrevista 12).

- Piensan que los usuarios se sienten seguros cuando ellas son capaces de demostrar destreza en la realización de los procedimientos técnico-sanitarios. Al mismo tiempo perciben que los usuarios no tienen como expectativa recibir una correcta práctica técnica, dado que la consideran inherente a la capacitación profesional de las enfermeras.

“Creo que una buena atención a todos los niveles, técnicos y psicológicos. Les gusta, sobre todo, que les des confianza y seguridad. Si te ven segura y que desempeñas los procedimientos técnicos bien, se sienten a gusto”. (Enfermera, entrevista 7).

“A grandes rasgos seguridad, ya que nos consideran personas cercanas, de confianza. También esperan la parte técnica (que les tomemos la presión o realicemos otras técnicas concretas), pero esta parte la dan más por supuesta”. (Enfermera, entrevista 15).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

Al comparar las expectativas de los usuarios con las percepciones que las enfermeras tienen de estas mismas expectativas acerca de ellas, se han constatado diferencias relevantes.

Mientras que los usuarios tienen como expectativa principal el *buen trato* (70%), solamente el 30% de las enfermeras han identificado este aspecto como expectativa de los usuarios.

En la subcategoría de *buen trato* los usuarios han destacado en su gran mayoría la *afectividad* (70%) como característica clave de una relación usuario-enfermera satisfactoria, sin embargo, una sola enfermera ha destacado este aspecto.

Por otro lado, la gran mayoría de las enfermeras han señalado como expectativas de los usuarios aspectos relacionados con la subcategoría de *capacidad de resolución* (50%); sin embargo, sólo un 20% de los usuarios ha hecho referencia a estos mismos aspectos. Otros elementos que han valorado algunas enfermeras (20%) han sido todos aquellos relacionados con la subcategoría de *seguridad* y, sin embargo, un único usuario (5%) ha destacado este aspecto.

En la figura 19 se muestran las diferencias identificadas.

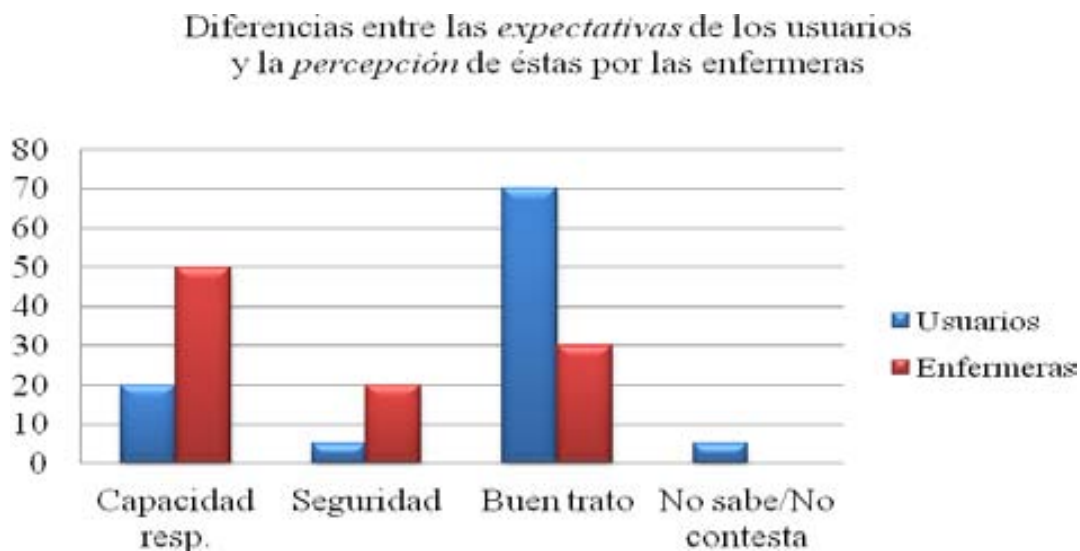


Figura 19. Diferencias entre las expectativas de los usuarios y la percepción de las enfermeras de estas expectativas.

Atendiendo al ámbito asistencial, se ha comprobado que en el ámbito de la Hospitalización no coinciden las expectativas que tienen los usuarios de las enfermeras con las expectativas que las enfermeras creen que tienen de ellas los usuarios. Los usuarios verbalizan como expectativa principal el *buen trato* (8) y, en cambio, las enfermeras están convencidas de que lo que esperan los usuarios de su atención se concreta fundamentalmente en su *capacidad de resolución* (6). De hecho, solamente 2 enfermeras de este ámbito han destacado el *buen trato*.

Por el contrario, en Atención Primaria las expectativas de los usuarios y la percepción de las enfermeras de estas expectativas se muestran más cercanas. Los usuarios han destacado fundamentalmente el *buen trato* (6) y la *capacidad de resolución* (3) y las enfermeras también lo han hecho en unos porcentajes, además, bastante similares (4 *buen trato*; 4 *capacidad de resolución*).

Después de analizar las explicaciones de los usuarios y de las enfermeras, podemos señalar las siguientes diferencias significativas:

Mientras que la mayor parte de los usuarios (70%) tienen como expectativa principal la de recibir un trato que ellos califican de *trato humano* y/o *buen trato* donde la característica que más valoran es la *afectividad*; solamente un 30% de las enfermeras perciben el *trato amable* como una de las expectativas que los usuarios tienen respecto a ellas. Palabras como *amable*, *cariño*, y/o *afecto* son utilizadas frecuentemente por los usuarios cuando nos hablan de sus expectativas; sin embargo, las enfermeras no las utilizan.

Los usuarios consideran que la capacidad de ofrecer un *buen trato* tendría que ser un atributo profesional; sin embargo, las enfermeras piensan que los usuarios asocian, sobre todo, la *capacidad de resolución* de las enfermeras con la profesionalidad.

4.2.2. Metacategoría: aspectos relevantes de la práctica enfermera

En esta metacategoría se han recogido todos aquellos datos que nos informan acerca de cuáles han ido siendo los aspectos de la práctica enfermera que los usuarios y las enfermeras han considerado por diferentes motivos como los más relevantes.

La información clasificada en el presente estudio se ha obtenido a partir de la realización de las siguientes preguntas a los usuarios y a las enfermeras:

Usuarios

P4. ¿Qué es lo que valora como importante de la actuación de una enfermera? ¿Y por qué?

P5. ¿Qué es lo que encuentra a faltar de la actuación de la enfermera o enfermeras que le han atendido?

P6. ¿Ha sentido alguna vez que una enfermera la ha atendido muy bien? (En caso afirmativo, ¿cuál es el aspecto que más destacaría de dicha atención?)

P7. Complete por favor, según su percepción, la siguiente frase: “Una mala enfermera es aquella que...”

P8. Cuando le han tenido que realizar algún procedimiento técnico (como por ejemplo ponerle una inyección o un suero), ¿qué es lo que más ha valorado?

P10. Complete la siguiente frase: “Cuando me han explicado o informado de algún aspecto he valorado especialmente...”

Enfermeras

P4.”¿Qué considera que valoran más los usuarios de la atención de las enfermeras”
¿Y qué cree que no valoran?

P5. Cuando usted lleva a cabo su actividad profesional, ¿qué es lo que considera más valioso de la atención que ofrece a los usuarios que atiende?

P6. Piense en una enfermera que conozca y que considere una buena profesional, ¿qué aspectos destacaría del trabajo que realiza? ¿Por qué?

P7. Complete la siguiente frase: “Al realizarles un procedimiento técnico (poner una vía, realizar una cura, etc.), lo que más valoran los usuarios es...”

P8. Complete la siguiente frase: “Una mala enfermera es aquella que...”

P10 “Cuando he tenido que explicar algún aspecto a las personas que atiendo, he tenido especial cuidado en...”

Una vez clasificada la información en esta metacategoría, se procedió a una segunda codificación que hizo que emergieran a su vez otras nuevas categorías:

- Conocimientos.
- Habilidades técnicas.
- Buen trato.
- Información.
- Capacidad de resolución.
- Seguridad.
- Atención integral.
- Otros.

Las respuestas, atendiendo a sus características, y dado que los participantes destacaban más de un aspecto en la información que proporcionaban, fue clasificada de manera **no excluyente** en las diferentes categorías.

En la figura 20 se presenta la descripción de las categorías, los códigos que se emplearon para su análisis y el tipo de clasificación que se llevó a cabo.

Metacategoría:	Aspectos relevantes de la práctica enfermera.	Categorías	Códigos de análisis	Tipo de clasificación
		Conocimientos: se han recogido datos que nos informan de que los conocimientos son percibidos como un elemento relevante en la práctica enfermera.	CON: se expresan o se utilizan términos como <i>tener conocimientos, saber, asesorar</i> , etc.	No excluyentes
		Habilidades técnicas: se han recogido datos que nos informan de que las habilidades técnicas son consideradas relevantes. Se entiende por habilidad técnica la capacidad de realizar procedimientos técnico-sanitarios con destreza.	HT: se expresan o se utilizan términos como <i>no hacer daño, pinchar bien, no sentir dolor</i> , etc.	
		Buen trato: se han recogido datos que nos informan sobre el buen trato (<i>tratar bien, trato humano</i> , etc.) entendido como un tipo de relación interpersonal percibida como satisfactoria. Según sus características estos datos han sido agrupados a su vez en las siguientes subcategorías:	BT: se expresan o se utilizan términos como <i>tratar bien, trato humano</i> , etc.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Empatía: manifestaciones de interés auténtico que nos informan sobre la sintonía y comprensión de la persona atendida (<i>ponerse en mi lugar, intentar ponerse en su lugar</i>, etc.). • Escucha activa: manifestaciones que nos informan sobre una actitud de escucha atenta (<i>escuchar, ser escuchado</i>, etc.). • Afectividad: manifestaciones de amor y/o afecto en cualquiera de sus grados de expresión (<i>dar cariño, ser amable, transmitir calidez, ser cordiales, ser afables</i>, etc.). 	EA: se expresan o se utilizan términos como <i>escuchar, sentirse escuchado, ser escuchado</i> , etc.	
	AFEC : se expresan o se utilizan términos como <i>dar cariño, ser amable, transmitir calidez, transmitir cordialidad, ser afable</i> , etc.			

Figura 20. Descripción de las categorías y códigos: Aspectos relevantes de la práctica enfermera.

A partir de la información clasificada en las diferentes categorías, se procedió o a realizar un análisis mixto (cuantitativo y cualitativo-interpretativo) de toda la información que se había ido recopilando en el presente estudio.

La variable ámbito asistencial también fue incorporada con posterioridad y, por supuesto, se tuvo en cuenta como elemento de análisis dentro de cada categoría.

Los resultados que se obtuvieron se presentan a continuación organizados en los siguientes apartados:

- Percepción de los usuarios.
- Percepción de las enfermeras.
- Diferencias entre los usuarios y las enfermeras.

Como se ha expuesto anteriormente ya en este estudio, la información ha sido clasificada de manera no excluyente en las diferentes categorías, de ahí que resulte esencial que tengamos siempre en cuenta que los valores cuantitativos que aparecen en los siguientes apartados nos informan acerca del número de veces que un aspecto ha sido destacado como relevante (frecuencia).

Percepción de los usuarios

Cuando los usuarios han sido interrogados sobre qué es lo que más valoran de la práctica enfermera, las características que más han valorado siempre estaban relacionadas con la categoría de *buen trato* (27). Dentro de esta categoría han resaltado, sobre todo, el rasgo de la *afectividad* de la enfermera (14), seguido muy de cerca por el rasgo de demostración de *empatía* (10) y, en un último lugar, han señalado la importancia de la *escucha activa* (3).

Afectividad

“Yo el tema de la profesionalidad lo vivo al 100%, en todo. Por ejemplo, la enfermera que tenemos ahora por la tarde, yo la pondría en el séptimo cielo porque es muy profesional y, además, tiene un trato estupendo con los enfermos. [...] Además a la hora de pinchar observo un trato muy afectuoso con el paciente, intentando que se encuentre lo mejor posible. Quizá luego cuando salga por la puerta

la chica podrá ser más simpática o menos, pero en el trabajo es una profesional. Es cierto que todas las personas son diferentes y las hay que ya de nacimiento son más simpáticas y otras que no. Concretamente, a esta chica de la tarde que te comento se le juntan las dos cosas: es muy buena enfermera y tiene añadido ese don de la simpatía”. (Usuario, entrevista 33).

Empatía

“La calidad humana que demuestre con la persona que está enferma. Uno cuando viene aquí ya que tiene el susto metido en el cuerpo sobre qué tiene o no, unido a un montón de preocupaciones y necesita a alguien que le trate bien y que le haga sentir bien. En ese sentido, sería genial que nos diera la sensación de que nos tienen en cuenta y que uno se sienta reconfortado. [...] A mí me gustaría que estuvieran un poco más por mí. Entiendo que somos muchos pacientes y que tienen mucho trabajo, pero eso lo encuentro a faltar”.

(Usuario, entrevista 35).

Escucha activa

“Quizá es lo que yo pido porque yo también soy así, tal vez por mi carácter o por mi trabajo, que consiste en pensar en la gente. Y es que aporta mucho más en calidad de trabajo la que se interesa en la persona. Y es que saber, sabrá lo mismo que las demás, pero el hecho de que te pueda dar una explicación, o que parezca que te escucha, te hace sentir bien. Porque en el fondo va hacer lo mismo que las demás: lo que el médico les ha pautado”. (Usuario, entrevista 26).

Otros aspectos que también han mencionado los usuarios, pero en menor medida, han sido clasificados en las siguientes categorías: *información* (5), *habilidades técnicas* (5), *capacidad de resolución* (3), *seguridad* (2) y *conocimientos* (1). No se ha encontrado en las respuestas información relacionada con la categoría de *atención integral* u *otros*.

Información

“La información que te puedan dar. El que sepa decirme las cosas tal y como son sin estar influenciadas por su punto de vista. Aquí en el Hospital me han dado

muchísima información, por ejemplo. Y en el Centro de Atención Primaria (CAP) no digo que no me la hayan dado, pero de una forma distinta. Aun así, creo que esta diferencia va un poco con la persona porque también hay que decir que aquí hay de todo. Hay algunas que vienen y te explican lo más básico mientras que hay otras que te cuidan muchísimo más”. (Usuario, entrevista 37).

Habilidades técnicas

“Su amabilidad y la habilidad cuando me tienen que sacar sangre, que no me hagan daño”. (Usuario, entrevista 32).

Capacidad de resolución

“Que no te dé el servicio que necesitas en aquel momento. Por ejemplo, si estás mal porque necesitas ir al lavabo y te puede ayudar, que no lo dude porque uno aquí no está en su casa ni con los suyos y necesita estas atenciones porque se encuentra muy desprotegido. Así que, si en ese momento en el que tú estás mal, no están, no considero que estén a la altura de las circunstancias para nada”. (Usuario, entrevista 30).

Seguridad

“Me gustaría poder venir y expresar todas mis dudas respecto a los medicamentos y mis síntomas con tranquilidad. Y es que a veces siento que les agobio y no me gusta. Por eso, yo agradecería encontrarme con un profesional que sea una persona entendida, que me escuche y que me transmita seguridad. Que no tenga que controlar con el reloj, ya que esto me condiciona muchísimo”. (Usuario, entrevista 39).

Conocimientos

“En general, con todas las que me he encontrado hasta ahora muy bien porque dominan mi problema de azúcar. Ahora bien, no puedo decir lo mismo de algunos médicos. Pienso que algunos se tendrían que quedar en casa”. (Entrevista, usuario 40).

En la figura 21 se muestra la distribución de frecuencias en las categorías analizadas.



Figura 21. Aspectos relevantes de la práctica enfermera según la percepción de los usuarios

Al haber nos centrado en el ámbito asistencial, hemos podido observar que tanto los usuarios de Hospitalización (10) como los de Atención Primaria (10) perciben de manera similar, diferenciándose en este aspecto del resto de categorías, que recibir un *buen trato* es lo más relevante (14 Hospitalización; 13 Atención Primaria).

También se ha comprobado que los usuarios de Hospitalización destacan inmediatamente después de la *buen trato*, la *capacidad de resolución* (3) y para ellos tienen la misma importancia empatando por igual el resto de categorías: las *habilidades técnicas* (1), la *seguridad* (1) y la *información* (1). Sin embargo, para los usuarios de Atención Primaria lo más relevante después del *buen trato* son las *habilidades técnicas* (4) y la *información* (4), seguidas por el *conocimiento* (1) y la *seguridad* (1) que empatan también por igual para ellos en valor e importancia.

En la figura 22 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.



Figura 22. Aspectos relevantes de la práctica enfermera según la percepción de los usuarios y por ámbito asistencial

Tanto los usuarios de Hospitalización como los de Atención Primaria han coincidido en destacar como elementos claves asociados al *buen trato*, en primer lugar, la *afectividad* (6 Hospitalización; 8 Atención Primaria), seguida muy de cerca por la *empatía* (6 Hospitalización; 4 Atención Primaria) y la *escucha activa* (2 Hospitalización; 1 Atención Primaria).

Por otro lado, más usuarios de Atención Primaria que de Hospitalización han considerado muy importantes las *habilidades técnicas* (4 Atención Primaria; 1 Hospitalización) y la *información* (4 Atención Primaria; 1 Hospitalización). Respecto a la categoría de la *seguridad*, ésta ha sido destacada por igual tanto por un usuario de Hospitalización como por otro de Atención Primaria, empatando de este modo en importancia para ambos grupos.

Otra diferencia a tener en cuenta es que los usuarios de Hospitalización le han concedido más valor a la categoría de *capacidad de resolución* (3) mientras que los de Atención Primaria no lo han hecho.

Por último, y en relación con el *conocimiento*, cabe resaltar que únicamente un usuario de Atención Primaria ha valorado mucho un aspecto como éste.

A partir del análisis interpretativo de la información recogida en esta metacategoría, han aflorado diferentes ideas; concretamente se ha observado que los usuarios:

- Perciben que el trato afectuoso (*afectividad*) es un elemento clave en la sensación de bienestar, sobre todo, en situaciones de alta vulnerabilidad. Además, consideran imprescindible que las enfermeras demuestren interés real y que tengan predisposición para escucharlos con atención (*empatía y escucha activa*).

“Ser persona, con eso ya hubiera sido suficiente. Que alguien me hubiera cuidado como si hubiera sido un familiar mío. [...] Pero bueno, creo que no era de forma intencionada sino porque tienen otros enfermos. Otro aspecto es que tardan mucho en hacerme las curas, ya que siempre soy la última. Y muchas veces si ya se acerca la hora de irse para casa, entonces dejan las curas para las enfermeras del siguiente turno. [...] Destacaría todo el aprecio que sean capaces de darte, más incluso que la técnica. El trato humano, cálido, y que se preocupen realmente de cómo me encuentro. Cuando veo que me atienden bien, me siento tranquila y orgullosa de que esa enfermera me haya cuidado”. (Usuario, entrevista 22).

- Sienten que pueden confiar en las enfermeras que los escuchan.

“Básicamente, que me sepa escuchar. A mí me ha pasado el ir, por ejemplo, a la consulta del médico, y que no me mirara ni a la cara, me ha hecho la receta directamente. Esto me genera desconfianza y no querer tomarme lo que me haya mandado, puesto que siento que ese médico no sabe lo que tengo. Me siento un número, y yo quiero ser una persona y que el profesional me oiga, me atienda, que le pueda preguntar. [...] Que sepa escuchar. Porque hay casos en los que a la segunda vez que se lo repites porque no te has sabido expresar ya se enfada”. (Usuario, entrevista 39).

- Entienden que una enfermera es profesional si demuestra tener capacidad técnica, pero, si posee capacidad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias, esto lo ven más como que es una *buena persona*, ya que consideran que las características que favorecen un buen trato están determinadas por la personalidad de la enfermera.

“Destacaría que son personas que combinan la profesionalidad con una cierta manera de ser. Se trata de enfermeras que trabajan de la forma en que lo tienen que hacer, es

decir, dominando las técnicas, pero que, además, te aportan algo de su manera de ser y son un poco más sensibles a mi situación. No sé si son los años que llevan, la experiencia acumulada que puedan tener, o porque ellas mismas son así como personas. Se nota bastante en la edad de las enfermeras. Las que son más mayores tienen más experiencia y tienen otra manera de hacer, transmiten como una cierta calidez que gusta. Hay una, en concreto, que es maravillosa porque siempre tiene un gesto para mi hija, y para mí lo es todo”. (Usuario, entrevista 37).

- Valoran como muy relevante que la relación usuario-enfermera sea satisfactoria (*buen trato*), pero, sin embargo, perciben como necesaria que haya una cierta distancia emocional que permita que se mantenga, por un lado, la eficacia de las enfermeras y, por otro, el equilibrio emocional necesario para que éstas puedan ejercer su profesión.

“Si valoro sólo pinchar o poner vías, todas me han atendido bien excepto en un caso concreto que me entró aire y cuando protesté no tuvieron ni el detalle de purgarlo. Desde el punto de vista emocional, yo creo que los que trabajan en sanidad tienen que marcar una distancia porque si todo el mundo sintiera pena, no podrían curar a nadie y no se harían las cosas bien. Pero de ahí a sentir dejadez por el paciente, pues, tampoco. Por otro lado, creo que los buenos profesionales tienen que conseguir que el paciente se sienta único y bien atendido. Nosotros, y, sin ánimo de ser cínicos, no tenemos por qué saber que en esa planta hay gente que está más mal que nosotros”. (Usuario, entrevista 29).

Respecto al resto de categorías (*habilidades técnicas, información, capacidad de resolución, seguridad y conocimientos*) han aflorado también algunas ideas, concretamente se ha identificado que los usuarios:

- Cuando destacan como relevantes aspectos relacionados con las categorías de *habilidades técnicas* y de *seguridad e información* también valoran que haya una buena relación entre usuario-enfermera (la *manera de tratarte; su amabilidad, tratar bien*, etc.).

Habilidades técnicas

“La habilidad que tengan y la manera de tratarte, pero no podría elegir entre las dos, puesto que ambas cualidades me parecen importantes”. (Usuario, entrevista 25).

Seguridad

“Que vea que siempre hacen lo mismo, de la misma manera y con cordialidad. Que no improvisan y que, aunque se estén equivocando, que yo no lo vea”. (Usuario, entrevista 28).

Información

“Que me expliquen exactamente cómo va todo, que animen mucho al enfermo y estén mucho con él. Además, que tengan buen carácter y que les hagan bromas al enfermo (que eso ayuda mucho) y que se pueda tener confianza en ellas”. (Usuario, entrevista 36).

- Cuando consideran relevantes aspectos relacionados con la categoría de *capacidad de resolución*, han destacado, por encima de todo el que las enfermeras se muestren diligentes en sus respuestas, sobre todo, cuando se produzcan situaciones de vulnerabilidad (categoría de *capacidad de resolución*).

“Que cuando te encuentras mal enseguida vengan, que tengan una respuesta inmediata. Eso lo valoras mucho porque aquí dependes de ellos. *¿Qué es lo que encuentra o ha encontrado a faltar de la actuación de la enfermera o enfermeras que la han atendido?* Una noche lo pasé mal. Había un enfermero que no era habitual y no fue nada agradable. Yo notaba que me estaba subiendo la fiebre, se lo comenté y no obtuve respuesta. Cuando se dio cuenta de que estaba a 40 de fiebre me puso todo lo habido y por haber en la vía que tenía. Y corrió demasiado, tendría que haber realizado antes su función. Me sentí muy mal, desprotegida totalmente, porque cuando llamé no estuvo a la altura de las circunstancias. Pero eso me ha pasado una sola vez”. (Usuario, entrevista 30).

Percepción de las enfermeras

Al interrogar a las enfermeras acerca de qué aspectos de su práctica percibían como más relevantes, han destacado, sobre todo, elementos que han sido clasificados dentro de la categoría de *buen trato* (17). Dentro de esta categoría las enfermeras han valorado, sobre todo, todos aquellos aspectos que están muy relacionados con la *afectividad* (10), la *escucha activa* (6) y, por último, y con diferencia, la *empatía* (1).

Afectividad

“Y, finalmente, la atención al usuario es como tiene que ser, amable y suficiente para ofrecer tranquilidad. Es un completo que tienen ellos que para mí es un 10”. (Enfermera, entrevista 7).

Escucha activa

“En general, esperan que les resuelvas los problemas, y no concretamente de salud, ya que a veces, sobre todo, aquí en Atención Primaria vienen por otros problemas. Quieren encontrar un clima cálido, que les acojas, que les escuches y, a menudo, que resolvamos sus problemas. Lo resumiría en sentirse escuchados”. (Enfermera, entrevista 13).

Empatía

“ Para mí un buen profesional es el que realmente está con el paciente y tiene un interés verdadero por saber qué le pasa”. (Enfermera, entrevista 14).

Con relación al resto de categorías que han sido identificadas, las enfermeras han destacado de manera especial todos los aspectos que se encuentran vinculados con las categorías de *habilidades técnicas* (8), *información* (8) y *conocimientos* (6). Además, de otros elementos que han sido clasificados dentro de las subcategorías de *capacidad de resolución* (3) y de *seguridad* (1).

Habilidades técnicas

“Todo es importante. Por un lado, la parte técnica es esencial que la hagas bien, pero, por otra parte, también tiene mucha fuerza la parte emocional. Ahora bien, si tengo que escoger entre una y otra, pienso que es más importante que tengas una buena capacidad técnica que te permita ofrecer unos cuidados profesionales bien realizados”. (Enfermera, entrevista 5).

Información

“Personalmente, me gusta que la persona esté contenta conmigo y que el trato que reciba sea el que pide. Que si está mal o tiene que hacerse alguna prueba, puedas darle una explicación correcta y franca que le resuelva todas las dudas que tiene y que la tranquilice”. (Enfermera, entrevista 6).

Conocimientos

“Primero, que tenga un buen nivel profesional, es decir que sepa lo que tiene entre manos. Además, una buena enfermera tiene que saber hasta dónde puede llegar y cuando se encuentra con algo que no domina, entonces pedir ayuda. Además de eso, tiene que ser una persona que sepa ser asertiva y, a la vez, mantener la distancia con el usuario (que se implique sólo lo justo y necesario, ya que si te implicas más de lo adecuado, a veces puede resultar contraproducente)”. (Enfermera, entrevista 16).

Capacidad de resolución

“Estas cualidades se observan mucho cuando vienen los chicos y chicas a hacer las prácticas. Notas ciertas características que te hacen ir a hablar con la supervisora y comentarle: *Ésta te la puedes apuntar*, como, por ejemplo, el que sea una persona intuitiva, que sabe ir más allá y no desarrolla su trabajo de una manera académica. Sabe resolver las situaciones, tiene iniciativa, ganas de aprender, se desenvuelve bien y enseguida se integra en el sistema de trabajo”. (Enfermera, entrevista 5).

Seguridad

“Que les ofrezcas tranquilidad. Ellos ya dan por supuesto que haré bien la técnica y, por tanto, el hecho de que les aportes seguridad lo valoran mucho”. (Enfermera, entrevista 16).

Hay que decir que únicamente las enfermeras han resaltado otros aspectos como la atención bio-psico-social y holística, o sea cuestiones como *atención integral* (4), *trabajo en equipo* (1) o *sentido del humor* (1). Las dos últimos ítems han sido clasificados dentro de la categoría de *otros*.

Atención integral

“Que trata al usuario como un objeto y no como una persona”.
(Enfermera, entrevista 6).

Otros

“Para mí un buen profesional es una persona que sabe trabajar en equipo”.
(Enfermera, entrevista 14).

“Un mal profesional es el que no tiene sentido del humor. En esta profesión hace falta, ya que tienes que soportar las gestiones que te vienen marcadas de arriba y también para ayudar a los enfermeros a que puedan vivir mejor con determinados procesos de su vida”. (Enfermera, entrevista 20).

En la figura 23 se muestra la distribución de frecuencias en las categorías analizadas.



Figura 23. Percepción de las enfermeras de los aspectos relevantes de su actividad

Respecto a la influencia del ámbito asistencial en la percepción de las enfermeras, se ha comprobado que tanto las enfermeras pertenecientes al ámbito de Hospitalización como las pertenecientes al ámbito de Atención Primaria han valorado, sobre todo, como aspectos relevantes de su práctica enfermera todos aquellos relacionados con la categoría de *buen trato* (8 Hospitalización; 9 Atención Primaria). Sin embargo, mientras que las enfermeras de Hospitalización creen que el elemento más importante relacionado con el *buen trato* es la *afectividad* (6); las enfermeras de Atención Primaria consideran tan importante la *afectividad* (4) como la *escucha activa* (4).

Las enfermeras de Hospitalización y de Atención Primaria también coinciden en destacar poco o nada la *empatía* como elemento clave del *buen trato* (0 Hospitalización; 1 Atención Primaria).

En la figura 24 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.

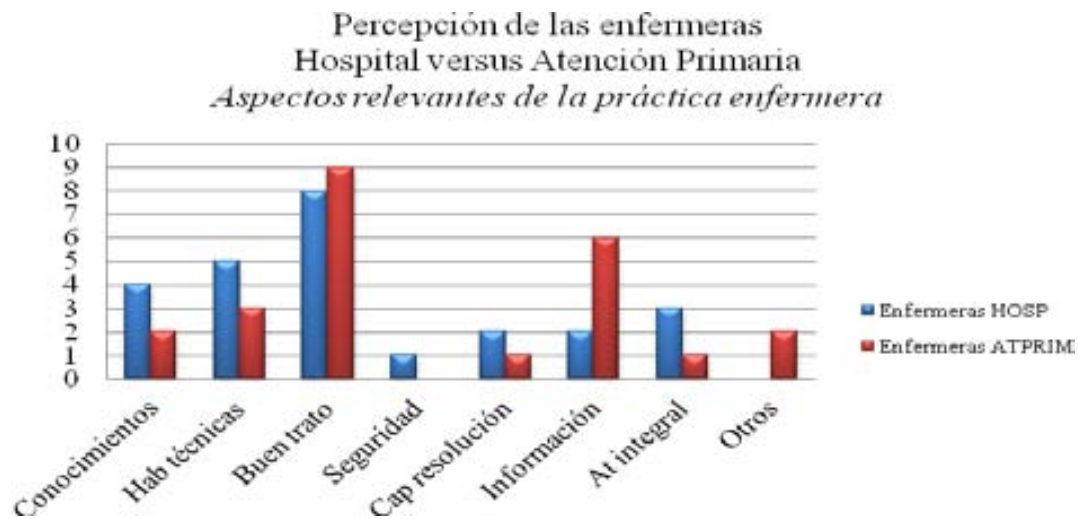


Figura 24. Aspectos relevantes de la práctica enfermera por ámbito asistencial

Después del *buen trato*, más enfermeras de Hospitalización que de Atención Primaria opinan que los usuarios también consideran relevantes las *habilidades técnicas* (5 Hospitalización; 3 Atención Primaria) y los *conocimientos* (4 Hospitalización; 2 Atención Primaria). En cambio, las enfermeras de Atención Primaria opinan que los usuarios después del *buen trato* lo que consideran más importante es la *información* (6 Atención Primaria; 2 Hospitalización).

Por último, habría que destacar que pocas enfermeras de Hospitalización y de Atención Primaria creen que la *capacidad de resolución* (2 Hospitalización, 1 Atención Primaria) y la de *seguridad* (1 Hospitalización; 0 Atención Primaria) sean aspectos claves.

A partir del análisis interpretativo de la información clasificada en esta metacategoría, han emergido diferentes ideas de las explicaciones de las enfermeras:

- Éstas perciben, al igual que los usuarios, pero en menor grado quizá, que la *afectividad* (*ser agradable, ser amable, tratar como persona, etc.*) es un elemento clave en el cuidado, puesto que contribuye a que los usuarios se sientan tranquilos y reconfortados.

“El que más me ha sorprendido ha sido un enfermero, y lo siento por que somos un 90% de mujeres y yo soy de discriminación positiva, no lo puedo evitar. Pero en este caso he de reconocer que este enfermero es excepcional. Cuando entra en una habitación lo primero que hace es mirar al enfermo y saludarlo. Es una persona muy

agradable y muy simpática, que hace sentir, especialmente, a los abuelos que hay alguien que se preocupa por ellos. La gente se siente muy bien y todo el mundo lo conoce, y, de hecho, cuando no viene el fin de semana la gente lo nota”. (Enfermera, entrevista 9).

- Consideran que el trato amable y aspectos como la cordialidad, la calidez... son difíciles o imposibles de aprender; puesto que se perciben como cualidades inherentes a la personalidad. También tienen, en general, la sensación de que la sobrecarga asistencial es un elemento que a menudo interfiere en el trato.

“La persona en la que pienso trabaja con una sonrisa siempre, y eso a veces es muy difícil. La sonrisa es una cosa que todo el mundo agradece, y la persona que está enferma todavía más. Y a menudo nosotros no podemos sonreír por el exceso de trabajo. Personalmente, quiero aprenderlo, pero es complicado porque tiene que salir de dentro, no puede ser forzado”. (Enfermera, entrevista 3).

- Las enfermeras opinan que la escucha activa favorece la relación terapéutica, sin embargo, al mismo tiempo también consideran necesario que se produzca una cierta distancia en esta relación (lo que sería comúnmente conocido como “barrera terapéutica”).

“Los pacientes me sienten cercana y eso les da mucha calidad independientemente de que pueda resolver el problema puntual que traigan. Simplemente, el hecho de que los escuches y seas accesible para ellos lo es todo. En este sentido, creas un clima de confianza que a veces te hace romper la *barrera terapéutica*, ya que puede pasar que abusen un poco de nuestra confianza. Como eres accesible y a veces resuelves sus problemas, después ya te buscan directamente”. (Enfermera, entrevista 13).

Respecto al resto de categorías (*habilidades técnicas, información, capacidad de resolución, seguridad, conocimientos, atención integral y otros*) han aflorado también algunas ideas; concretamente se ha identificado que las enfermeras:

- Consideran que la destreza técnica es imprescindible en la práctica enfermera, pero que necesariamente tiene que ir acompañada de una relación impregnada de valores humanos y de una atención global e integradora de la persona. De este modo, aunque

las enfermeras valoran como necesaria la atención de la dimensión emocional de las personas, también entienden que una correcta realización de los procedimientos técnico-sanitarios es algo totalmente prioritario para la correcta realización de su trabajo:

“Para mí, *la enfermera 10*, sería la que es completa, es decir, la que además de buena técnica, tiene una buena calidad humana [...], recuerdo que yo, años atrás, pensaba que prefería una enfermera que, al margen de ser simpática, supiera lo que llevaba entre manos. Pero, con los años, he ido madurando y reflexionando sobre esta idea y ahora piendo que la enfermera perfecta lo tendría todo, lo cierto es que cuando vives un proceso de falta de salud y lo ves desde el otro lado, le das entonces mucha importancia a la manera de hacer de la enfermera, a su calidez [...]. Piensas, por ejemplo, aquella era una enfermera ideal porque trataba a los pacientes con mucho amor, mucha proximidad y, además, dominaba las técnicas. Pero, en algunos momentos como el descanso que hacía para la merienda en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que para ella eran sagrado, observaba algunas desatenciones”. (Enfermera, entrevista 13).

- Algunas enfermeras identifican la falta de tiempo como uno de los factores que hacen que la práctica enfermera se pueda convertir en algo simplemente o puramente técnico.

“Lo que creo que pasa (y no lo que quisiera) es que lo más valioso es todo lo técnico. Y más en mi caso, que como estoy un día aquí y otro allá, y llevo un ritmo muy acelerado, apporto nivel técnico y no voy más allá de medicaciones, curas, etc.”. (Enfermera, entrevista 1).

- Valoran la capacidad de gestión de las relaciones interpersonales como una capacidad que favorece la realización de los cuidados. Consideran, además, que esta capacidad es especialmente relevante en situaciones de conflicto. Al mismo tiempo, piensan que la implicación emocional de las enfermeras no ha de ser excesiva y que ha de saber gestionarse.

“Las habilidades que tiene al hacer las técnicas y el hecho de *saber llevar* al enfermo. Y es que, todo y que tengas buena técnica, a veces el carácter del enfermo dificulta

un poco el trabajo y con la enfermera que tengo en la mente, en cambio, estas personas funcionan igual de bien a pesar de que los enfermos sean *difíciles*. Otra enfermera se enfadaría según lo que le dijiera el paciente, pero ésta en cuestión no lo hace, lo *sabe llevar*". (Enfermera, entrevista 4).

- Consideran que *informar, explicar, aconsejar*, etc. son actividades habituales de las enfermeras; sin embargo, se ha comprobado que el enfoque del acto informativo y su finalidad varía en función del ámbito asistencial (las enfermeras de Atención Primaria perciben la transmisión de información como una actividad básica en su actividad diaria y de carácter formativo; mientras que las enfermeras de Hospitalización la ven más como una acción tranquilizadora y de contención emocional).

"Personalmente, me gusta que la persona esté contenta conmigo y que el trato que reciba sea el que pide. Que si está mal o tiene que hacerse alguna prueba, puedas darle una explicación correcta y franca que le resuelva todas las dudas que tiene y que la tranquilice". (Enfermera, entrevista 6, Hospitalización).

"Lo que yo apporto creo que es la información. Y es que los usuarios acuden un poco guiados, es decir, no vienen por cuenta propia a decir que es lo que quieren, sino que vienen a ver qué les decimos nosotras. En este sentido, esperan que les informemos, por ejemplo, de la dieta (aunque en realidad ya la sepan)". (Enfermera, entrevista 18; Atención Primaria).

- Perciben el conocimiento de las enfermeras como algo esencial, pero que va a su vez va, directamente, asociado a otros aspectos como la presencia de *habilidades técnicas*, el *buen trato*, etc. Sin embargo, consideran que la combinación de *conocimiento, habilidades técnicas y afecto* es un ideal imposible de alcanzar por la presión asistencial existente.

"Tienen una gran amplitud de conocimientos, ya que cualquier cosa te la pueden explicar de forma correcta y clara. Al margen de eso, también trabajan las técnicas a la perfección. Y, finalmente, la atención al usuario es como tiene que ser, amable y suficiente para aportar tranquilidad. Es un completo que tienen ellos que para mí es un 10". (Enfermera, entrevista 7).

Dentro de este enfoque holístico de los cuidados, hay una idea que sobresale por estar en la línea de lo que postulan algunos paradigmas emergentes en enfermería (Watson, 1985 2007) que conciben la práctica enfermera como un tipo de relación en la que la enfermera hace el esfuerzo de salir de su propia interpretación de la experiencia salud-enfermedad para situarse en la experiencia del otro, la persona atendida.

“Como enfermera y también como enfermera de Primaria, un conocimiento integral de la persona [...]. Por ejemplo, cuando alguien viene a hacerse un test de embarazo, yo siempre les pregunto si están buscando un bebé o no porque, en función de eso, dirijo la conversación de una manera o de otra. Aquellos 4 minutos interminables durante los que haces el *gravindex*, si no lo están buscando, entonces intento abrir el camino a ver cómo nos lo encontramos, por el contrario, si lo están buscando, les animo y les comento: *Mira si no sale lo volveremos a intentar*. Trato de pensar qué necesita aquella persona. No quiero que salgan de aquí llorando, sino que si, por ejemplo, la usuaria sale con un *gravidez* positivo y no lo estaba buscando, se vaya con información, con una palabra de ánimo, sabiendo que hay otras posibilidades. En definitiva, busco que los usuarios sean tratados globalmente. Quizá también ayuda el hecho de que personalmente siempre, y aunque no quiera, veo las cosas desde todos los puntos de vista. En definitiva, creo que la vulnerabilidad que tiene el paciente delante del sistema yo la tengo que compensar siendo cercana y siendo accesible, abierta y a menudo haciendo un poco más de lo que es estrictamente obligatorio”. (Enfermera, entrevista 15).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

La percepción de los usuarios y de las enfermeras sobre qué aspectos de la práctica enfermera consideran más relevantes presenta algunas diferencias entre sí.

De hecho, los usuarios resaltan de manera especial aspectos relacionados con la categoría del *buen trato* (27). En cambio, aunque las enfermeras también (17 referencias), lo cierto es que lo hacen con menor intensidad, y se refieren con frecuencia a otros aspectos relacionados con las categorías de *habilidades técnicas* (8), *información* (8) o *conocimientos* (6).

En la figura 25 se muestran las diferencias identificadas.

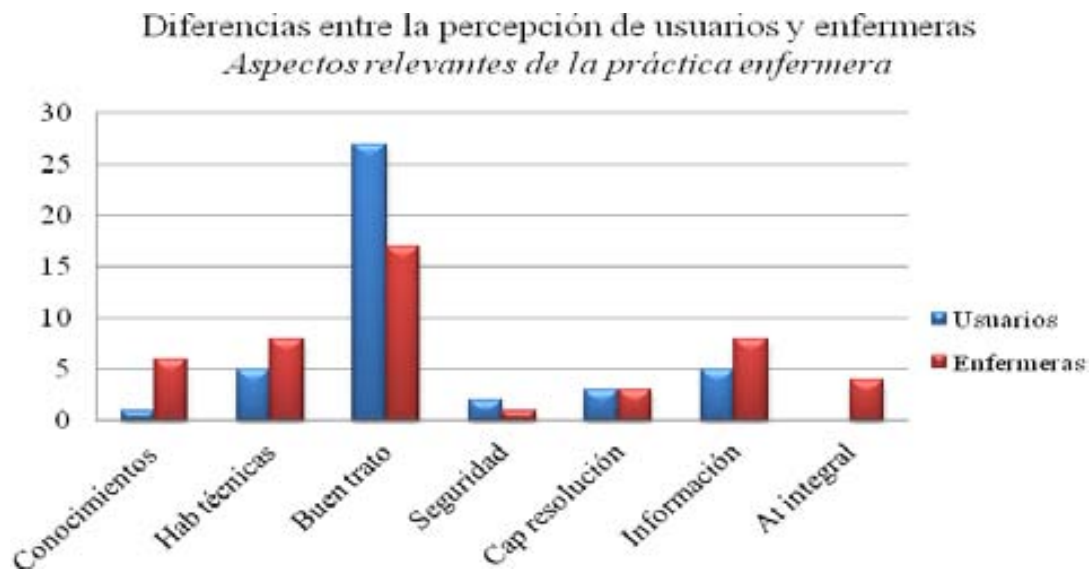


Figura 25. Diferencias entre la percepción de usuarios y enfermeras sobre los aspectos relevantes de la práctica enfermera

Con relación a las características vinculadas a la categoría de *buen trato*, hay que decir que tanto los usuarios como las enfermeras coinciden en resaltar, sobre todo, la *afectividad* como un aspecto clave (14 referencias usuarios vs 10 enfermeras).

Las enfermeras han aludido con frecuencia a aspectos vinculados con la categoría de *conocimientos* (6), sin embargo, en este sentido un único usuario de los que han participado en este estudio ha destacado este aspecto.

En cambio, tanto los usuarios como las enfermeras han valorado de manera muy similar todos los aspectos relacionados con las *habilidades técnicas* (5 referencias usuarios vs 8 referencias enfermeras) y con la *información* (8 en enfermería vs 5 en usuarios).

Respecto al ámbito asistencial, se ha visto que en el ámbito de la Hospitalización tanto los usuarios como las enfermeras han considerado muy relevante el *buen trato*, pero con mayor intensidad los usuarios que las enfermeras.

También se ha podido constatar que los usuarios de Hospitalización resaltan poco las *habilidades técnicas* y que, en cambio, las enfermeras las ven más como un aspecto

fundamental de su trabajo (situándolas en un segundo lugar, justo por detrás tan solo del *buen trato*).

Como diferencia, también resulta llamativo el hecho de que las enfermeras de Hospitalización consideren que el *conocimiento* un aspecto clave y, sin embargo, los usuarios de este ámbito no lo destaquen en absoluto.

Por otro lado, en Atención Primaria, al comparar las respuestas de los usuarios con las de las enfermeras se ha producido una situación similar a la que se había dado antes en Hospitalización con relación a las categorías de *buen trato* y de *conocimientos*, ya que hay que señalar que los elementos relacionados con la categoría de *información* han sido resaltados por las enfermeras como relevantes en su práctica y, en cambio, los usuarios ni siquiera los han mencionado en ningún momento.

A nivel cualitativo, al comparar las ideas que han emergido de los comentarios realizados por los usuarios y las enfermeras, se ha podido comprobar que hay algunas coincidencias y algunos desacuerdos.

Pese a que tanto los usuarios como las enfermeras piensen que es relevante que se produzca una relación usuario-enfermera satisfactoria, los usuarios la consideran más importante que las enfermeras y destacan más la *afectividad* como un elemento clave en esta relación.

Tanto los usuarios como las enfermeras coinciden también en que una relación usuario-enfermera satisfactoria proporciona sensación de bienestar y reconforta al usuario, sin embargo, únicamente los usuarios destacan que este tipo de relación sea muy necesaria, sobre todo, en situaciones de alta vulnerabilidad.

Y es que los usuarios consideran que una relación caracterizada por una *escucha activa* de la enfermera hacia ellos favorece la confianza y la adherencia al tratamiento; sin embargo, las enfermeras no han hecho referencia a este aspecto para nada.

Respecto a la *capacidad de resolución* de las enfermeras, los usuarios manifiestan valorar, sobre todo, la diligencia en sus respuestas; pero las enfermeras (no comentan nada al

respecto) y más bien destacan la eficacia (percibiendo que ésta favorece la integración en los equipos).

Hay enfermeras que piensan que las *habilidades técnicas* son más prioritarias que establecer una relación usuario-enfermera satisfactoria; en cambio, un único usuario de los participantes comparte este planteamiento.

Las enfermeras consideran relevante la capacidad de una *gestión emocional* que les permita la contención, la gestión del conflicto y mantener una “distancia terapéutica” necesaria con los usuarios; en cuanto a los usuarios, éstos no utilizan este término en concreto, pero sí que manifiestan la opinión de que las enfermeras necesitan mantener una cierta distancia emocional que les permita ser eficaces para preservar su salud mental.

Las enfermeras perciben como muy pero que muy necesaria la capacidad de mantener un equilibrio entre el *conocimiento* (6), la *habilidad técnica* (8) y la *capacidad de relación interpersonal/buen trato* (17); sin embargo, los usuarios se refieren poco (1) a los conocimientos de las enfermeras y destacan más como primordial que se produzca un equilibrio entre la calidad del trato y la destreza técnica.

Las enfermeras resaltan aspectos como la sobrecarga asistencial (3) y la falta de tiempo (2) como determinantes de la realización de una práctica enfermera eminentemente técnica; los usuarios también resaltan la necesidad de tiempo (2) para permitir que se produzca una atención satisfactoria, pero no hacen ninguna referencia a aspectos relacionados con la sobrecarga asistencial.

4.2.3. Metacategoría: Emociones y práctica enfermera

En esta metacategoría se recogieron todos aquellos datos que nos informaban sobre el papel que desempeñaban las emociones en la práctica de los cuidados enfermeros. Dicha información se obtuvo a partir de la valoración que realizaron tanto los usuarios como las enfermeras sobre las siguientes afirmaciones:

Usuarios

Finalice, por favor, atendiendo a su criterio, las siguientes afirmaciones:

P9. “En una situación de conflicto con la enfermera que me atiende considero que es imprescindible que sea capaz de...” “

¿Qué opina de las siguientes afirmaciones?:

P11. “Es imprescindible que las enfermeras se impliquen emocionalmente para ofrecer una atención satisfactoria”.

P12. “Para poder realizar bien su labor es necesario que las enfermeras conozcan y controlen sus propias emociones”.

P13. “Para ofrecer una atención satisfactoria es imprescindible que la enfermera sea capaz de *ponerse en la piel del otro*”.

P14. “Me hubiera gustado que las enfermeras se preocuparan por cómo me siento”

P15.”Las enfermeras realizan muy bien procedimientos técnicos (por ejemplo, tomar la tensión arterial, realizar una cura, etc.), pero a menudo desatienden las emociones y sentimientos de las personas”.

Enfermeras

Finalice, por favor, atendiendo a su criterio, las siguientes afirmaciones:

P9.”En una situación de conflicto con un usuario y/o familia considero imprescindible que la enfermera sea capaz de...”

¿Qué opina de las siguientes afirmaciones?:

P11. “La implicación emocional es imprescindible en la realización de cuidados enfermeros”.

P12. “Para poder realizar bien su labor es necesario que las enfermeras conozcan y controlen sus propias emociones”.

P13. “Para ofrecer una atención satisfactoria es imprescindible que la enfermera sea capaz de *ponerse en la piel del otro*”.

P14. “Considero que contemplar e interesarme por las emociones y sentimientos de los usuarios y/o familia que atiendo forma parte de mi labor profesional”.

P15. “Las enfermeras realizan muy bien los procedimientos técnicos pero a menudo desatienden las emociones y sentimientos de las personas”.

P16. “La gestión adecuada de las propias emociones permite a la enfermera continuar motivada y comprometida con el trabajo que realiza.”

Una vez clasificada la información en esta metacategoría, se procedió a realizar una segunda codificación que hizo que aflorasen las siguientes categorías:

- Cuidado emocional.
- Empatía.
- Implicación emocional.
- Gestión de las emociones.
- Gestión del conflicto: capacidades.

La información ha sido clasificada de manera **excluyente** en las diferentes categorías. En la categoría de *gestión del conflicto* los datos a su vez han sido organizados de manera no excluyente¹² dentro de las siguientes subcategorías: *autocontrol, comunicación, empatía, flexibilidad, autoconocimiento, asertividad y escucha activa*.

En la figura 26 se presenta la descripción de las categorías, subcategorías, códigos de análisis empleados y se concreta el tipo de clasificación que se llevó a cabo.

¹² Al referirse a las capacidades necesarias en caso de conflicto, los participantes distinguieron en la mayoría de los casos más de un aspecto, por ello, en esta categoría la información ha sido clasificada de manera no excluyente dentro de las diferentes subcategorías y los valores cuantitativos nos informan del número de veces que un aspecto ha sido destacado.

Categorías	Subcategorías	Código de análisis	Tipo
<p>Cuidado emocional: A nivel de la literatura con frecuencia se utiliza el término <i>atención emocional</i> para designar aquella atención que tiene en cuenta y se preocupa de las emociones. También se utilizan expresiones como <i>apoyo emocional</i> o <i>apoyo psicosocial</i>, así como también el cuidado del cuerpo se podría definir como <i>cuidado corporal</i>, y comprendería el cuidado de la parte física, en este estudio se ha optado por referirse a la atención y cuidado de las emociones como <i>cuidado emocional</i>. Este cuidado se entiende como el cuidado de las emociones y de los sentimientos.</p>	<p>Sí atención y cuidado de las emociones: se han recogido datos que apuntan hacia la percepción de que las enfermeras contemplan, realizan o han de realizar cuidado emocional.</p> <p>No atención y cuidado de las emociones: se han recogido datos que apuntan hacia la percepción de que las enfermeras no contemplan, no realizan ni deben realizar cuidado emocional.</p>	<p>Positivo: sí realizan o deben realizar.</p> <p>Negativo: no realizan o no deben realizar.</p>	Excluyente
<p>En esta categoría se han recogido datos que señalan la percepción de que los usuarios y/o las enfermeras tienen sobre la presencia y/o ausencia de un cuidado que abarque la dimensión emocional de las personas.</p>	<p>Sí es necesaria: aquí se han recogido datos que nos informan sobre la creencia de que la empatía sí que es necesaria en la actividad enfermera.</p> <p>No es necesaria: aquí se han recogido datos que nos informan sobre la creencia de que la empatía no es necesaria en la actividad enfermera.</p> <p>Con límites: aquí se han recogido datos que nos informan sobre la creencia de que la empatía es necesaria, pero debe desarrollarse dentro de ciertos límites..</p>	<p>Positivo: sí, necesario.</p> <p>Negativo:no, necesario.</p> <p>PLIMIT:se expresa una valoración positiva, pero se matiza la intensidad.</p>	

Metacategoría:
Emociones y práctica enfermera.

Figura 26. Descripción de las categorías, subcategorías y códigos: Emociones y práctica enfermer

<p>Metacategoría: Emociones y práctica enfermera.</p>	<p>Implicación emocional: aquí se han recogido datos que nos informan sobre la percepción que los usuarios y/o las enfermeras tienen acerca de la necesidad de que haya una implicación emocional en la práctica enfermera. Se entiende por implicación emocional aquella situación en la que se produce una conexión emocional entre las emociones propias y las de otra/s persona/s.</p>	<p>Sí es necesaria: se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la implicación emocional de la enfermera es necesaria en la actividad enfermera.</p> <p>No es necesaria: se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la implicación emocional de la enfermera no es necesaria en la actividad enfermera.</p> <p>Necesaria con límites: se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la implicación emocional de las enfermeras es necesaria, pero dentro de ciertos límites.</p> <p>Es perjudicial: se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la implicación emocional de las enfermeras es necesaria, pero podría resultar contraproducente para la enfermera y la actividad que ésta realiza.</p>	<p>Positivo: sí, necesario.</p> <p>Negativo: no, necesario.</p> <p>PLIMIT: se expresa una valoración positiva, pero se matiza la intensidad.</p> <p>NPERJ: se expresa una valoración negativa de la posibilidad de que se produzca por su efecto perjudicial.</p>
	<p>Gestión de las emociones: se han recogido datos que nos informan sobre la percepción que los usuarios y/o las enfermeras tienen acerca de la necesidad de que la enfermera identifique, conozca y controle adecuadamente sus emociones durante su labor profesional.</p>	<p>Sí es necesaria: se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la capacidad de gestión emocional sí que es necesaria en la práctica enfermera.</p> <p>No es necesaria: se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la capacidad de gestión emocional no es necesaria en la práctica enfermera.</p> <p>Difícil de conseguir: se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la capacidad de gestión emocional es necesaria en la práctica enfermera, pero resulta difícil de conseguir.</p>	<p>Positivo: sí necesario.</p> <p>Negativo: no necesario.</p> <p>PDIF: se expresa una valoración positiva, pero se valora al mismo tiempo que se trata de una capacidad difícil de adquirir.</p>

Figura 26 (Continuación). Descripción de las categorías, subcategorías y códigos: Emociones y práctica enfermera

Metacategoría:
Emociones y práctica enfermera.

Gestión del conflicto: se han recogido datos que nos informan sobre las capacidades que una enfermera debe poseer para gestionar adecuadamente una situación de conflicto usuario-enfermera.

Los datos obtenidos en esta categoría, y atendiendo a sus características, han sido clasificados a su vez de manera **no excluyente** en las subcategorías:

Autocontrol: manifestaciones que apuntan hacia la capacidad de control y regulación de la propia conducta.

Empatía: manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de entender la postura de los otros y vivir como propios sus sentimientos.

Asertividad: manifestaciones que nos indican la capacidad de plantear o defender un argumento, así como de demostrar actitud de confianza en uno mismo.

Autoconocimiento: manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de identificar y conocer las propias emociones.

Flexibilidad: manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de ser tolerante hacia otras ideas.

Escucha activa: manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.

AUTCONT: se expresan o se utilizan términos como *tranquilidad, calma, paciencia, mantener control, autocontrol*, etc.

EMP: se expresan o se utilizan términos como *ponerse en mi lugar, intentar ponerse en su lugar*, etc.

ASERT: se expresan o se utilizan términos como *tener claro lo que hay que decir y decirlo con educación, decir lo que se piensa de manera respetuosa*, etc.

AUTOCONOC: se expresan o se utilizan términos como *darse cuenta de, identificar limitaciones; ser consciente de dificultades*, etc.

FLEX: se expresan o se utilizan términos como *ser flexible, ceder, flexibilidad*, etc.

EA: se expresan o se utilizan términos como *escuchar, sentirse escuchado, ser escuchado*, etc.

Figura 26 (Continuación). Descripción de las categorías, subcategorías y códigos: Emociones y práctica enfermera

A partir de la información que ha sido recogida dentro de las diferentes categorías y subcategorías, se ha procedido a realizar un análisis mixto (cuantitativo y cualitativo-interpretativo) de toda la información obtenida.

La variable ámbito asistencial ha sido incorporada con posterioridad como elemento de análisis indispensable dentro de cada categoría.

Todos los resultados se han organizado por categoría en los siguientes apartados:

- Percepción de los usuarios.
- Percepción de las enfermeras.
- Diferencias entre los usuarios y las enfermeras.

4.2.3.1. Cuidado emocional

La información que permitió que esta categoría aflorase se obtuvo a partir de las valoraciones que tanto los usuarios como las enfermeras realizaron (“Qué opina de...”) sobre la siguiente afirmación:

Usuarios

P15. Las enfermeras realizan muy bien procedimientos técnicos (por ejemplo, tomar la tensión arterial, realizar una cura, etc.), pero a menudo desatienden las emociones y sentimientos de las personas.

Enfermeras

P15. Considero que contemplar e interesarme por las emociones y sentimientos de los usuarios y/o familia que atiendo forma parte de mi trabajo.

Atendiendo a sus características, la información fue clasificada del siguiente modo:

- **Sí atención y cuidado de las emociones:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que las enfermeras contemplan, realizan o han de realizar cuidado emocional.
- **No atención y cuidado de las emociones:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que las enfermeras no contemplan, no realizan ni deben realizar cuidado emocional.

Percepción de los usuarios

Al observar las valoraciones de los usuarios (20 en total), se ha identificado que las opiniones se distribuyen por igual entre los que consideraban que las enfermeras atienden a las emociones (50%) y los que consideran que no es así (50%).

Sí contemplan y atienden las emociones

“En mi caso sí, porque con todas las que he coincidido me han atendido muy bien y no han descuidado para nada este aspecto”. (Usuario, entrevista 15).

No contemplan y atienden las emociones

“Hay casos de enfermeras que pasan de todo y cuando algo te duele te comentan: *Sí sí, ahora vengo*, pero no lo hacen. Y a mí personalmente me da rabia y me hace perder confianza en ellas. Si veo que están por mí, hace que mi relación con ellas sea muchísimo mejor”. (Usuario, entrevista 24).

Atendiendo al ámbito asistencial, no se han observado diferencias significativas en las valoraciones de los usuarios.

A partir del análisis interpretativo de la información que han aportado los usuarios en esta categoría, se ha podido identificar que algunos usuarios:

- Perciben sentirse cuidados emocionalmente cuando se sienten escuchados.

“No, en general, yo me siento escuchada y que me tienen en cuenta, a pesar de que hay casos en que no es así”. (Usuario, entrevista 36).

- Consideran la ayuda emocional como algo ajeno a la actividad propia de la enfermera y más cercana a la de otros profesionales como, por ejemplo, los psicólogos.

“ Pienso que tienen muy presente este tema porque intentan animarte y a menudo hacen como de psicólogos”. (Usuario, entrevista 34).

- Perciben que atender a las emociones no es una característica habitual que se dé en la práctica enfermera, consideran que unas veces está presente y otras veces no lo está en función de las características de la enfermera.

“Yo, personalmente, no me he encontrado en esta situación, pero aun así no creo que sea el caso. Claro que también depende mucho de la enfermera, ya que hay gente que es más afectiva y otra que lo es menos”. (Usuario, entrevista 21).

Percepción de las enfermeras

Por otro lado, en el grupo de las enfermeras entrevistadas (20 en total) se ha podido constatar que la mayoría (75%) han valorado que tener en cuenta las emociones y los sentimientos de los usuarios forma parte de su actividad profesional. Únicamente el 25% de ellas cree que esta no es una de sus competencias y que no debería llevarse a cabo nunca.

Sí atención y cuidado de las emociones

“Sí, creo que es importante. Por ejemplo, en el tema de las *estomias* a veces cuesta y aparte de tratarlo como lo que es físicamente, también lo tienes que acompañar con el sentimiento de lo que puede significar tener una *estomia* para la persona en concreto”. (Enfermera, entrevista 1).

No atención y cuidado de las emociones

“No, porque si ellos me lo cuentan porque están preocupados yo los atenderé, pero tampoco voy detrás de ellos preguntándoles si tienen un problema”. (Enfermera, entrevista 7).

Entre las enfermeras que consideran que atender y tener en cuenta las emociones no es una competencia enfermera (25%), algunas (15) valoran que únicamente hay que hacerlo si los usuarios y/o familiares efectúan una demanda directa.

“Está bien tener la información de por qué un paciente en concreto está mal, pero uno no se debe implicar si él no te lo pide, no hace falta llegar a implicarte hasta conseguir que te vayas a casa pensando en eso”. (Enfermera, entrevista 10).

Al analizar los datos teniendo siempre en cuenta el ámbito asistencial (Hospitalización vs Atención Primaria), se ha podido constatar que son más las enfermeras de Atención Primaria las que perciben que el cuidado emocional forma parte de sus competencias (9 Atención Primaria; 6 Hospitalización).

Las enfermeras que opinan que no forma parte de sus competencias el proporcionar un cuidado emocional pertenecen en su gran mayoría al ámbito de la Hospitalización (4) más que al ámbito de la Atención Primaria (1).

A partir del análisis interpretativo que se ha realizado de la información aportada por las enfermeras que son partidarias de que sí es necesario atender y tener en cuenta las emociones de los usuarios (75%), han aflorado las siguientes ideas, concretamente, se ha observado que algunas de estas enfermeras:

- Relacionan el proporcionar cuidados enfermeros que tengan en cuenta las emociones con poseer una concepción holística de las personas.

“Necesita tener una visión amplia de la persona, ya que ésta no sólo está formada por la parte física, sino también por la psicosocial. Por tanto, no se puede considerar sólo la parte física, las emociones se deben tener en cuenta”. (Enfermera, entrevista 12).

- Consideran que sin cuidado y atención a las emociones difícilmente se puede llevar a cabo una relación terapéutica eficaz.

“Sí, porque las emociones forman parte de su vida, están ligadas a su salud y refuerzan la relación terapéutica. Creo que si el paciente sabe que a mí me interesa que su familia esté bien y, además, de verdad, la relación terapéutica se ve reforzada: les parece que tienes un interés sincero hacia ellos y es más fácil introducir según qué cambios”. (Enfermera, entrevista 15).

- Valoran que tener en cuenta la dimensión emocional dentro de los cuidados que se proporcionan contribuye a la mejora de todos aquellos aspectos asociados a alteraciones físicas de la salud.

“Yo creo que sí. Hay muchos pacientes, sobre todo, pacientes crónicos, que vienen y me dicen: *Me encuentro fatal, no me he tomado la medicación*. Empiezas a indagar y

ves que detrás está el tema de la crisis y pienso que como profesional no puedes ignorarlo. No le podré solucionar ese problema, pero a veces tienes herramientas para animarles y darles otras opciones. Se trata de contemplar más allá de la patología. Una persona es un ser vivo psicosocial, y si esa persona tiene la parte emocional muy tocada y tú no entras en esa parte, el resto no se resolverá”. (Enfermera, entrevista 16).

Respecto a las enfermeras que perciben que no hay que atender esta dimensión de los cuidados (25%), se ha identificado que algunas de ellas opinan que hacerlo resultaría complejo y podría repercutir negativamente en su equilibrio emocional.

Por último, habría que destacar que del discurso de algunas enfermeras se desprende que asocian cuidado emocional con implicación emocional.

“De hecho, puede llegar incluso a ser negativa, porque si te implicas demasiado puede pasar como aquel famoso dicho que decía así: *Demasiada confianza da asco*. Y es que los pacientes pueden llegar a exigir demasiado, cosas a las que tú ya no puedes llegar. Como enfermeras debemos intentar hacer las cosas de la mejor manera posible, pero sin traspasar la barrera necesaria que debe existir con el usuario. Una barrera que, según el caso, puede ser más fina o más gruesa”. (Enfermera, entrevista 6).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

En esta categoría se ha comprobado que la mitad de los usuarios (50%) perciben que las enfermeras no proporcionan cuidado emocional mientras que una proporción igual (o sea, el otro 50%) considera que sí; sin embargo, las enfermeras valoran, en su amplia mayoría (75%) que tener en cuenta el cuidado de las emociones sí que forma parte de su trabajo.

En la figura 27 se muestran las diferencias identificadas.



Figura 27. Diferencias entre la percepción de usuarios y enfermeras sobre la necesidad de cuidado emocional

A nivel cualitativo, se ha comprobado que los usuarios que perciben que las enfermeras proporcionan cuidado emocional han verbalizado estar satisfechos y entienden que éste contribuye a que los usuarios y sus familiares tengan una sensación de bienestar. Por otro lado, las enfermeras que consideran que este cuidado forma parte de su trabajo, también lo relacionan con la sensación de bienestar y opinan que influye positivamente en el proceso de recuperación de los usuarios.

Se ha observado que algunas enfermeras (15%) consideran que el cuidado emocional sólo se debe proporcionar en el caso de que haya una demanda explícita. Y también hay que decir que en los discursos de los usuarios no se ha identificado en ningún momento que éstos tengan la percepción de que el cuidado emocional sea una atención susceptible de ser solicitada de manera concreta como competencia de las enfermeras.

4.2.3.2. Empatía

La información que permitió que esta categoría aflorase se obtuvo a partir de las valoraciones que tanto los usuarios como las enfermeras realizaron (“Qué opina de...”) sobre la siguiente afirmación:

Usuarios

P14. Para ofrecer una atención satisfactoria es imprescindible que la enfermera sea capaz de ponerse en la piel de los demás.

Enfermeras

P14. Para ofrecer una atención satisfactoria es imprescindible que la enfermera sea capaz de ponerse en la piel de los demás.

Atendiendo a sus características, la información fue clasificada a su vez en los siguientes apartados:

- **Sí es necesaria:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la empatía es necesaria en la actividad enfermera.
- **No es necesaria:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la empatía no es necesaria en la actividad enfermera.
- **Con límites:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la empatía es necesaria, pero ésta debe darse respetando ciertos límites.

Percepción de los usuarios

Se ha comprobado que todos los usuarios (100%) opinan que la empatía es una capacidad necesaria para que la enfermera pueda ofrecer una atención satisfactoria; sin embargo, el 25% de los usuarios entrevistados han matizado que ésta debe estar presente, pero respetando ciertos límites.

Sí es necesaria

“No estaría mal porque si te pones en la piel del otro, pues, piensas: *Lo que no quiero para mí no lo quiero para nadie*. Y eso ayuda a que el paciente esté mejor”.
(Usuario, entrevista 22).

Con límites

“Yo creo que total no porque llegaría un momento que se podrían quemar mucho y odiar el trabajo. Es que son muchos enfermos, diferentes caracteres y muchas enfermedades. Yo creo que básicamente lo que tendrían que trabajar es el trato”.
(Usuario, entrevista 35).

Prácticamente no se han encontrado grandes diferencias si atendemos al ámbito asistencial, ya que un número similar de usuarios en ambos ámbitos consideran que la empatía es necesaria (8 Hospitalización; 7 Atención Primaria), del mismo modo que un número similar de usuarios piensan que ésta ha de estar presente, pero respetando ciertos límites (2 Hospitalización; 3 Atención Primaria).

A partir del análisis interpretativo de la información aportada por los usuarios en esta categoría, han aflorado diferentes ideas; concretamente, se ha observado que algunos usuarios:

- Perciben que una enfermera es empática cuando demuestra interés real por su situación.

“Sí, la mía concretamente se pone en nuestro lugar con un interés real. Eso se nota mucho en el trato que tiene con sus pacientes, y más con las personas como yo que tenemos experiencia en estas cosas. Lo que sí que tendrían que hacer de forma clara es ser buenas conocedoras de lo que el paciente tiene”. (Usuario, entrevista 33).

- Consideran que la capacidad empática es necesaria en las enfermeras, dado que ésta favorece que haya un trato cálido y afectuoso.

“Sí, eso sí. Porque en el momento en que te pones en la piel del otro le tratas automáticamente con más tacto”. (Usuario, entrevista 27).

- Entienden que la empatía de las enfermeras ha de ser moderada (sobre todo, en situaciones complejas), puesto que en caso contrario se podría ver afectada su eficacia, al mismo tiempo que podría producirse desgaste profesional y/o desequilibrio emocional.

“Yo creo que, por una parte, sí, pero hasta cierto punto, ya que una enfermera tiene muchos enfermos y si tuviera que preocuparse por todos no podría con todo y esto le podría afectar mucho”. (Usuario, entrevista 36).

“En parte sí, porque si puedes entender cómo se siente la otra persona, es mucho más fácil ayudarla. Pero, por ejemplo, una enfermera que trabaje con enfermos terminales si se tuviera que poner en la piel de cada paciente, lo pasaría muy mal porque allí

cada día pierden gente. Y, si se viera muy afectada por su trabajo, tampoco podría hacerlo bien”. (Usuario, entrevista 21).

Percepción de las enfermeras

La mayoría de las enfermeras perciben que la empatía es necesaria (90%), sin embargo, algunas de ellas (35%) consideran que se tiene que ser empático, pero respetando ciertos límites, puesto que opinan que si no podría verse afectada la capacidad de dar respuesta y la toma de decisiones. Un grupo reducido de enfermeras (10%) consideran, por el contrario, que la empatía no es necesaria en la práctica enfermera.

Sí necesaria

“Es necesaria sí, has de saber ponerte en la piel del otro. Si una enfermera no lo hace puede llegar a ser una buena técnica, pero nunca una buena cuidadora”. (Enfermera, entrevista 5).

Con límites

“Imprescindible quizás no, pero necesaria sí. Por ejemplo, en ocasiones existe la típica persona que te llama cincuenta veces al timbre y, si en lugar de pensar, *qué pesada que es*, vas a buscar el porqué de este comportamiento, encuentro que es mejor. Si yo estuviera ingresada, me gustaría también que lo hicieran así”. (Enfermera, entrevista 2).

No necesaria

“Aunque va bien, imprescindible quizás no sería. A a veces no imaginas la situación del paciente y no por eso estás dando una mala atención”. (Enfermera, entrevista 1).

Al igual que en los usuarios, no se han encontrado prácticamente diferencias entre las enfermeras si atendemos al ámbito asistencial, dado que un número similar de enfermeras en ambos ámbitos consideran que la empatía es necesaria (6 Hospitalización; 5 Atención Primaria), del mismo modo nos encontramos también con que un número similar de enfermeras consideran que ésta ha de estar presente, pero respetando ciertos límites (3 Hospitalización; 4 Atención Primaria).

En esta ocasión, y a diferencia de lo sucedido en el grupo de usuarios, 2 participantes (uno de cada ámbito asistencial) valoran que la capacidad de demostrar empatía no es necesaria.

A partir del análisis interpretativo de los datos que han sido aportados por las enfermeras que consideran necesaria la empatía (90%), se han puesto de manifiesto una serie de ideas; concretamente ha identificado que algunas de estas enfermeras:

- Entienden la actividad enfermera como una práctica humanista que requiere de un abordaje interpretativo de los cuidados.

“Sí. Hay que intentar entender al otro y saber por qué obra de una manera determinada y por qué hace una serie de cosas que nosotros no acabamos de entender. No debemos ver al otro como aquel que no nos hace caso. En este sentido, no hay que ser tan directivo, sino ser más receptivo y buscar el porqué de las cosas. Y es que uno tiene que ver que la verdad no sólo está en uno, sino que también puede estar en el otro. Las historias personales del paciente te pueden explicar muchos comportamientos y se deben tener presentes porque pueden estar siendo las causantes de que las cosas no avancen de la manera prevista”. (Enfermera, entrevista 19).

- Consideran que la empatía se adquiere y se desarrolla a través de una serie de procesos experienciales-reflexivos y, por tanto, es una capacidad susceptible de ser aprendida y desarrollada.

“Sí, como mínimo, lo que se puede porque realmente no puede uno nunca llegar a ponerse del todo en la piel del otro, a no ser que lo hayas vivido. Y es que cuando a ti te pasa algo te das cuenta de que antes pensabas que entendías muy bien una cosa, pero que realmente no era así, sólo lo creías. Pero, bueno, creo que la aproximación también es útil”. (Enfermera, entrevista 15).

- Entienden que la enfermería necesita, además de conocimientos y habilidades técnicas, estar también en posesión de una serie de habilidades y capacidades de carácter emocional.

“Es necesario, sí, debes saber ponerte en la piel del otro. Si una enfermera no lo hace puede llegar a ser una buena técnica, pero nunca una buena cuidadora”. (Enfermera, entrevista 5).

Por otro lado, en cuanto a las enfermeras que estiman que la empatía debe ser moderada (35%), se ha podido comprobar que ciertas enfermeras de este grupo perciben que la empatía no controlada (moderada) puede ser perjudicial para la toma de decisiones y, por este motivo, opinan que es necesario mantener una cierta distancia emocional y saber gestionar esta empatía.

“Sí que lo tienes que hacer, pero no te tiene que afectar. Por ejemplo, tienes a una mujer a la que le has de hacer una determinada técnica y sabes que es dolorosa. Puede que se ponga a llorar y a decirte que no quiere y, en este caso, no hay que dejarse llevar y se la tienes que hacer igualmente, haciéndole comprender que es por el bien de su salud”. (Enfermera, entrevista 17).

Por último, de las explicaciones de las enfermeras que opinan que la empatía no es necesaria (10%), se desprende la idea de que lo que es prioritario en la actividad enfermera para ellas es la atención a la patología; y que consideran que tener en cuenta la dimensión psico-emocional de la persona no es una de sus competencias.

“Hay que pensar en la situación del paciente en ese momento, pero mirando siempre por su patología. Puede sonar un poco frío, pero si el paciente tiene problemas en casa, o algún familiar suyo ha tenido un accidente o tiene cualquier otro problema del estilo y está triste por ello, como enfermera puedes saber por qué está triste, pero tu misión es solucionar su patología e intentar que esté lo mejor posible, y no resolver sus preocupaciones personales”. (Enfermera, entrevista 10).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

Tanto los usuarios como las enfermeras opinan, en su gran mayoría, que la empatía es necesaria (100% usuarios; 90% enfermeras) y un sector de ambos grupos ha especificado que la empatía debe estar presente, pero respetando ciertos límites (25% usuarios; 35% enfermeras). En el grupo de las enfermeras se ha comprobado que algunas de ellas (10%) consideran que la empatía no es necesaria en la práctica enfermera.

En la figura 28 se muestran las diferencias identificadas.

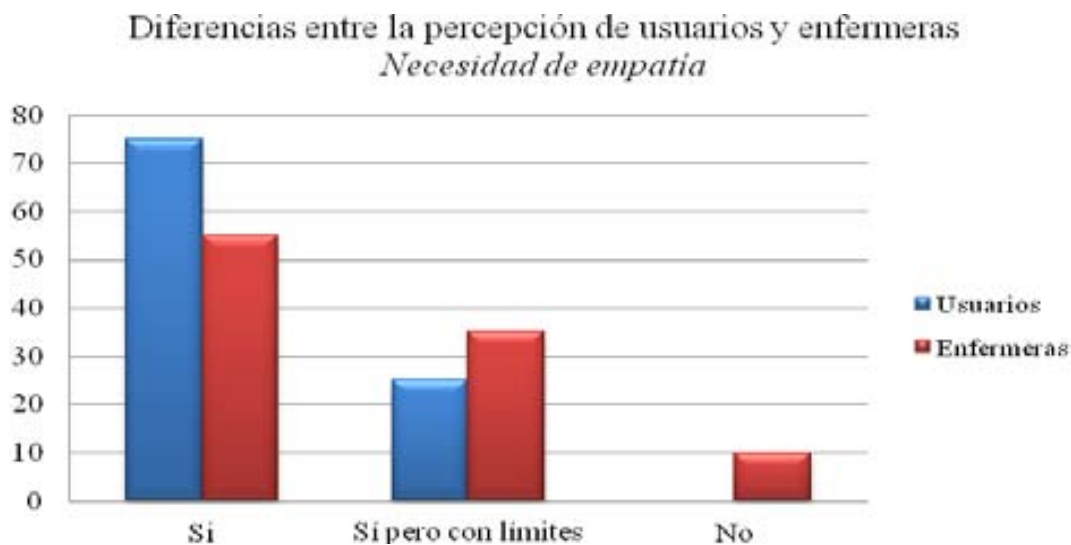


Figura 28. Diferencias entre la percepción de usuarios y enfermeras sobre la necesidad de empatía

Además, se ha podido ver que tanto los usuarios como las enfermeras, cuando matizan que la empatía ha de ser moderada, lo hacen porque perciben que una empatía elevada puede invalidar la capacidad para ofrecer respuesta de las enfermeras y también la capacidad que ellas deben tener para ofrecer una relación de ayuda.

Los usuarios han relacionado la necesidad de empatía con el trato afectuoso y la empatía; las enfermeras, por el contrario, no han resaltado en ningún momento estos aspectos en sus explicaciones.

De manera minoritaria, a algunas enfermeras (10%) ha destacado la idea de que una relación empática requiere de una visión humanista e interpretativa de los cuidados. También ha aparecido en el discurso de las enfermeras (15 %) la idea de que la empatía es una capacidad que se puede adquirir y desarrollar a través del aprendizaje experiencial. En cambio, en las explicaciones de los usuarios no han visto estos aspectos.

4.2.3.3. Implicación emocional

Los datos que permitieron que a florarse esta categoría se obtuvieron a partir de las valoraciones que tanto los usuarios como las enfermeras realizaron (“Qué opina de...”) sobre la siguiente afirmación:

Usuarios

P12. Es imprescindible que las enfermeras se impliquen emocionalmente para ofrecer una atención satisfactoria.

Enfermeras

P12. La implicación emocional es imprescindible en la realización de cuidados enfermeros.

Atendiendo a sus características, la información fue clasificada a su vez en:

- **Sí es necesaria:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la implicación emocional de la enfermera es necesaria en la actividad enfermera.
- **No es necesaria:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la implicación emocional de la enfermera no es necesaria en la actividad enfermera.
- **Necesaria con límites:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la implicación emocional de las enfermeras es necesaria, pero respetando ciertos límites.
- **Es perjudicial:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la implicación emocional de las enfermeras es necesaria, pero podría ser contraproducente para la enfermera y la actividad que ésta realiza.

Percepción de los usuarios

Un 25% de los usuarios participantes (20 en total) consideran que la implicación emocional es necesaria; un 40% valoran que ésta es necesaria, pero con respetando ciertos límites; un 30% perciben que es perjudicial y un 5% consideran que no es necesaria.

Sí es necesaria

“Para mí, sí que es imprescindible. De hecho, yo hace años, cuando tuve a mi hija, estuve ingresada y todas las enfermeras se portaron muy bien conmigo y se mostraron muy implicadas. Siempre le digo a mi marido que si alguna vez me tienen que ingresar de nuevo que volvamos a ese hospital porque me sentí muy bien. Y es que cuando la enfermera se implica me siento muy bien, muy contenta. Lo prefiero siempre. Y, aunque no lo sienta, realmente, prefiero que lo parezca, ya que me encuentro muy a gusto con ese trato. Me hace sentir las como algo mío y me da más

tranquilidad. Además, me parece que me ayuda en mi proceso”. (Usuario, entrevista 31).

Necesaria, pero con límites

“Sí, aunque supongo que una implicación total no puede darse porque si no acabarían locas y mimetizándose con los pacientes. La implicación debe estar presente en cierto grado porque si lo hacen te aporta mucho, la sensación de que no estás solo y de que hay alguien que se preocupa por ti. Pero, supongo que esta implicación no puede ser total, creo que con tantas situaciones y enfermos diferentes que tienen, no puede ser bueno implicarse emocionalmente”. (Usuario, entrevista 34).

Es perjudicial

“No, y no deberían hacerlo nunca. He tenido experiencias familiares desagradables en que se ha muerto la persona y vi profesionales que se implicaron y que después lo pasaron mal”. (Usuario, entrevista 40).

No es necesaria

“No, aunque la mejora, no es imprescindible. Sería beneficioso para el paciente, pero si no está tampoco pasa nada”. (Usuario, entrevista 21).

Al analizar los datos teniendo siempre en cuenta el ámbito asistencial (Hospitalización vs Atención Primaria), se ha podido observar que más usuarios de Atención Primaria que de Hospitalización perciben, sin matices, que la implicación emocional es necesaria (4 Atención Primaria; 1 Hospitalización).

La mayoría de usuarios, sobre todo de Hospitalización, consideran que la implicación emocional ha de darse, pero respetando ciertos límites (5 Hospitalización; 3 Atención Primaria).

El mismo número de usuarios (3) en Hospitalización que en Atención Primaria (3) también valoran que esta implicación no se debería producir nunca, puesto que podría resultar perjudicial.

Y solamente un único usuario, de Hospitalización, piensa que la implicación emocional no es necesaria.

A partir del análisis interpretativo de la información aportada por los usuarios que perciben que la implicación emocional es necesaria (25%), han aflorado diferentes ideas; concretamente se ha observado que algunos de estos usuarios:

- Entienden que la implicación emocional es un valor de la práctica enfermera que contribuye al bienestar y al proceso de recuperación del usuario.

“Para mí, sí que es imprescindible. De hecho, yo hace años, cuando tuve a mi hija, estuve ingresada y todas las enfermeras se portaron muy bien conmigo y se mostraron muy implicadas. Siempre le digo a mi marido que, si alguna vez me tienen que ingresar de nuevo que volvamos a ese hospital porque me sentí muy bien. Y es que cuando la enfermera se implica me siento muy bien, muy contenta. Lo prefiero siempre. Y, aunque no lo sienta, realmente, prefiero que lo parezca, ya que me encuentro muy a gusto con ese trato. Me hace sentir las como algo mío y me da más tranquilidad. Además, me parece que me ayuda en mi proceso”. (Usuario, entrevista 31).

- Consideran que la falta de tiempo condiciona y determina que las enfermeras no puedan implicarse emocionalmente o se impliquen poco.

“Sí, pero, para implicarte de manera que puedan ofrecer una atención de calidad tienen que tener tiempo y eso es lo que les falta. Yo creo que bastante se implican dentro del poco tiempo que tienen. Además, pienso que la enfermería más que un trabajo es una vocación. Pero, al fin y al cabo, son seres humanos y tienen sus problemas, pero los suplen con la vocación”. (Usuario, entrevista 29).

Por otra parte, cuando se valora que la implicación emocional ha de darse, pero respetando ciertos límites (40%), hay usuarios que estiman que, en caso contrario, esta implicación puede resultar perjudicial para las enfermeras; y, en este sentido, se ha hablado, sobre todo, situaciones especialmente críticas como las relacionadas con el final de la vida.

“Sí, aunque supongo que una implicación total no puede darse porque si no acabarían locas y mimetizándose con los pacientes. La implicación debe estar presente en cierto grado porque si lo hacen te aporta mucho, la sensación de que no estás solo y de que hay alguien que se preocupa por ti. Pero, supongo que esta implicación no puede ser total, creo que con tantas situaciones y enfermos diferentes que tienen, no puede ser bueno implicarse emocionalmente”. (Usuario, entrevista 34).

Percepción de las enfermeras

Respecto a las enfermeras, se ha observado que un 10% de ellas consideran que la implicación emocional es necesaria y un 33% matiza que la consideran necesaria, pero respetando ciertos límites y, finalmente, un 52% considera que ésta no debería producirse nunca, puesto que podría poner en peligro la eficiencia y/o la propia salud mental de las enfermeras. Por último, sólo unas pocas enfermeras (5%) consideran que la implicación emocional no es necesaria.

Sí es necesaria

“La implicación emocional es necesaria siempre”. (Enfermera, entrevista 18).

Necesaria pero con ciertos límites

“Sí, pienso que es muy importante, sin embargo, debe tener un límite, ya que la implicación emocional debe estar, pero no de forma completa. Y es que si una persona se enferma y la familia llora, no te pondrás a llorar con ellos, pero tu emoción debe ir dirigida a apoyarlos. La emoción tiene muchas facetas”. (Enfermera, entrevista 3).

Es perjudicial

“Creo que no es bueno, ya que, personalmente, ya tenemos nuestras emociones y no hay que llevarse el trabajo a casa ni implicarse en cosas que luego te pueden desestabilizar como persona”. (Enfermera, entrevista 5).

No es necesaria

“Opino que no. Hay que verlos como pacientes que están aquí y a los que tienes que dar un buen trato. En este sentido, es un trabajo, y tenemos que hacerlo lo mejor posible, pero creo que no es necesario implicarse emocionalmente”. (Enfermera, entrevista 10).

Al analizar los datos teniendo siempre en cuenta el ámbito asistencial (Hospitalización vs Atención Primaria), se ha observado que únicamente 2 enfermeras de Atención Primaria, sin introducir ningún matiz en sus valoraciones, han valorado que la implicación emocional es necesaria.

Un número similar de enfermeras de ambos ámbitos asistenciales (Hospitalización y Atención Primaria) consideran que la implicación emocional es necesaria, pero que ésta debe darse respetando ciertos límites (4 Hospitalización; 3 Atención Primaria). También se ha identificado que casi coincide en ambos ámbitos el número de enfermeras que opinan que esta implicación no debería producirse nunca (6 Hospitalización; 5 Atención Primaria).

Para finalizar, hemos de señalar que una única enfermera, perteneciente al ámbito de la Hospitalización, ha considerado que la implicación emocional no es necesaria.

A partir del análisis interpretativo de la información aportada por las enfermeras que consideran sin matices que la implicación emocional es necesaria (10%), han aflorado las siguientes ideas; concretamente se ha comprobado que algunas enfermeras creen que las emociones (y, por tanto, el cuidado de éstas) desempeñan un papel muy importante en el bienestar de la persona y en la evolución positiva de cualquier enfermedad.

“Creo que sí, que es fundamental. Debe haber una implicación emocional con el otro: ver qué padecimientos tiene, qué es lo que le preocupa, lo que le está angustiando... Porque todo esto interfiere en la enfermedad”. (Enfermera, entrevista 19).

Por otra parte, de las explicaciones de las enfermeras que consideran que o bien la implicación emocional debería darse, pero respetando ciertos límites (33%) o bien no debería darse nunca (52%) han aflorado algunas ideas que nos indican que algunas enfermeras:

- Perciben que la implicación emocional es potencialmente perjudicial para la salud mental de las enfermeras.

“Creo que una implicación emocional le puede pasar factura al profesional con relación a su salud mental. En este sentido, creo que se debe mantener bien la distancia terapéutica”. (Enfermera, entrevista 20).

- Opinan que una implicación emocional elevada puede afectar negativamente a la capacidad resolutoria de la enfermera.

“Pienso que sí, pero manteniendo tu punto profesional. Te tienes que implicar un poco, ya que para entender cómo la otra se siente debes poder ponerte por un segundo en su piel. Pero, por otro lado, debes mantener las distancias: para ayudarlo yo he de estar aquí y él allá”. (Enfermera, entrevista 15).

Por último, habría que destacar que las enfermeras que han valorado en sus argumentos que la implicación emocional no es necesaria (5%) es, en gran medida, porque consideran que dicha implicación no forma parte de sus competencias como enfermeras.

“Opino que no. Hay que verlos como pacientes que están aquí y a los que tienes que dar un buen trato. En este sentido, es un trabajo, y tenemos que hacerlo lo mejor posible, pero creo que no es necesario implicarse emocionalmente”. (Enfermera, entrevista 10).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

A nivel cuantitativo, se ha visto que hay más usuarios que enfermeras que valoran, sin matices, que la implicación emocional es necesaria en los cuidados enfermeros (25% usuarios; 10% enfermeras).

Por otro lado, un porcentaje similar de usuarios que de enfermeras perciben que la implicación emocional debe darse, pero respetando siempre ciertos límites (40% usuarios; 33% enfermeras).

Y más enfermeras que usuarios consideran que la implicación emocional no debería producirse nunca (52% enfermeras; 30% usuarios).

Por último, habría que mencionar también que dos únicos participantes del total de entrevistados (1 usuario; 1 enfermera) piensan que la implicación emocional no es necesaria.

En la figura 29 se muestran las diferencias identificadas.



Figura 29. Diferencias entre la percepción de usuarios y enfermeras sobre la necesidad de implicación emocional

A nivel cualitativo se ha observado que tanto los usuarios como las enfermeras que piensan que la implicación emocional es necesaria, la perciben como un elemento terapéutico que puede favorecer el bienestar y el proceso de recuperación de las personas enfermas.

Por otro lado, también se ha identificado que los usuarios y las enfermeras que perciben que la implicación emocional es negativa, opinan que ésta puede resultar perjudicial para la salud y/o equilibrio emocional de las propias enfermeras. Y estas últimas, o sea las enfermeras, creen que puede restarles o condicionar, de manera negativa, su eficacia.

4.2.3.4. Gestión de las emociones

La información que permitió que esta categoría aflorase se obtuvo a partir de las valoraciones que tanto los usuarios como las enfermeras realizaron (“Qué opina de...”) sobre la siguiente afirmación:

Usuarios

P13. “Para poder realizar bien su labor es necesario que las enfermeras conozcan y controlen sus propias emociones”.

Enfermeras

P13. “Para poder realizar bien su labor es necesario que las enfermeras conozcan y controlen sus propias emociones”

Atendiendo a sus características, la información fue clasificada a su vez de la siguiente manera:

- **Sí es necesaria:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la capacidad de gestión emocional es necesaria en la práctica enfermera.
- **No es necesaria:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la capacidad de gestión emocional no es necesaria en la práctica enfermera.
- **Difícil de conseguir:** se han recogido datos que nos informan sobre la percepción de que la capacidad de gestión emocional es necesaria en la práctica enfermera, pero, en realidad, resulta difícil de conseguir.

Percepción de los usuarios

Dentro de esta categoría se ha podido comprobar que el 100% de los usuarios piensa que las enfermeras deben ser capaces de gestionar sus propias emociones. No obstante, el 75% de ellos afirma que es necesario (sin matices) y un 25% reconoce que sí es necesario, pero difícil de conseguir.

Sí es necesario

“Claro, porque si no se pudieran controlar no podrían trabajar y tendrían que dejarlo a los dos días. Y con todos los casos que hay cogerían muchas depresiones”.
(Usuario, entrevista 38).

Difícil de conseguir

“La que lo hiciera sería una joya. Yo creo que es muy difícil que una enfermera pueda lograrlo, y más en estos tiempos por la presión, la falta de tiempo... yo aquí duermo muy poco y oigo mucho, y veo que no paran. En ese sentido yo creo que

ellas se ponen como unas *orejeras* para no caer en todo esto y no implicarse con nadie”. (Usuario, entrevista 29).

Atendiendo al ámbito asistencial, no se han observado diferencias relevantes entre las valoraciones de los usuarios, puesto que un número similar de usuarios en ambos ámbitos consideran que la capacidad de gestión emocional es necesaria (7 Hospitalización; 8 Atención Primaria), al mismo tiempo que también similar número de usuarios piensan que esta capacidad es difícil de conseguir (3 Hospitalización; 2 Atención Primaria).

A partir del análisis interpretativo de la información aportada por los usuarios en esta categoría, han aflorado diferentes ideas; concretamente se ha observado que algunos usuarios:

- Consideran la capacidad de gestión emocional como un atributo necesario que favorece la calidad de los cuidados y también como un factor protector de la salud mental de las enfermeras.

“Claro, porque si ellas se saben controlar, entonces podrán controlar todo lo demás y, por tanto, hacer un trabajo mejor”. (Usuario, entrevista 30).

- También opinan que la gestión emocional no siempre es posible; determinadas circunstancias y momentos personales de las enfermeras pueden provocar que esta capacidad de gestión no esté en algún momento presente.

“Una persona no puede controlar siempre sus emociones. Lo mejor es que lo hicieran, pero no somos perfectos y no todo se puede controlar. Pienso que en este sentido lo básico es que una enfermera sea persona y tenga sensibilidad. Por ejemplo, si en un momento ha contestado mal, que es normal que pueda pasar, por lo menos que pida disculpas”. (Usuario, entrevista 26).

Percepción de las enfermeras

De las 20 enfermeras entrevistadas, la mayoría (95%) consideran que es necesario saber gestionar las emociones, sin embargo, una de las participantes manifiesta que, todo y que considera que es necesario, en la práctica reconoce que es difícil de conseguir.

Sí es necesario

“Por supuesto que es necesario, porque si no no podríamos desarrollar nuestra profesión. Cuando empecé, hace muchos años, me costó bastante aprenderlo. Realmente, esto no lo enseñan en ninguna parte y creo que sería muy importante que lo hicieran”. (Enfermera, entrevista 3).

Difícil de conseguir

“Que las conozcas sí, que las controles... pues yo personalmente no soy capaz”. (Enfermera, entrevista 10).

Al analizar los datos teniendo en cuenta el ámbito asistencial (Hospitalización vs Atención Primaria), no se ha observado, prácticamente, ninguna diferencia relevante, dado que un número similar de enfermeras de ambos ámbitos consideran que la capacidad de gestión emocional es necesaria (10 Hospitalización; 9 Atención Primaria).

Sólo una única enfermera de Atención Primaria ha valorado que esta capacidad es necesaria, pero difícil de conseguir.

A partir del análisis interpretativo de la información aportada por las enfermeras en esta categoría, han aflorado diferentes ideas; concretamente se ha identificado que algunas enfermeras:

- Perciben la capacidad de gestión de las emociones como imprescindible y la asocian con el autoconocimiento; considerando este último como un pre-requisito de la capacidad de gestión emocional.

“Sí es fundamental, y cada vez más. Primero, debemos sentir nuestras emociones, identificar nuestro estado real y hacer que nuestras emociones no interfieran con las del otro. Y es que a nosotros se nos exige un papel profesional y podemos sufrir en ciertos momentos tanto o más que el otro, pero si esto lo transmitimos al paciente no vamos bien. Por tanto, creo que lo que nos toca es encontrar un equilibrio en nuestras emociones, ya que, sin tener que esconderlas, debemos lograr que no interfieran en lo que se nos pide, que es acompañar al otro y ser resolutivos en su problemática”. (Enfermera, entrevista 19).

- Asocian la capacidad de gestión emocional con la estabilidad emocional; y valoran que esta última favorece la transmisión de seguridad y confianza al usuario.

“Sí, es cierto porque si no estás estable emocionalmente no transmitirás ni estabilidad ni seguridad ni ninguna confianza”. (Enfermera, entrevista 10).

- Consideran que no tener capacidad de gestión emocional es algo negativo para las mismas enfermeras, puesto que puede provocar la aparición de determinados trastornos de la salud, además de imposibilitar la relación de ayuda a los usuarios.

“Sí, lo que pasa que esto va un poco a días. Yo por las experiencias que he pasado he estado de baja porque era incapaz de manejar mis propias emociones. En este sentido, soy partidaria de que, cuando no las puedes manejar, no puedes dar una buena calidad”. (Enfermera, entrevista 13).

- Consideran que es difícil gestionar bien las emociones, pero al mismo tiempo reconocen que hacerlo sería algo muy interesante porque las ayudaría a gestionar su implicación emocional.

“Sí, es necesario para no descontrolarte y para saber explicarle al paciente lo que tiene que saber sin implicarte más de lo necesario. Y es que todo y que pienso que deber haber un *feedback* entre el usuario y la enfermera, siempre es necesario poner un límite”. (Enfermera, entrevista 6).

- Perciben la competencia emocional como la capacidad de gestión de la implicación emocional.

“Es esencial ser muy profesional, sobre todo, emocionalmente, en este sentido no hay que implicarse mucho emocionalmente en sufrimientos ni tampoco poner barreras cuando la otra persona mantiene una actitud agresiva. Gestionar todas estas cuestiones es complicado”. (Enfermera, entrevista 19).

- Valoran como algo muy necesario que durante la formación de grado se enseñe a gestionar las emociones.

“Y tanto que es necesario porque si no no podríamos desarrollar nuestra profesión. Cuando empecé, hace muchos años, me costó mucho aprenderlo. Realmente, eso no te lo enseñan en ningún lugar y creo que sería muy importante que lo hicieran”. (Enfermera, entrevista, 3).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

En esta ocasión se ha podido comprobar que prácticamente la totalidad de los participantes, tanto los usuarios como las enfermeras, perciben que la capacidad de gestión de las emociones es necesaria; sin embargo, un 30% de los participantes ha concretado que aunque, en realidad, lo consideran necesario, en la práctica es difícil y/o imposible de conseguir (25% usuarios; 5% enfermeras).

En la figura 30 se muestran las diferencias identificadas.



Figura 30. Diferencias entre la percepción de usuarios y enfermeras sobre la necesidad de capacidad de gestión emocional

Tras comparar los discursos de los usuarios con los de las enfermeras, se ha podido observar que ambos grupos de participantes valoran la capacidad de gestión de las emociones como un elemento protector de la salud mental de las enfermeras.

También se ha observado que ambos grupos de participantes relacionan la capacidad de gestión de las emociones de las enfermeras con el proporcionar cuidados enfermeros

satisfactorios. Las enfermeras, además, asocian esta capacidad de gestión de las emociones a la realización eficaz de ofrecimiento de ayuda.

Las explicaciones de las enfermeras sobre la gestión de las emociones han sido mucho más extensas que las de los usuarios. Y en ellas han señalado otros aspectos como la necesidad de recibir una formación en gestión de las emociones y la necesidad de poseer habilidades que favorezcan también esta gestión emocional (como el autoconocimiento).

4.2.3.5. Gestión del conflicto: capacidades

La información que permitió que aflorase esta categoría se obtuvo a partir de las manifestaciones que tanto los usuarios como las enfermeras realizaron cuando se les pidió que completasen la siguiente situación descrita:

Usuarios	Enfermeras
<p>P9. En una situación de conflicto con la enfermera que me atiende considero imprescindible que sea capaz de...</p>	<p>P9. En una situación de conflicto con un usuario y/o familia considero imprescindible que la enfermera sea capaz de...</p>

Atendiendo a sus características, esta información fue clasificada a su vez en:

- **Autocontrol:** manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de control y regulación de la propia conducta.
- **Empatía:** manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de comprender la postura de los otros y vivir como propios sus sentimientos.
- **Asertividad:** manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de plantear o defender un argumento, así como de mantener una actitud de confianza en uno mismo.
- **Autoconocimiento:** manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de identificar y conocer nuestras propias emociones.

- **Flexibilidad:** manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de ser tolerante con otras ideas diferentes a las nuestras.
- **Escucha activa:** manifestaciones que nos informan sobre la capacidad de escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que nos está en ese momento hablando.

Al referirse a las capacidades que hay que tener (y que, por tanto, son necesarias) cuando se da una situación de conflicto, los participantes distinguieron en la mayoría de los casos más de un aspecto, por ese motivo, en esta categoría **la información ha sido clasificada de manera no excluyente** dentro de las diferentes subcategorías y los valores cuantitativos nos han señalado el número exacto de veces que un aspecto ha sido destacado.

Percepción de los usuarios

Según los usuarios entrevistados (20 en total), en el caso de producirse un conflicto entre usuario-enfermera, las capacidades principales que perciben que una enfermera debe poseer son: *autocontrol* (7), *flexibilidad* (4) y *empatía* (4). Otra capacidad que también han destacado como necesaria, aunque con menor frecuencia, ha sido la *escucha activa* (1).

Autocontrol

“En los casos en que yo he vivido, que han sido situaciones de conflicto con mi marido, las enfermeras se han enfrentado con él y yo le he tenido que suplicar a mi marido que lo dejara estar para que la cosa no fuera a más. En esos casos quizá tendrían que haber intentado mantener la calma”. (Usuario, entrevista 22).

Flexibilidad

“En primer lugar, intentar hacer entrar en razón al paciente. Pero claro, a no ser que sea algo de salud muy grave, si alguien tiene que ceder debe ser ella, ya que el paciente, por lo general, está en situaciones de angustia o de estrés que no son las habituales”. (Usuario, entrevista, 2).

Empatía

“En el caso de un conflicto de ideas supongo que debería de intentar entender qué es lo que a mí me molesta. Y, aparte, morderse la lengua en algunos casos, para no herir a la otra persona y para no crear más conflicto. Yo lo tengo que hacer muchas veces cuando estoy trabajando y, si yo lo tengo que hacer, aún más las enfermeras. También hay que ver un poco la diferencia entre el paciente que ha tenido un mal día y el que es un maleducado de por sí”. (Usuario, entrevista 40).

Escucha activa

“Primero, ser capaces de comprender que tú puedas pensar y saber algo. En segundo lugar, ser capaces de reconocer los casos en que nosotros tenemos razón y decirlo”. (Usuario, entrevista 26).

Atendiendo al ámbito asistencial, se ha comprobado que un número similar de usuarios de Hospitalización que de Atención Primaria valoran que la capacidad más importante es la de *autocontrol* (3 Hospitalización; 4 Atención Primaria). Sin embargo, y como diferencia, se puede señalar que más usuarios de Hospitalización que de Atención Primaria han destacado la capacidad de *empatía* (3 Hospitalización; 1 Atención Primaria) y más usuarios de Atención Primaria que de Hospitalización han destacado la *flexibilidad* (3 Atención Primaria; 1 Hospitalización). Y un único usuario (de Hospitalización) ha destacado la capacidad de *escucha activa*.

A partir del análisis interpretativo de la información aportada por los usuarios, han aflorado diferentes ideas; concretamente se ha observado que los usuarios:

- Valoran como muy necesarias las capacidades de *autocontrol*, *flexibilidad*, *empatía* y *escucha activa*, sobre todo, cuando se produce una situación de alta vulnerabilidad, gravedad o estrés intenso en el usuario y/o en sus familiares.

“Creo que en ese caso tendría que tener mucho aguante y que, aunque tenga la razón y sea la enfermera, tiene que retroceder dentro de lo razonable porque nosotros tenemos aquí un nivel de estrés muy alto y a la mínima podemos saltar”. (Usuario, entrevista 38).

- Perciben que la capacidad de autocontrol que deben ejercer las enfermeras es, sobre todo, importante en lo que se refiere a las demandas que realizan los familiares y también respecto a la contención emocional que han de mostrar las enfermeras hacia ellos, puesto que esta capacidad de control contribuye sin duda a la tranquilidad y bienestar del propio usuario.

“En los casos en que yo he vivido, que han sido situaciones de conflicto con mi marido, las enfermeras se han enfrentado a él y yo le he tenido que suplicar a mi marido que lo dejara estar para que la cosa no fuera a más. En esos casos quizá tendrían que haber intentado mantener la calma”. (Usuario, entrevista 22).

Percepción de las enfermeras

Las enfermeras, al igual que los usuarios, también han señalado como capacidad básica para una gestión eficaz del conflicto la capacidad de *autocontrol* (11) de las enfermeras. En segundo y tercer lugar, han resaltado la *empatía* (4) y la capacidad de proporcionar *escucha activa* (3). Por último, otros aspectos que también han mencionado (aunque sólo en una ocasión) han sido: el *autoconocimiento*, la *flexibilidad* y la *asertividad*.

Autocontrol

“De tener autocontrol, de establecer límites y mantener la distancia. En el caso de que se pongan muy agresivos los usuarios, no debe ponerse al mismo nivel que ellos, sino que debe tratar de mantener la tranquilidad, explicar las cosas tal como le parece que son justas. Sobre todo, sin enfrentarse, ya que cuando una persona está nerviosa es lo mejor que se puede hacer”. (Enfermera, entrevista 17).

Empatía

“De entender por qué al paciente le pasa eso en ese momento poniéndote en su lugar”. (Enfermera, entrevista 5).

Escucha activa

“De saber reconducir la conversación porque a veces cuando la familia o el enfermo están nerviosos, cuesta encontrar la solución. A menudo muchos conflictos tienen su

origen en confusiones y si les explicas bien, lo entienden y el problema se resuelve, aunque puede ocurrir que se quede sin solucionar. Una buena comunicación y un saber escuchar son claves”. (Enfermera, entrevista 4).

Autoconocimiento

“De mantener el control, tanto suyo como de la situación. Esto es fácil, pero hay momentos en que se hace difícil y, en ese sentido, uno debe ser capaz de ver cuando está perdiendo el control de la situación, debe conocer sus emociones y sus posibilidades [...]. Si uno se deja llevar por sus sentimientos, puede terminar muy mal porque a veces los usuarios te faltan al respeto, te agotan la paciencia o te cuestionan tu trabajo”. (Enfermera, entrevista 15).

Flexibilidad

“Tú das información, orientas un poco, pero es el paciente quien decide. Ante una respuesta agresiva, pienso que todo el mundo puede reaccionar, circunstancialmente, mal y, en ese sentido, el paciente está en su derecho de tener su punto de vista y la enfermera también tiene derecho a mantener el suyo. Si no se llega a un acuerdo, el enfermo decide. Hay que ser flexibles”. (Enfermera, entrevista 20).

Asertividad

“Tener muy claro lo que hay que decir y decirle lo que piensas con educación. Respetando sus ideas, pero dejando claras también las tuyas”. (Enfermera, entrevista 16).

Al analizar los datos teniendo en cuenta el ámbito asistencial (Hospitalización vs Atención Primaria), se ha comprobado que un número similar de enfermeras de Hospitalización y también de Atención Primaria valoran que la capacidad más importante es la de *autocontrol* (5 Hospitalización; 6 Atención Primaria).

La *empatía* y la *escucha activa* son respectivamente la segunda y tercera capacidad más destacadas como importantes y también han sido un número similar de enfermeras las que las han destacado en ambos ámbitos (*empatía*: 2 Hospitalización; 2 Atención Primaria; *escucha activa*: 2 Hospitalización; 1 Atención Primaria).

Por último, habría que añadir que algunas enfermeras de Atención Primaria consideran que el *autoconocimiento* (1), la *asertividad* (1) y la *flexibilidad* (1) también son capacidades necesarias mientras que ninguna de Hospitalización ha nombrado si quiera estas capacidades.

A partir del análisis interpretativo de la información aportada por las enfermeras en esta categoría, han aflorado diferentes ideas; concretamente, se ha observado que algunas enfermeras:

- Consideran que la capacidad de *autocontrol* se aprende con la experiencia y que resulta imprescindible para una gestión eficaz del conflicto.

“Ser paciente, porque si estás tranquila reaccionas de una manera más positiva. Cuando se pierde la paciencia y la tranquilidad, se crea agresividad, y lo digo por experiencia personal. A mí me ha costado mucho, pero finalmente lo he aprendido. Si ante una conducta agresiva, contestas también mal, te das cuenta de que la violencia genera más violencia. Pero, si te serenás y dejas que la persona en cuestión hable, te tranquilizas y la otra persona también lo hace (incluso cuando tienen muy poca educación)”. (Enfermera, entrevista 3).

- Perciben como necesario que las enfermeras combinen diferentes capacidades de tipo emocional que faciliten la relación usuario-enfermera. También valoran como primordial la capacidad de contención emocional, sin embargo, consideran difícil que las enfermeras puedan llegar a tener todas estas capacidades.

“De empatizar, de conectar. A pesar de las diferencias que puedan haber y de que a veces haya gente maleducada e incluso agresiva, se debe tener presente que si nosotros nos ponemos a su nivel, esta relación se perderá fácilmente. Si, por el contrario, mantenemos una cierta distancia y vemos esta persona con la visión que nos interesa a nosotros, dejando de lado los otros aspectos, probablemente la comunicación podrá llegar a ser más fluida. Es esencial ser muy profesional, sobre todo emocionalmente, en el sentido de que no te impliqués demasiado en padecimientos ni tampoco en poner barreras cuando ves que el otro mantiene una

actitud agresiva. Gestionar todas estas cuestiones es complicado”. (Enfermera, entrevista 19).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

En esta categoría se ha llegado a la conclusión de que tanto los usuarios como las enfermeras perciben que las capacidades más necesarias en caso de conflicto son, en primer lugar, la *capacidad de autocontrol* y, en segundo lugar, la capacidad de demostrar *empatía*. Y, en el tercer puesto o lugar, ha habido discrepancias, ya que los usuarios han destacado la *flexibilidad* mientras que las enfermeras, la *escucha activa* (aspecto este último que un único usuario ha destacado).

Aparte de las anteriores capacidades, las enfermeras han considerado también necesarias otras como el *autoconocimiento* (1) y la capacidad de *ser asertivo* (1). A diferencia de las enfermeras, ningún usuario ha destacado las anteriores capacidades.

En la figura 31 se muestran las diferencias identificadas.

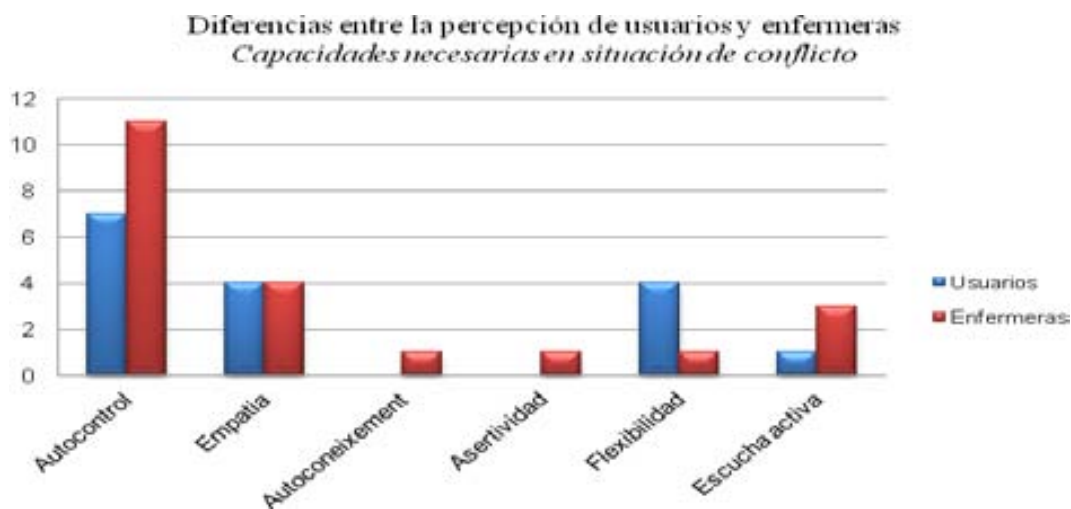


Figura 31. Diferencias entre la percepción de usuarios y enfermeras sobre las capacidades necesarias en situación de conflicto

De las explicaciones de los usuarios, ha sobresalido la idea de que la capacidad de *autocontrol* de las enfermeras es especialmente importante cuando los usuarios se encuentran en situaciones críticas y de alta vulnerabilidad. En el discurso de las enfermeras, en cambio, no ha aparecido esta idea, sin embargo, sí que se ha identificado

que entienden, al igual que los usuarios, que la capacidad de *autocontrol* es muy relevante, en general, sobre todo en todo lo que respecta al trato y a la comunicación con los familiares.

Algunas enfermeras se han referido explícitamente a la necesidad de un aprendizaje experiencial para el desarrollo de estas habilidades emocionales, sobre todo, en situaciones de conflicto. Y, sin embargo, los usuarios no han hecho.

4.3. Análisis resultados: cuestionarios

Como se ha expuesto en el capítulo de metodología, además de entrevistas se utilizaron cuestionarios para complementar la recogida de información.

En estos cuestionarios los participantes debían asignar según su preferencia una puntuación del 1 al 5 (siendo 5 la más importante y 1 la menos importante) a cada una de las opciones de respuestas de las diferentes preguntas.

Dado que el objetivo era poder pasar de una ordenación de las preferencias individuales a una ordenación coherente de las preferencias grupales, el procedimiento de análisis consistió en sumar los puntos asignados a cada opción de respuesta y ordenar las puntuaciones de mayor a menor. La opción de respuesta que consigue más puntos se considera la más importante para el conjunto de los participantes de cada grupo y la que obtiene menor puntuación la menos importante.

A continuación se presentan los resultados organizados en los siguientes apartados:

1. Propósito de la práctica enfermera.
2. Aspectos relevantes de la práctica enfermera.
3. Emociones y práctica enfermera.

4.3.1. Propósito de la práctica enfermera

En este apartado se han recogido los datos procedentes de la pregunta 1; éstos nos han aportado información sobre la *misión de las enfermeras*.

Para su análisis, las opciones de respuesta de la pregunta 1 han quedado concretadas en cinco categorías (ver figura 32).

Figura 32. Categorías relacionadas con la misión enfermera

Misión de las enfermeras	
P1. Considero que la función/misión principal de una enfermera es...	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar educación para la salud. 	Realizar educación para la salud.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control y vigilancia de la evolución de la salud/enfermedad. 	Vigilancia y control.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidar. 	Cuidar.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar al médico. 	Ayudar al médico.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar procedimientos tales como control de tensión arterial, preparación y administración de medicación, realización de curas, etc. 	Realizar procedimientos técnicos.

Fuente: Elaboración propia.

Percepción de los usuarios

Los usuarios participantes (20 en total) han destacado, sobre todo, en lo que respecta a la misión de las enfermeras, la categoría de *realizar vigilancia y control* (88). En segundo lugar, y con la segunda puntuación más alta, tenemos la categoría de *realizar procedimientos técnicos* (72), seguida muy de cerca por la categoría de *ayudar al médico* (61), *realizar educación para la salud* (55) y, el último puesto, lo ocupa la categoría de *cuidar* (51).

En la figura 33 se muestra la distribución de las puntuaciones finales en cada categoría.

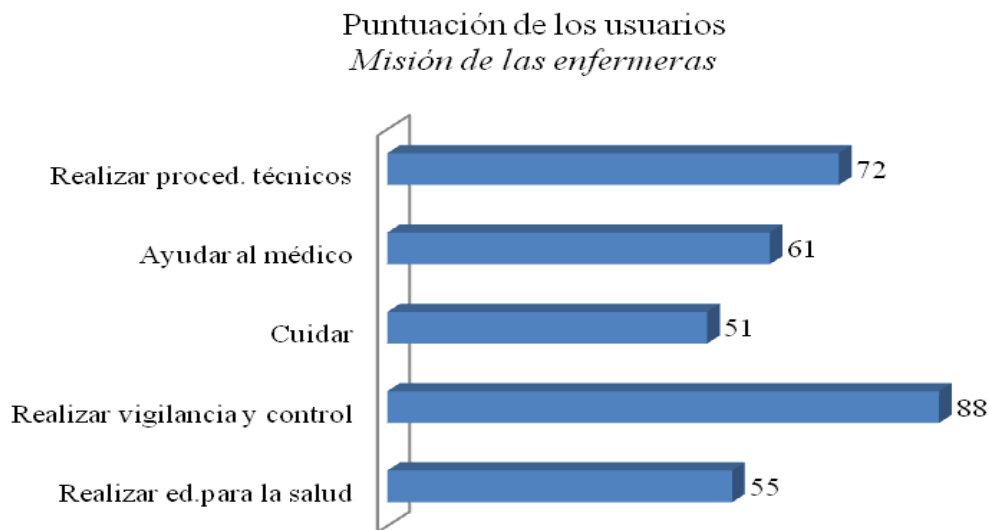


Figura 33. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías

Atendiendo al ámbito asistencial, se ha constatado que los usuarios de Hospit al han destacado, de mayor a menor importancia, las siguientes categorías: *realizar procedimientos técnicos* (46), *realizar vigilancia y control* (45), *ayudar al médico* (36), *cuidar* (27) y, en último lugar, *realizar educación para la salud* (24). Por otro lado, los usuarios de Atención Primaria han resalta do, en primer lugar, la categoría de *realizar vigilancia y control* (43), pero, seguidamente, han valorado las de *realizar educación para la salud* (31), *realizar procedimientos técnicos* (26), *ayudar al médico* (25), y, en último lugar, han dejado la categoría de *cuidar* (24).

Como aspecto clave, se ha identificado que los usuarios de Hospit al y de Atención Primaria han destacado han coincidido en destacar especialmente la categoría de *realizar vigilancia y control* (45 Hospital; 43 Atención Primaria).

Por último, habría que decir que la diferencia más destacable entre las puntuaciones de unos y otros usuarios se ha dado en las categorías de *realizar procedimientos técnicos* (46 Hospital; 26 Atención Primaria), *realizar educación para la salud* (24 Hospital; 31 Atención Primaria) y *ayudar al médico* (36 Hospital; 25 Atención Primaria).

En la figura 34 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.

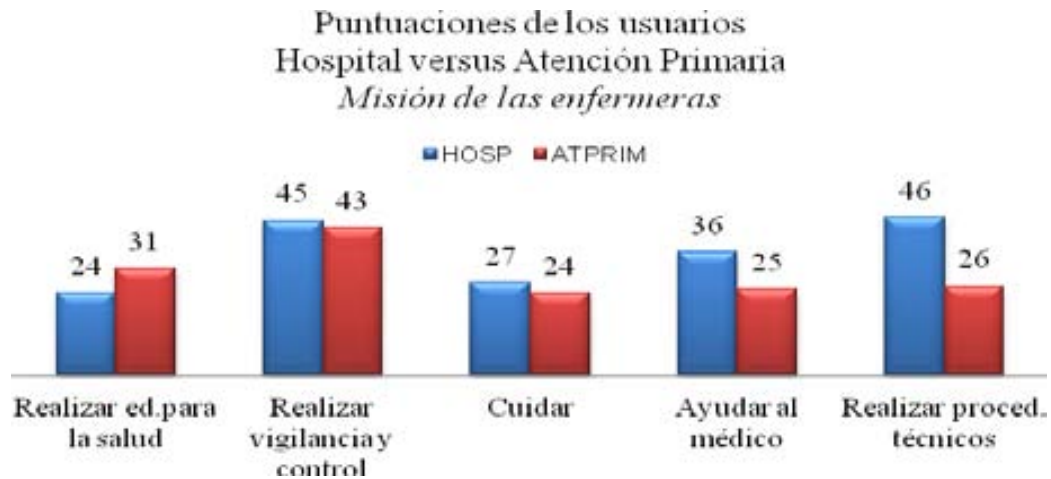


Figura 34. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según ámbito asistencial.

Al ordenar las categorías, según las puntuaciones de los usuarios y atendiendo al ámbito asistencial, se ha comprobado que los usuarios han considerado el siguiente orden de importancia en ellas:

Hospital	Atención Primaria
1. Realizar procedimientos técnicos	1. Realizar vigilancia y control.
2. Realizar vigilancia y control.	2. Realizar educación para la salud.
3. Ayudar al médico.	3. Realizar procedimientos técnicos.
4. Cuidar.	4. Ayudar al médico.
5. Realizar educación para la salud.	5. Cuidar.

Percepción de las enfermeras

Las enfermeras (20 en total) han destacado, sobre todo, y con una clara diferencia respecto al resto de categorías, la categoría de *cuidar* (87). En el resto de categorías, han resaltado, de mayor a menor orden de importancia: *realizar vigilancia y control* (70), *realizar educación para la salud* (68), *realizar procedimientos técnicos* (57) y *ayudar al médico* (36).

En la figura 35 se muestra la distribución de las puntuaciones finales en cada categoría.

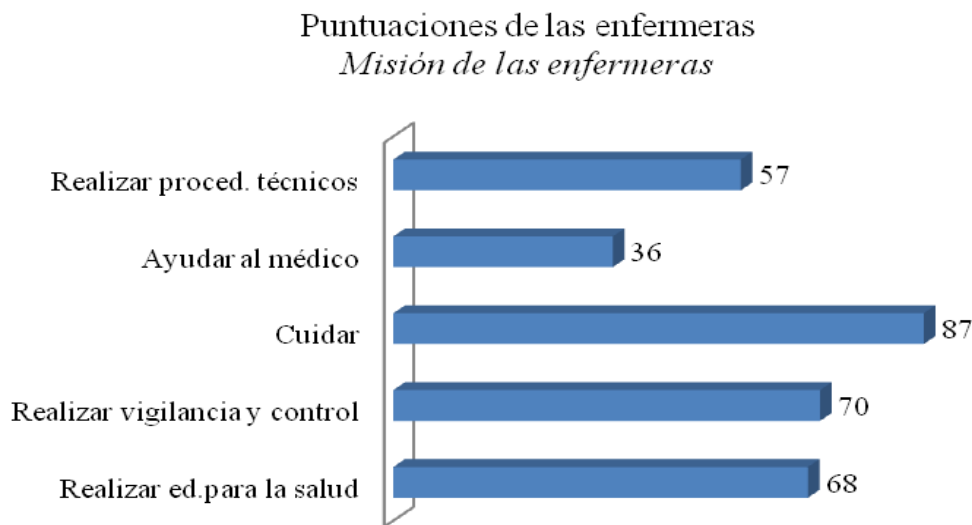


Figura 35. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías

Al analizar los resultados atendiendo al ámbito asistencial, se ha podido comprobar que tanto las enfermeras de Hospital como las de Atención Primaria han destacado, sobre todo, la categoría de *cuidar* (41 Hospital; 46 Atención Primaria) por encima del resto. Sin embargo, y como diferencia significativa, habría que señalar que las enfermeras de Hospital, inmediatamente después de la categoría de *cuidar*, han valorado más, de mayor a menor puntuación, las categorías de: *realizar vigilancia y control* (38), *realizar procedimientos técnicos* (29), *realizar educación para la salud* (26) y, por último, *ayudar al médico* (21); mientras que las enfermeras de Atención Primaria han enumerado las diferentes categorías por este otro orden, primero, *cuidar*, luego *realizar educación para la salud* (42), *realizar vigilancia y control* (32), *realizar procedimientos técnicos* (28) y, en último lugar, han colocado la de *ayudar al médico* (15).

Por otro lado, habría que mencionar que la diferencia más llamativa entre las valoraciones de unas y otras enfermeras ha estado en la categoría de *realizar educación para la salud* (26 Hospital; 42 Atención Primaria) y *ayudar al médico* (21 Hospital; 15 Atención Primaria).

En la figura 36 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.



Figura 36. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según ámbito asistencial

Al ordenar las categorías, según las puntuaciones asignadas por las enfermeras, y atendiendo al ámbito asistencial, podemos concluir que ellas han destacado por orden de importancia lo siguiente:

Hospital	Atención Primaria
1. Cuidar.	1. Cuidar.
2. Realizar vigilancia y control.	2. Realizar educación para la salud.
3. Realizar procedimientos técnicos.	3. Realizar vigilancia y control.
4. Realizar educación para la salud.	4. Realizar procedimientos técnicos.
5. Ayudar al médico.	5. Ayudar al médico

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

La diferencia fundamental se ha dado en la categoría de *cuidar*; concretamente se ha observado que mientras que las enfermeras le han otorgado su máxima puntuación (87), los usuarios le han otorgando su mínima puntuación (51).

También se ha identificado una diferencia significativa en la categoría *realizar procedimientos técnicos*, en este caso los usuarios la han puntuado bastante más (72) que las enfermeras (57).

A nivel de las otras categorías es de destacar que tanto los usuarios como las enfermeras han resaltado, sobre todo, la categoría de *realizar vigilancia y control*; sin embargo, mientras que los usuarios le han asignado su máxima puntuación (88) las enfermeras la han situado, claramente, en un segundo lugar (70) y a cierta distancia de la categoría que más han puntuado (que ha sido la de *cuidar*).

Otra categoría que ha sido puntuada de manera similar por ambos grupos de participantes ha sido la de *realizar educación para la salud*, en este caso, todo y que las enfermeras la han puntuado más, existe una diferencia menor entre las puntuaciones que le han otorgado ambos grupos (55 usuarios; 68 enfermeras).

Por último, a destacar que la categoría *ayudar al médico* ha sido la menos puntuada por las enfermeras (36); y sin embargo, los usuarios es la categoría que han situado en tercer lugar (61) por detrás de la categoría de *realizar procedimientos técnicos*.

En la figura 37 se muestran las diferencias identificadas entre usuarios y enfermeras.



Figura 37. Diferencias de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según grupo de participante.

4.3.2. Aspectos relevantes de la práctica enfermera

En este apartado se han recogido los datos procedentes de las preguntas 3 y 4, que nos informan sobre la percepción que poseen tanto los usuarios como las enfermeras de los aspectos que consideran claves en la práctica enfermera.

Para su análisis, las opciones de respuesta de ambas preguntas se han agrupado dentro de diferentes categorías (ver figura 38).

Figura 38. Categorías relacionadas con los aspectos relevantes de la práctica enfermera

Aspectos relevantes de la práctica enfermera		
Usuario	Enfermera	Categoría
P3. Cuando me ha atendido una enfermera he agradecido especialmente...		
P3. Considero especialmente importante para que los usuarios se sientan bien atendidos...		
Que me explicara adecuadamente el procedimiento que me tenía que realizar.	Explicar adecuadamente el procedimiento de cuidados a realizar.	Explicación.
Que realizara adecuadamente el procedimiento técnico.	Realizar adecuadamente las técnicas relacionadas con los cuidados.	Habilidad técnica.*
Que me apoyara emocionalmente.	Que se sientan apoyados emocionalmente.	Apoyo emocional.
Que tuviera conocimientos sobre mi problema de salud.	Transmitir que tenemos los conocimientos necesarios con relación a su problema de salud.	Conocimientos.
Que demostrara verdadero interés por mi situación.	Demostrar empatía.	Empatía.
P4. Me he sentido mal atendido por una enfermera cuando...		
P4. Considero que los usuarios se pueden sentir mal atendidos sí...		
No se ha dirigido a mí por mi nombre.	No nos dirigimos a ellos por su nombre.	Individualización.
No me ha escuchado atentamente.	No se les escucha atentamente.	Escucha activa.
Ha tenido que repetir el procedimiento técnico que me realizaba o ha tenido dificultades para realizarlo.	No se demuestra habilidad en la realización de los procedimientos técnicos.	Habilidad técnica.*
No ha demostrado flexibilidad ni capacidad de negociación.	No se demuestra flexibilidad y capacidad de negociación.	Flexibilidad.
No demostraba seguridad en la administración de los medicamentos.	No se transmite seguridad en la administración de medicamentos.	Seguridad.

Fuente: Elaboración propia

(*) La habilidad de las enfermeras para realizar procedimientos técnicos ha sido explorada en un ítem de respuesta de la pregunta 3 y también en otro de la pregunta 4. Para su análisis se han agrupado las puntuaciones de ambos ítems, se ha realizado la media, y se ha situado este resultado en una única categoría: *Habilidad técnica*.

Percepción de los usuarios

Los usuarios (20 en total) han destacado como aspectos relevantes de la práctica enfermera, sobre todo, a las categorías de *explicación* (81), *escucha activa* (76) y *seguridad* (71). El resto de categorías las han nombrado por el siguiente orden de importancia: *habilidad técnica e empatía* (67), *flexibilidad y conocimientos* (56), *apoyo emocional* (35) y, en último lugar, han situado a la categoría de *individualización* (28).

En la figura 39 se muestra la distribución de las puntuaciones finales en cada categoría.



Figura 39. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías

Atendiendo al ámbito asistencial, se ha comprobado que los usuarios de Hospital han destacado, de mayor a menor importancia, las categorías de: *escucha activa* (39), *explicación* (38), *empatía* y *flexibilidad* (35); *seguridad* (34), *habilidad técnica* (31), *conocimientos* (28), *apoyo emocional* (19) y, en último puesto, han situado a la de *individualización* (12). En cambio, las valoraciones de los usuarios de Atención Primaria por orden de puntuación han sido estas otras: *explicación* (43), *escucha activa* y *seguridad* (37), *habilidad técnica* (36), *empatía* (32), *conocimientos* (28), *flexibilidad* (21), y, en último lugar, han situado a las de *apoyo emocional* e *individualización* (16).

A tenor de lo anterior, habría que decir que las dos categorías más puntuadas tanto por los usuarios de Hospital como por los de Atención Primaria han sido las de *escucha activa* (39 Hospital; 37 Atención Primaria) y *explicación* (38 Hospital; 43 Atención Primaria). Pero,

habría que matizar aquí que los usuarios de Hospital han puntuado más a la categoría de *escucha activa* mientras que los usuarios de Atención Primaria más a la categoría de *explicación*.

También se ha identificado que tanto en Hospital como en Atención Primaria las categorías menos puntuadas por los usuarios han sido las de *apoyo emocional* (19 Hospital; 16 Atención Primaria) e *individualización* (12 Hospital; 16 Atención Primaria).

Por tanto, la diferencia más destacable entre las valoraciones de los usuarios de uno u otro ámbito asistencial se ha dado en la categoría de *flexibilidad* (35 Hospital; 21 Atención Primaria).

En la figura 40 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.



Figura 40. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según ámbito asistencial

Al ordenar las categorías, según las puntuaciones asignadas por los usuarios y, atendiendo al ámbito asistencial, se ha podido comprobar que éstos han destacado el siguiente orden de importancia:

Hospital	Atención Primaria
1. Escucha activa.	1. Explicación.
2. Explicación.	2. Escucha activa.*
3. Empatía.*	3. Seguridad.*
4. Flexibilidad.*	4. Habilidad técnica.
5. Seguridad.	5. Empatía.
6. Conocimientos.	6. Conocimientos.
7. Habilidad técnica.	7. Flexibilidad.
8. Apoyo emocional.	8. Apoyo emocional.*
9. Individualización.	9. Individualización.*

(*) Empatía y flexibilidad (35), escucha activa y seguridad (37) y apoyo emocional e individualización (16) han recibido la misma puntuación final.

Percepción de las enfermeras

Las enfermeras participantes (20 en total) han mencionado como aspectos claves en su práctica enfermera, sobre todo, y con diferencia respecto a las puntuaciones asignadas al resto de categorías, a la categoría de *escucha activa* (88) y también a la de *explicación* (81). A continuación, de mayor a menor medida y por orden de importancia, han nombrado a las de *apoyo emocional* (68), *habilidad técnica* (67), *flexibilidad* (62), *conocimientos* (55), *seguridad* (52), *empatía* (48) y, en último puesto, han situado a la de *individualización* (47).

En la figura 41 se muestra la distribución de las puntuaciones finales en cada categoría.

Puntuaciones de las enfermeras
Aspectos relevantes de la práctica enfermera

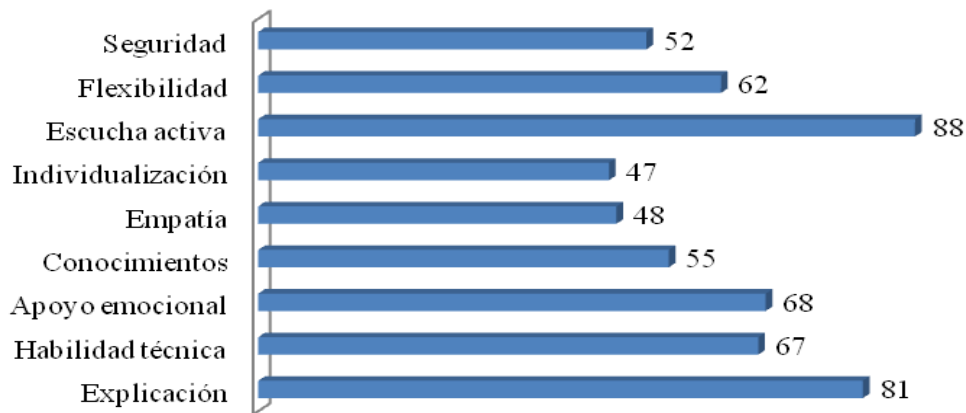


Figura 41. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías

Al analizar los resultados atendiendo al ámbito asistencial, se ha visto que las enfermeras de Hospit al han de stacado las categorías de *flexibilidad* (58) y de *escucha activa* (41), *explicación* (40), *habilidad técnica* (35), *conocimientos* (31), *apoyo emocional* (29), *seguridad* (28), *individualización* (21) y, en último puesto, han situado a la de *empatía* (18). Y, en el caso de las enfermeras de Atención Primaria, tenemos que han establecido el siguiente orden de importancia: *explicación* (41), *apoyo emocional* (39), *individualización* (37), *seguridad* (34), *escucha activa* (33), *habilidad técnica* (31), *empatía* (30), *flexibilidad* (26), y han dejado, en un último lugar, a la de *conocimientos* (24

Como aspecto más relevante, habría que resaltar que la categoría que más han valorado las enfermeras de Hospit al ha sido la de *flexibilidad* (58) y que, por el contrario, las enfermeras de Atención Primaria, no sólo no la han valorado casi nada, sino que le han otorgado una de las puntuaciones más bajas (26).

También se han observado importantes diferencias entre las valoraciones de las enfermeras atendiendo al ámbito asistencial en las categorías de *individualización* (21 Hospit al; 37 Atención Primaria), *empatía* (18 Hospit al; 30 Atención Primaria), *apoyo emocional* (29 Hospital; 39 Atención Primaria) y *seguridad* (28 Hospital; 34 Atención Primaria). Como se puede apreciar, en estas categorías las enfermeras de Hospit al se han caracterizado por asignar puntuaciones considerablemente inferiores que las que han otorgado, en cambio, sus compañeras de Atención Primaria.

Otra observación que habría que hacer es que las enfermeras de Atención Primaria han puntuado menos que las enfermeras de Hospital a las categorías de *conocimientos* (31 Hospital; 24 Atención Primaria) y de *habilidad técnica* (35 Hospital; 32 Atención Primaria).

En la figura 42 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.

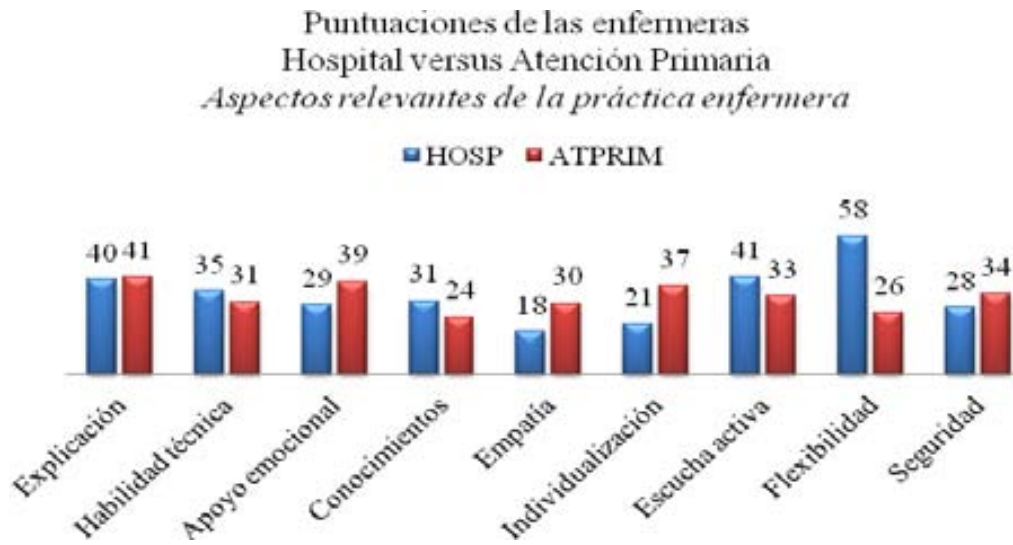


Figura 42. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según ámbito asistencial

Al ordenar las categorías, según las puntuaciones otorgadas por las enfermeras, y atendiendo al ámbito asistencial, se ha visto que ellas han establecido el siguiente orden de importancia:

Hospital	Atención Primaria
1. Flexibilidad.	1. Explicación.
2. Escucha activa.	2. Apoyo emocional.
3. Explicación.	3. Individualización.
4. Habilidad técnica.	4. Seguridad.
5. Conocimientos.	5. Escucha activa.
6. Apoyo emocional.	6. Habilidad técnica.
7. Seguridad.	7. Empatía.
8. Individualización.	8. Flexibilidad.
9. Empatía.	9. Conocimientos.

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

En general, con relación a la valoración de los aspectos más relevantes de la práctica enfermera, tanto las percepciones de los usuarios como de las enfermeras han presentado más semejanzas que diferencias.

En lo que atañe a las semejanzas, se ha comprobado que ambos grupos de participantes han resaltado principalmente, y asignándoles unas puntuaciones prácticamente iguales, las categorías de *escucha activa* y de *explicación*. Sin embargo, en esta valoración se ha apreciado que los usuarios han situado en la *explicación* (81) por encima de la *escucha activa* (71); mientras que, las enfermeras lo han hecho justo al contrario, ya que han valorado la *escucha activa* (88) por encima de la *explicación* (81).

Otros puntos de coincidencia han sido:

- Ambos grupos de participantes (usuarios y enfermeras) han asignado prácticamente las mismas puntuaciones a las categorías de *habilidad técnica* (67 usuarios; 67 enfermeras) y de *conocimientos* (56 usuarios; 55 enfermeras).
- La categoría *flexibilidad*, a pesar de haber sido puntuada de manera diferente por los usuarios y las enfermeras (56 usuarios; 62 enfermeras), ocupa respecto al resto

de puntuaciones asignadas a las otras categorías el quinto lugar en importancia para ambos grupos.

- Tanto los usuarios (especialmente) como las enfermeras han puntuado poco la categoría de *individualización* (28 usuarios; 47 enfermeras).

En lo que atañe a las diferencias, hay que destacar que las enfermeras sitúan en tercer lugar de importancia el *apoyo emocional* (68) y, sin embargo, los usuarios le han concedido muy poca importancia a este aspecto (35), situándolo en el penúltimo lugar de la lista.

También es interesante que los usuarios puntúan más, y con una clara diferencia con respecto a las puntuaciones de las enfermeras, la *empatía* (67 usuarios; 48 enfermeras) y la *seguridad* (71 usuarios; 52 enfermeras).

En la figura 43 se muestran las diferencias identificadas entre usuarios y enfermeras.



Figura 43. Diferencias de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según grupo de participante

4.3.3. Las emociones y la práctica enfermera.

En este apartado se han recogido los datos pertenecientes a las preguntas 2 y 5, los cuales nos han aportado información sobre la percepción que los usuarios y las enfermeras tienen acerca de las capacidades que necesitan en general las enfermeras; y dentro de éstas sobre las capacidades emocionales, en particular.

Para su posterior análisis, las opciones de respuesta de ambas preguntas se han agrupado y han quedado concretadas en las categorías que aparecen en la figura 44.

Las emociones y práctica enfermera	
P2. Para que una enfermera pueda realizar satisfactoriamente su labor es necesario que...	Categoría
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que sepa detectar rápidamente signos de alarma con relación al problema de salud y lo comunique rápidamente. 	Identificación de signos de alarma.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que posea buenas capacidades de relación y de comunicación con las personas. 	Gestión de las relaciones interpersonales.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que posea buenas capacidades comunicativas y de relación, en general. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que sepa escuchar atentamente a las personas que atiende. 	Escucha activa.*
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que sepa realizar correctamente y de manera habilidosa procedimientos técnicos (como tomar la tensión arterial o poner un suero). 	Habilidad técnica.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que se implique emocionalmente. 	Implicación emocional.
P5. Con relación a las habilidades emocionales de las enfermeras, considero que es necesario...	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que sepan escuchar, demostrando interés, sin interrumpir, sin demostrar prisa, etc. 	Escucha activa.*
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que tengan la capacidad de ponerse en el lugar de las personas que atienden e identifiquen bien sus sentimientos. 	Empatía.**
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que acepten a las personas tal y como son, sin juzgar sus creencias, sentimientos y/o opiniones. 	Aceptación (= tolerancia social).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que sepan transmitir preocupación sincera por la persona que atienden. 	Empatía.**
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que sean capaces de realizar una comunicación eficaz, concretando el mensaje y comprobando que éste ha llegado adecuadamente. 	Comunicación.

Figura 44. Categorías relacionadas con las emociones en la práctica enfermera

Fuente: Elaboración propia

(*) La capacidad de escucha activa ha sido explorada en un ítem de respuesta de la pregunta 2 y también en otro ítem de la pregunta 5. Para su análisis se han agrupado las puntuaciones de ambos ítems, se ha realizado la media, y se ha situado este resultado en una única categoría: *Escucha activa*.

(**) La capacidad empática ha sido explorada en dos ítems de respuesta de la pregunta 5. Para su análisis se han agrupado las puntuaciones de ambos ítems, se ha realizado la media, y se ha situado el resultado en una única categoría: *Empatía*.

Percepción de los usuarios

Respecto a las capacidades de las enfermeras, los usuarios han valorado, sobre todo, aquellas que están relacionadas con las categorías de *identificación de signos de alarma* (84), *escucha activa* (76), *habilidad técnica* (69) y *empatía* (62). A continuación, y también por orden de importancia, han nombrado las siguientes categorías: *comunicación* (55), *gestión de las relaciones interpersonales* (52), *aceptación/tolerancia* (44) y, en un último lugar, han situado la de *implicación emocional* (36).

En la figura 45 se muestra la distribución de las puntuaciones finales en cada categoría.

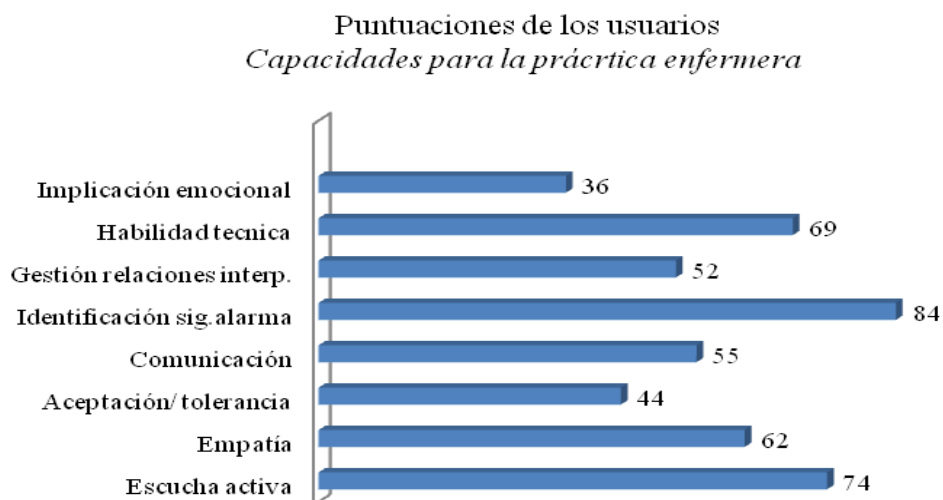


Figura 45. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías

Atendiendo al ámbito asistencial, se ha comprobado que los usuarios de Hospital han destacado por encima de todo las categorías la de *identificación signos de alarma* y la de *habilidad técnica* (40) y también la de *escucha activa* (39). Y, a continuación, han establecido con sus puntuaciones el siguiente orden de importancia: la *empatía* (30), la *comunicación* (28), la *gestión de las relaciones interpersonales* (27), la *aceptación/tolerancia* (22) y, en el último puesto, han situado a la categoría de la *implicación emocional* (12). Respecto a los usuarios de Atención Primaria, han resaltado, sobre todo, la categoría de *identificación de signos de alarma* (44), seguida por la de *escucha activa* (35) y la *empatía* (33). A continuación han destacado también las categorías

de *habilidad técnica* (29), la *comunicación* (27), la *gestión de las relaciones interpersonales* (25) e *implicación emocional* (24), y, en el último lugar, han situado la de *aceptación/tolerancia* (22).

Hay que recalcar que las tres categorías que más han puntuado, y de manera similar, tanto los usuarios de Hospital como los de Atención Primaria, han sido: *identificación de signos de alarma* (40 Hospital; 44 Atención primaria), *escucha activa* (39 Hospital; 35 Atención Primaria) y *empatía* (30 Hospital; 33 Atención Primaria).

Además, se ha identificado que las categorías, en las que se ha dado una diferencia más significativa entre las puntuaciones de los usuarios atendiendo al ámbito del cual provenían las diferentes respuestas han sido dos: *implicación emocional* (12 Hospital; 24 Atención Primaria) y *habilidad técnica* (40 Hospital; 29 Atención Primaria).

En la figura 46 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.

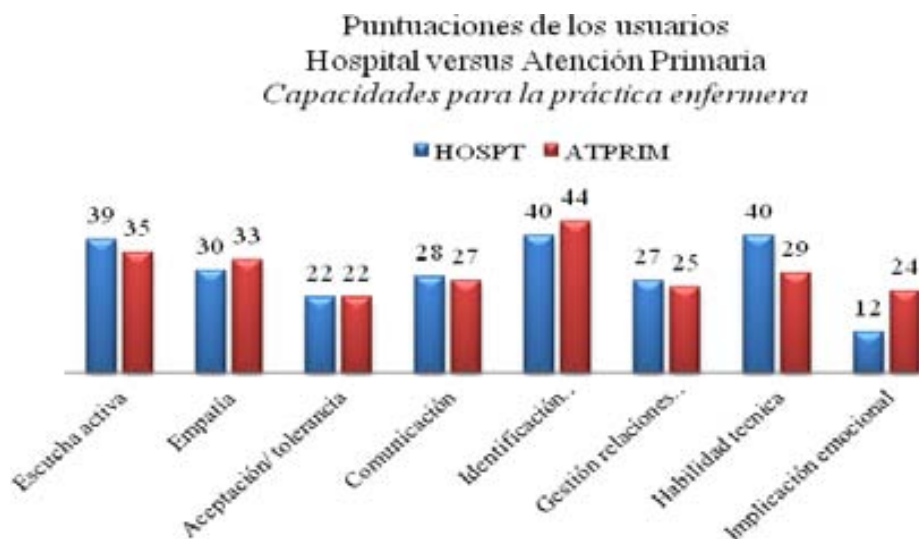


Figura 46. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según ámbito asistencial

Al ordenar las categorías, atendiendo a las puntuaciones asignadas por los usuarios y teniendo en cuenta el ámbito asistencial, se ha que éstos han seguido el siguiente orden de importancia:

Hospital	Atención Primaria
1. Identificación de signos de alarma.*	1. Identificación de signos de alarma.
2. Habilidad técnica.*	2. Escucha activa.
3. Escucha activa.	3. Empatía.
4. Empatía.	4. Habilidad técnica.
5. Comunicación.	5. Comunicación.
6. Gestión de las relaciones interpersonales.	6. Gestión de las relaciones interpersonales.
7. Aceptación/tolerancia.	7. Implicación emocional.
8. Implicación emocional.	8. Aceptación/tolerancia.

(*) Identificación de signos de alarma y habilidad técnica han recibido la misma puntuación final (40).

Las enfermeras han considerado como capacidades enfermeras necesarias las relacionadas con las categorías de *escucha activa* y *identificación de signos de alarma empatía* (76), *gestión de las relaciones interpersonales* (73) y *comunicación* (72). A continuación, y con menores puntuaciones, han re saltado de ma yor a meno r medida, las c ategorías de *aceptación/tolerancia* (59), *habilidad técnica* (54), *empatía* (53) e *implicación emocional* (35).

En la figura 47 se muestra la distribución de las puntuaciones finales en cada categoría.

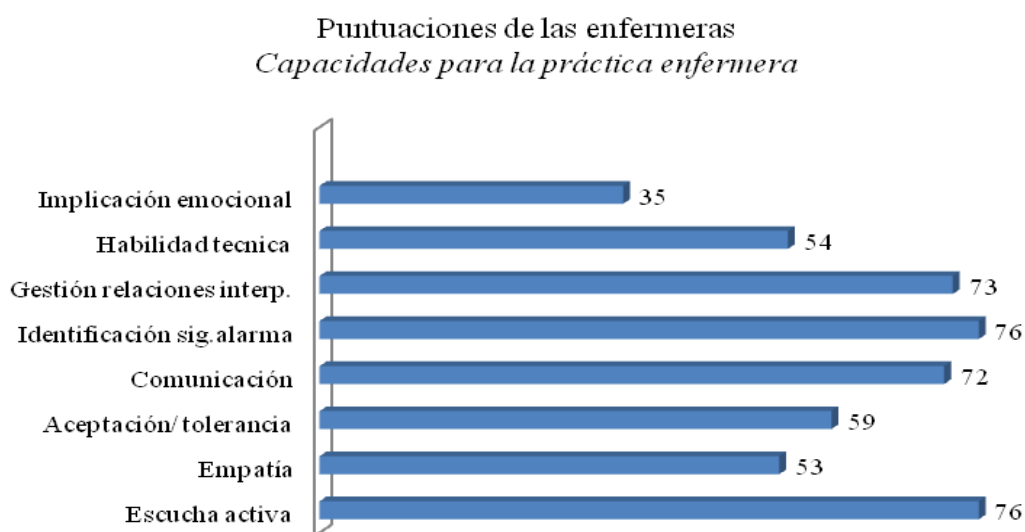


Figura 47. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías

Después de haber analizado los resultados atendiendo, sobre todo, al ámbito asistencial, se ha observado que las enfermeras de Hospital han colocado por encima del resto a la categoría de *identificación signos de alarma* (44); y, seguidamente, *comunicación* (38), *empatía* (36), *gestión de las relaciones interpersonales* (33) y *habilidad técnica* (31). Las últimas posiciones las ocupan las siguientes: *aceptación/ tolerancia* (27), *empatía* (24) e *implicación emocional* (14).

En cuanto a los usuarios de Atención Primaria, las categorías más puntuadas han sido las de *gestión de las relaciones interpersonales* (40) y *escucha activa* (40); seguidas por las de *comunicación* (34), *aceptación/tolerancia* e *identificación de signos de alarma* (32), *empatía* (30), *habilidad técnica* (23) y el último puesto lo ha ocupado la de *implicación emocional* (21).

Se ha comprobado que la categoría que las enfermeras de ambos ámbitos han puntuado de manera más similar ha sido la de *escucha activa* (40 Hospital; 36 Atención Primaria) y *comunicación* (38 Hospital; 34 Atención Primaria).

En la figura 48 se muestran las diferencias identificadas según el ámbito asistencial.

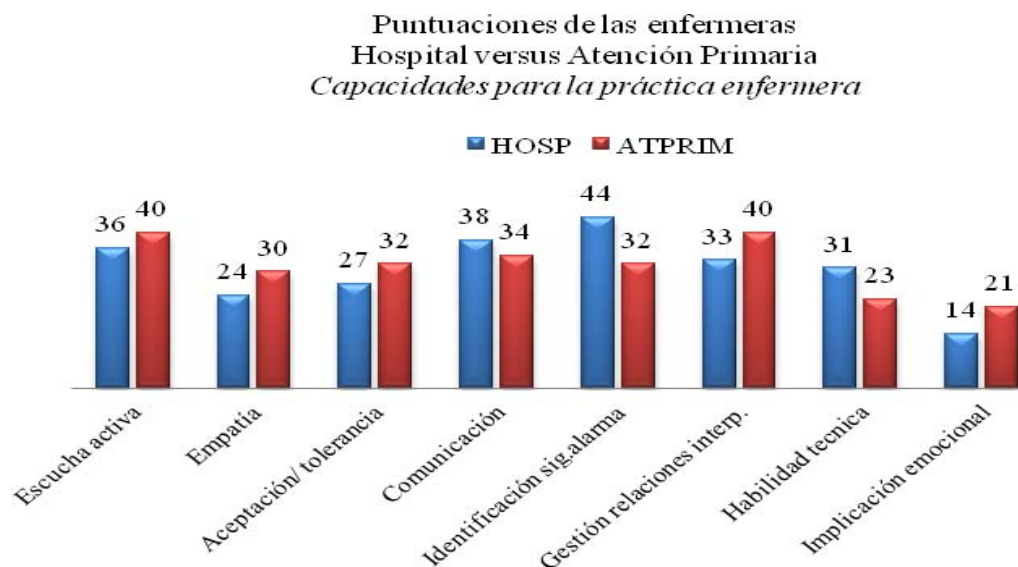


Figura 48. Distribución de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según ámbito asistencial

Al ordenar las categorías, atendiendo tanto a las puntuaciones asignadas por las enfermeras como al ámbito asistencial, se ha podido comprobar que éstas han destacado por orden de importancia lo siguiente:

Hospital	Atención Primaria
1. Identificación de signos de alarma.	1. Gestión de las relaciones interpersonales.*
2. Comunicación.	2. Escucha activa.*
3. Escucha activa.	3. Comunicación.
4. Gestión de las relaciones interpersonales.	4. Identificación de signos de alarma.*
5. Habilidad técnica.	5. Aceptación/tolerancia.*
6. Aceptación/tolerancia.	6. Empatía.
7. Empatía.	7. Habilidad técnica.
8. Implicación emocional	8. Implicación emocional.

(*) *Gestión de las relaciones interpersonales y escucha activa* han recibido la misma puntuación final (40), del mismo modo que *aceptación/tolerancia e identificación de signos de alarma* también (32).

Diferencias entre los usuarios y las enfermeras

Respecto a la percepción que usuarios y enfermeras tienen sobre cuáles son las competencias enfermeras necesarias, se ha visto que ambos grupos han destacado, sobre todo, las categorías de *identificación de signos de alarma* (84 Hospital; 76 Atención Primaria) y *escucha activa* (74 Hospital; 76 Atención Primaria).

Además, como coincidencia relevante, hay que mencionar que la categoría que menos han puntuado ambos grupos de participantes (usuarios y enfermeras) ha sido la de *implicación emocional* (36 Hospital; 35 Atención Primaria).

Por último, habría que señalar que las diferencias más significativas entre las puntuaciones que han otorgado tanto los usuarios como las enfermeras se han producido, por orden de importancia, en las siguientes categorías: *gestión de las relaciones interpersonales*, *comunicación*, *aceptación/tolerancia* y *habilidad técnica*.

Concretamente, se ha observado que las enfermeras han puntuado bastante más que los usuarios las categorías de *gestión de las relaciones interpersonales* (52 usuarios; 73 enfermeras), *comunicación* (55 usuarios; 72 enfermeras) y *aceptación/tolerancia* (44

usuarios; 59 enfermeras) mientras que los usuarios han destacado bastante más que las enfermeras la categoría de *habilidad técnica* (69 usuarios; 54 enfermeras).

En la figura 49 se muestran las diferencias identificadas entre usuarios y enfermeras.

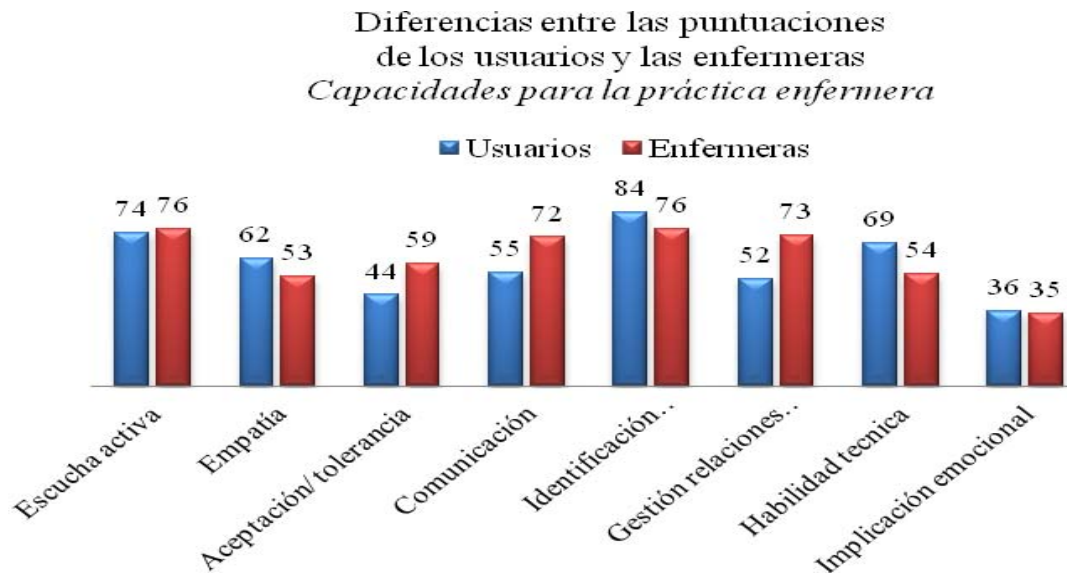


Figura 49. Diferencias de las puntuaciones asignadas a las diferentes categorías según grupo de participante

4.4. Resumen de los resultados

En este apartado se presenta un resumen del análisis de la información obtenida a partir de las entrevistas y de los cuestionarios. Al mismo tiempo, en el Anexo I se muestra el resultado de la triangulación de datos realizada.

Percepción del propósito de la práctica enfermera

Respecto a la actividad de las enfermeras, la principal expectativa que los usuarios han manifestado tener es recibir buen trato. Aunque en menor grado, de igual modo han verbalizado esperar que estas profesionales sean resolutivas y eficaces. Sin embargo, al contrario de lo que realmente parece ser, se ha constatado que las enfermeras creen los usuario desean que sean eficaces y capaces de solucionar problemas.

La mayoría de los usuarios han presentado dudas y/o desconocimiento sobre cuál es la aportación específica de las enfermeras y las actividades que tienden a asociar con la misión de estas profesionales es la *realización de procedimientos técnico-sanitarios y vigilancia y control de la enfermedad*.

Al mismo tiempo, han sido pocos usuarios los que han considerado que enfermeras tienen tareas propias asociadas a la actividad de cuidar y también ha sido una minoría, todos de Hospitalización, la que ha identificado que la función de las enfermeras es *ayudar al médico*.

Por otra parte, se ha observado que las enfermeras de manera clara, asocian su misión con la actividad de *cuidar*. Así mismo, otras actividades que estas profesionales entienden que forman parte de su función son la *vigilancia y control de la enfermedad* (más en el ámbito de Hospitalización que en el de Atención Primaria) y la *educación para la salud* (más en Atención Primaria que en Hospitalización). Cabe destacar que, a pesar de que las enfermeras han subrayado que cuidar es su misión, se ha constatado que presentan dificultades para concretar su significado.

Percepción de los aspectos relevantes de la práctica enfermera

En relación a la percepción de los usuarios, los resultados han indicado que los usuarios perciben que lo más importante de la actividad enfermera es el tipo de trato que se establece entre ellos e identifican como “buen trato” aquel que se caracteriza por la presencia de amabilidad, empatía y escucha activa. Al mismo tiempo, se ha apreciado que los usuarios que se han sentido muy vulnerables en algún momento, destacan que recibir buen trato les produce sensación de bienestar y creen que les repercute positivamente en su estado de salud. De igual manera, otros consideran que cuando se sienten bien tratados confían más en las enfermeras y en las indicaciones que ofrecen.

Aunque menos que el buen trato, hemos podido observar que los usuarios valoran de manera especial que las enfermeras expliquen e informen a lo largo de todo el proceso asistencial y que demuestren habilidad y seguridad en la realización de procedimientos técnico-sanitarios. A destacar que, al contrario que las enfermeras, los usuarios no han valorado de manera especial los conocimientos de estas profesionales.

Respecto a las enfermeras, los resultados señalan que las enfermeras, a pesar de que han enfatizado el buen trato, lo sitúan en un plano de importancia similar a tener conocimientos y habilidades técnico-sanitarias. Han definido el “buen trato” como aquel donde hay amabilidad y escucha activa. Aunque menos que los usuarios, también han subrayado el valor de la empatía en las relaciones usuario-enfermera.

Al mismo tiempo y de igual manera que los usuarios, se ha podido apreciar que las enfermeras consideran que la explicación/información continua es un elemento relevante en los cuidados enfermeros. A destacar así mismo que estas profesionales valoran necesario llevar a cabo apoyo emocional, pero sin embargo, los usuarios, al entender que es una demanda excesiva, lo han descartado como una de sus prioridades principales.

Percepción del papel de las emociones en la práctica enfermera

En esta metacategoría cabe señalar que se ha observado que las enfermeras en su mayoría manifiestan que es necesario realizar atención y cuidado de las emociones. Sin embargo, en contraposición se ha identificado que los usuarios no perciben que el cuidado de las emociones sea una práctica uniforme y habitual en las enfermeras. A pesar de ello, dicen sentirse cuidados emocionalmente cuando las enfermeras los tratan con amabilidad y los escuchan atentamente.

Los resultados han señalado además que tanto los usuarios como las enfermeras valoran necesarias determinadas habilidades emocionales en las enfermeras, sin embargo, cuando han tenido que identificar las capacidades más importantes para la práctica enfermera, han priorizado de manera las capacidades asociadas a la práctica médica (control de signos y síntomas, realización de procedimientos técnicos-sanitarios, etc.) por delante de las de tipo emocional.

Por último, destacar que se ha observado que, aunque los aunque la mayoría de los participantes entienden que el cuidado emocional es necesario, perciben que su realización puede perjudicar la eficacia y el equilibrio emocional de las enfermeras. Posiblemente como consecuencia de ello, del mismo modo se ha apreciado que los usuarios no esperan que las enfermeras se impliquen emocionalmente ni realicen cuidado emocional y las enfermeras tienden a rechazar la conexión emocional durante el desarrollo de su actividad.

5. Discusión

Desde el nacimiento y a lo largo de nuestra trayectoria vital, la actividad de cuidar forma parte de nuestra vida cotidiana. Es una actividad que hemos interiorizado de manera progresiva a lo largo de nuestro desarrollo, casi sin darnos cuenta de su enorme trascendencia en el devenir humano (Boff, 2002).

En general, las personas aprendemos durante nuestro proceso de socialización a cuidarnos y a cuidar de quienes dependen de nosotros. Sin embargo, en determinados momentos y ante ciertas circunstancias (cambios fisiológicos asociados a la edad, aparición de enfermedades, discapacidades, cambios en los estilos de vida, etc.) esta capacidad resulta del todo insuficiente. Es en ese momento cuando necesitamos ayuda. Precisamos de alguien que, desde su *saber*, su *saber hacer* y su *saber estar*, contribuya a que podamos tener satisfechas nuestras necesidades.

En el marco teórico se ha expuesto como desde el último tercio del siglo XX, la enfermera es la profesional de la salud a la que se le reconoce, legal y académicamente, la capacidad y la responsabilidad de llevar a cabo los cuidados enfermeros. No obstante, pese a la corta evolución de la enfermería como disciplina, ésta se encuentra inmersa en un intenso proceso de cambio, marcado tanto por influencias disciplinares propias (nuevos paradigmas emergentes) como por las demandas de una sociedad globalizada, con requerimientos de salud cada vez más dinámicos y cambiantes. Al mismo tiempo, se observa como de manera gradual la sociedad occidental está incorporando nuevos paradigmas científicos que ensalzan el valor de las emociones como elemento clave en los procesos de formación, de cuidado e incluso de sanación (Damasio, 2006; Watson, 2007). En este contexto, resulta evidente que la atención y el cuidado de las personas, familias y/o comunidades, requiere de enfermeras que, además de conocimientos, habilidades técnico-sanitarias y actitudes tradicionalmente reconocidas como importantes en la práctica enfermera, incorporen a su actividad la atención y cuidado de las emociones.

Por ello, y con el objetivo de contribuir al análisis de esta nueva realidad en la que se encuentra inmersa la enfermería, en nuestra investigación nos planteamos explorar y analizar la percepción que tienen los usuarios y las enfermeras sobre el papel de las emociones en los cuidados enfermeros.

A continuación y a lo largo de este capítulo, se intentará dar respuestas a las diferentes preguntas que han motivado y configurado los objetivos del presente estudio:

- ¿Qué percepción tienen los usuarios y las enfermeras de la función que éstas desarrollan?
- ¿Qué aspectos de la práctica enfermera son percibidos por los usuarios y las enfermeras como los más relevantes?
- ¿Qué percepción tienen los usuarios y las enfermeras del papel de las emociones en el desarrollo de los cuidados enfermeros?

¿Qué percepción tienen los usuarios y las enfermeras de la función que éstas desarrollan?

La enfermería contemporánea tiene como misión fundamental el cuidado de las personas, familias y/o comunidades a través de la aplicación de cuidados enfermeros. Es una pieza clave en los equipos de salud, participando y colaborando con otros profesionales en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad (CIE, 2010; LOPS, 2003). Sin embargo, según los resultados de nuestra investigación, parece ser que en nuestro contexto la sociedad todavía presenta un gran desconocimiento de lo que a las enfermeras le corresponde aportar de manera específica como profesionales de la salud.

Cuando en este estudio hemos preguntado a los usuarios sobre qué es lo que esperan de las enfermeras, la mayoría han manifestado esperar recibir un trato amable y afectuoso. Estos datos coinciden con los de Casanovas et al. (1995) quienes identificaron que los usuarios entienden que las enfermeras ideales han de ser amables, pacientes y eficaces. No obstante, otras investigaciones han señalado que los usuarios otorgan más relevancia a la formación teórico-práctica que a los valores humanos que de manera habitual se han asociados con las enfermeras (Pedre, Pita y Valiño, 2004).

Además de buen trato, se ha observado que la segunda expectativa más frecuente en los usuarios es esperar que las enfermeras sean resolutivas y capaces de solucionarles sus problemas; lo cual coincide con los resultados aportados por otros estudios (Álvarez de la Rosa et al., 2012; Mira et al., 2002).

Al centrar el análisis en las enfermeras, se ha constatado que, al contrario de lo que nuestros resultados señalan, ellas creen que los usuarios confían en que sean capaces de solucionar sus problemas. Consideran que, aunque algunos esperan buen trato y capacidad de resolución, priorizan lo segundo por delante del buen trato.

La diferencia identificada entre las expectativas de los usuarios y la percepción de éstas por parte de las enfermeras, puede ser explicada por diferentes factores. En el caso de los usuarios es lógico pensar, de acuerdo con lo que señalan algunos autores (Alberdi, 1998; Burguete, 2010; Cano-Caballero, 2004; Chamizo, 2004), que sus expectativas están condicionadas tanto por factores socioculturales como de género. De este modo, esperar que las enfermeras tengan buen trato y sean afectuosas, es posible que esté condicionado

por el hecho de que estos valores de manera tradicional se han asociado al género femenino y en enfermería la mayor parte de los profesionales son mujeres. Por otra parte, que las enfermeras desconozcan las expectativas reales de los usuarios puede ser la consecuencia de las influencias en la práctica enfermera de paradigmas biomédicos, más preocupados por la racionalidad objetiva y por el tratamiento de la enfermedad, que por el propio conocimiento de lo que la persona siente y experimenta (Freshwater y Stickley, 2004; Watson, 1985, 2007).

Cuando en nuestro estudio se les ha preguntado a los usuarios sobre cuál es la misión principal de las enfermeras, se ha observado que la mayoría de ellos presentan dudas. A pesar de ello se ha apreciado que tienden a asociar la labor de estas profesionales a actividades técnico-sanitarias y/o de colaboración con la práctica médica, e incluso algunos vinculan su función con la ayuda al médico. Estos resultados coinciden con los aportados por otras investigaciones donde se identificó que las enfermeras son percibidas por los usuarios como profesionales preparadas para una labor técnica y de subordinación médica (Moreno, Nava y Rodríguez, 2011; Prandi y Ferri, 2007; Pedre et al., 2004; Remírez et al., 2010).

Remírez et al. (2010), a partir del estudio realizado con más de 100 usuarios de la Comunidad de Madrid, constataron que a pesar de que las enfermeras son valoradas (aunque por debajo que los médicos), los usuarios continúan considerando que dependen de los médicos y piensan que su función se concreta en la realización de actividades técnico-sanitarias como poner inyecciones o realizar curas. En esta investigación, al igual que en la nuestra, fueron pocos los usuarios que manifestaron que las enfermeras tienen tareas propias asociadas a la actividad de cuidar.

Pedre et al. (2004) también identificaron que los usuarios creen que el médico es quien coordina y controla la actividad enfermera y que éstas realizan las tareas que ellos les encomiendan. Sin embargo, en Estados Unidos (EUA) algunos estudios han puesto de relieve algunos resultados diferentes. Así por ejemplo, Begany (1994) concluyó que la enfermera típica era descrita como una cuidadora experta. En la misma línea y en el mismo contexto, Donelan et al. (2008) pusieron de manifiesto que los usuarios percibían a las enfermeras como una combinación de conocimientos y habilidades caracterizada por ser la profesional de los cuidados (Errasti-Ibarrondo et al.; 2012).

La diferente tradición y evolución de la enfermería en Estados Unidos y en España, explica el hecho de que en EUA la imagen de la enfermera como responsable de los cuidados parece estar más consolidada en la sociedad y por ello los usuarios ya valoran esta actividad como función propia de estas profesionales. En cambio, en nuestro país la imagen de las enfermeras como profesional experta y responsable de los cuidados no ha calado en la sociedad española.

Atendiendo al ámbito asistencial, nuestros datos indican que los usuarios de Hospitalización asocian más la función de las enfermeras con la ayuda al médico que los usuarios de Atención Primaria. Estos resultados coinciden con los de la investigación desarrollada por Moreno et al., 2010.

Las diferentes percepciones de los usuarios sobre la función de las enfermeras según el ámbito asistencial pueden ser atribuibles a diversos factores. Entre ellos cabe destacar la hegemonía del modelo biomédico en los hospitales (que perpetúa la subordinación de la enfermera al médico), el mayor reconocimiento a la autonomía profesional de las enfermeras en Atención Primaria y al hecho de que los usuarios construyen la imagen del rol de las enfermeras en función de lo que les ven hacer (Fernández y Ramos, 2013; Prandi et al., 2007; Pedre et al., 2004).

Otro aspecto importante a destacar es que, a tenor de los resultados, parece ser que todavía persiste en nuestro contexto lo que en su día denominaron algunas autoras como la “invisibilidad de los cuidados” (Collière, 1993; Kèrouac et al., 1996).

Según Moreno et al. (2010) los usuarios (sobre todo en Hospitalización) cuando hablan de sus experiencias de salud y/o enfermedad, rara vez destacan o se refieren a la práctica enfermera. A pesar de que con frecuencia manifiestan sentirse agradecidos, al contar sus experiencias se refieren con nombres y apellidos a los médicos, pero en cambio no acostumbran a recordar el nombre de las enfermeras que les han atendido y hacen más alusión a sus simpatías y a sus comportamientos que a su formación y su actividad profesional.

En nuestro estudio únicamente tres usuarios (de un total de veinte) han hecho alguna referencia a la actividad de cuidar, pero en ningún caso han utilizado de manera concreta este término. Sin embargo, al contrario que los usuarios, las enfermeras no han dudado en

identificar esta actividad como el propósito de su práctica y símbolo de su identidad profesional. Cabe destacar no obstante que, de manera minoritaria, algunas enfermeras entienden que su función es ayudar al médico y/o realizar procedimientos técnico-sanitarios.

Nuestros resultados están en la línea de los que otras investigaciones han aportado y que ponen de relieve la existencia de una clara disociación entre la percepción de los usuarios y la percepción de las enfermeras (Emeghebo, 2012; Patistea y Vardaki, 2001; Sridevy y Prassanna, 2010; Takase, Maude y Manias, 2006).

La invisibilidad de la práctica de los cuidados es preocupante, sobre todo si tenemos en cuenta los resultados de algunos estudios (Moreno et al., 2010; Sridevy et al. 2010) que concluyeron que la falta de reconocimiento social de las enfermeras parece ser la consecuencia de esta invisibilidad de los cuidados.

Entre las posibles causas de esta falta de visibilidad social de los cuidados, habría que destacar sin duda la corta evolución de la enfermería como disciplina responsable de éstos (Amezcuca, 2003); pero así mismo, según Fernández et. al. (2013) sería necesario tener en cuenta la propia actuación de las enfermeras. Estos autores defienden que, más allá de los estereotipos, la imagen de las enfermeras se construye a través de lo que ellas mismas proyectan. Reforzando el argumento de Fernández y al. (2013), algunas investigaciones (Lunardi 1998; Sridevy et al., 2010) han aportado resultados que corroboran esta idea y que indican que las enfermeras tienen una influencia directa en la construcción social de su imagen profesional y en la visibilización de los cuidados que realizan.

Takase, Kershaw y Burt (2002) identificaron que cuando los usuarios tienen una percepción positiva de la imagen de las enfermeras, se observa una mejora en el autoconcepto, la autonomía y la satisfacción de estas profesionales. En otro estudio se constató que cuando las enfermeras percibían que su imagen pública mejoraba, su desempeño laboral también lo hacía. Takase et al.(2006). Por ello, sería interesante reflexionar sobre el hecho de que en la medida que cambie esta percepción, el desempeño profesional de las enfermeras es posible que mejore.

Tal como en su día planteó Florence Nightingale con su obra *Notas sobre la Enfermería, ¿Qué es y no es la Enfermería?* (1859), parece que los resultados apuntan a que en la

actualidad las enfermeras tendrían que dedicar esfuerzos para incorporar en su práctica diaria una nueva actividad que puede ayudar a avanzar a la disciplina: hacer pedagogía activa de lo que es la enfermería y de la importancia de los cuidados enfermeros.

Para explicar qué es la enfermería es imprescindible que la disciplina, y sus propios integrantes, tengan delimitada la esencia y aportación específica de la actividad que ofrecen a la sociedad. Sin embargo, en nuestra investigación hemos observado que, a pesar de que las enfermeras destacan que cuidar es su misión principal, la mayoría de ellas no concretan el significado de dicho término. Este hecho es probable que sea el resultado de las influencias de diferentes factores como: la propia evolución disciplinar, el establecimiento del término *cuidar* desde el ámbito académico, la dificultad en la práctica para llevar a cabo los cuidados enfermeros y la falta de tradición en el desarrollo de una actividad enfermera reflexiva que cuestione el sentido y significado de cuál es su aportación a la sociedad.

Algunos estudios sugieren que las enfermeras en general adquieren su identidad profesional a través de su proceso de formación académica (Arreciado, 2014; De Oliveira et al., 2013). En España las últimas generaciones de enfermeras han recibido una formación donde se ha reforzado la configuración de una identidad profesional vinculada a la actividad de cuidar. A pesar de ello, en la práctica la ejecución de esta actividad choca con lo que las instituciones sanitarias exigen de estas profesionales, en especial en el ámbito hospitalario. Factores como la falta de tiempo, los bajos ratios usuario/enfermera y/o la falta de apoyo institucional parecen provocar que las enfermeras vayan reajustando sus expectativas a un entorno poco favorecedor de la realización de una actividad enfermera centrada en las personas.

En base a todo lo expuesto hasta el momento, y a la luz de los resultados, podemos afirmar que existe un cisma importante entre la percepción de los usuarios y la percepción de las enfermeras. Como se ha analizado con anterioridad, muchas son las explicaciones que nos ayudarían a entender esta situación, sin embargo, cabe recordar que a pesar de los impedimentos socioculturales e institucionales y de los desajustes administrativos, el motor principal que puede ayudar a que la sociedad identifique el verdadero sentido de los cuidados enfermeros son las propias enfermeras (Lunardi, 1998, 2006; Aiken et al, 2002).

Resulta evidente que la enfermería como disciplina tiene un largo camino por delante, y algunos problemas que resolver, pues si las propias enfermeras no saben concretar su aportación, más allá de utilizar en sus discursos de manera reiterativa el término cuidar, es difícil que puedan mostrar a la sociedad sus capacidades como proveedoras de cuidados y agentes de salud y, más difícil todavía será que incorporen propuestas cuidadoras emergentes que contemplan la atención y cuidado de las emociones.

Por último es importante recordar que si la sociedad desconoce todo lo que pueden aportar en la actualidad las enfermeras, no podrán reclamar sus servicios y con ello contribuir a la visibilidad de la práctica enfermera como agente de cuidados y motor de cambio de una sociedad mejor cuidada.

¿Qué aspectos de la práctica enfermera son percibidos por los usuarios y las enfermeras como los más relevantes?

Conocer el significado que las personas otorgan a sentirse cuidadas, es sin duda un elemento clave para poder llevar a cabo una actividad enfermera que pueda satisfacer las necesidades reales de estas personas. Cada individuo, según su edad, contexto sociocultural, sexo, etc. otorga un sentido diferente a la sensación de estar bien atendido, pero es posible que existan algunos rasgos comunes en la mayoría de ellos. En relación a este aspecto, los resultados de nuestro estudio indican que las percepciones de los usuarios y las enfermeras sobre los aspectos más relevantes de la práctica enfermera presentan algunas diferencias; lo cual coincide con otras investigaciones (Bautista, 2008).

Los usuarios perciben que lo más importante de la actividad enfermera es el tipo de trato que se establece entre ellos y las enfermeras. Entienden que la relación ideal (“buen trato”) es aquella que está impregnada de amabilidad y empatía y que además, se caracteriza por la existencia de una buena comunicación (con escucha activa) a través de la cual se ofrece explicación y/o información continua a los usuarios. Estos resultados coinciden con los identificados por otros estudios (Caligiore y Díaz, 2004; Casanovas et al., 1995; Prandi et al., 2007) que indican, al igual que en nuestra investigación, que la amabilidad es la características más valoradas por los usuarios, incluso por encima de la eficacia.

Teniendo en cuenta estos resultados, al parecer los usuarios no desean únicamente ser atendidos de sus problemas físicos sino que necesitan y valoran una atención impregnada

de valores humanos, que contemple la dimensión emocional. Sin embargo, hay que tener en cuenta que otros estudios (Bautista, 2008) han aportado datos diferentes, poniendo de relieve que algunas personas consideran más importantes las habilidades técnico-sanitarias que los comportamientos relacionados con el buen trato y la atención a las emociones.

Así mismo, relacionado con lo anterior, cabe resaltar que también hemos identificado que los usuarios que destacan el buen trato como aspecto relevante de la práctica enfermera, sienten que una relación amable incrementa su sensación de bienestar y que repercute de manera positiva en su estado, en especial cuando se sienten muy vulnerables. Según diferentes autores (Gray y Smith, 2009; Williams y Irurita, 2004; 2006), cuando las enfermeras realizan cuidados emocionales basados en una capacitación formal, estos cuidados pueden convertirse en un elemento terapéutico que influye en el bienestar, la salud y/o proceso de recuperación de los individuos.

En la línea de lo que plantea Jean Watson (1985, 2007), los resultados de nuestro estudio señalan que los usuarios, al tener una relación satisfactoria con las enfermeras, confían más en ella y en las recomendaciones que les puedan ofrecer; favoreciéndose así la adherencia al tratamiento. Este resultado coincide con otras investigaciones que identificaron que cuando las personas se sienten bien atendidas, escuchadas y respetadas, tienden a cumplir más el tratamiento (Pacheco, 2011).

Además del buen trato, amable, empático y con presencia de escucha activa, hemos observado que la mayoría de usuarios piensan que es importante que las enfermeras ofrezcan explicaciones e informen de manera continuada y que demuestren habilidad y seguridad en la realización de los procedimientos técnico-sanitarios.

Los resultados de nuestro estudio señalan que las enfermeras coinciden con los usuarios al valorar como muy positivo tanto las habilidades técnico-sanitarias como la información y la explicación de las actividades que realizan. La diferencia radica en que los usuarios perciben que las habilidades técnicas-sanitarias y la información son aspectos relevantes pero mucho menos que el buen trato. En cambio, las enfermeras otorgan una relevancia similar a las habilidades técnico-sanitarias, a la información y al conocimiento, y en según qué contextos, incluso valoran más la dimensión técnica. Esto último coincide con los resultados de otros estudios donde se observó que enfermeras y estudiantes destacaron las

habilidades técnico-sanitarias por encima de las habilidades emocionales (Lopes, Azeredo y Rodríguez, 2012).

En relación a las emociones, nuestros resultados indican que las enfermeras tienen presente la dimensión emocional de los cuidados. Sin embargo, se ha apreciado que sus discursos se centran más en las dificultades que en los aspectos positivos y terapéuticos que podría tener para los usuarios la atención y cuidado de las emociones. Al mismo tiempo, se ha identificado que al referirse a las emociones resaltan con frecuencia la necesidad de “distancia terapéutica”.

Según Alexandre Jollien, la distancia terapéutica es utilizada por algunos profesionales de la salud como la excusa para mantener una supuesta neutralidad en la relación que les permita ser más eficaces y objetivos. No obstante, según este filósofo, es imposible cuidar a un ser humano, obviando sus necesidades humanas, y reduciéndolo a su patología (Widmer, 2009).

Un aspecto que merece una atención especial es el relacionado con la percepción que los usuarios y las enfermeras tienen sobre la importancia del conocimiento en la práctica enfermera. A pesar de que algunas investigaciones en nuestro contexto indican que los usuarios perciben que las enfermeras han mejorado su formación (Martínez, 1996; Vázquez et al., 1997), en este estudio los usuarios no han resaltado en absoluto este aspecto. Sin embargo, las enfermeras los destacan como un elemento clave, posiblemente y como consecuencia de la necesidad de reafirmación de su profesionalidad.

Nuestros resultados apuntan a que los usuarios entienden que el cuidado satisfactorio ha de estar fundamentado en el buen trato, entendido éste como un trato empático, con presencia de escucha activa y buena comunicación usuario-enfermera. A pesar de ello, se ha identificado que no tienen como expectativa que las enfermeras atiendan y cuiden las emociones pues valoran que es una demanda excesiva que puede poner en peligro tanto la eficacia de estas profesionales como su propio equilibrio emocional.

Con el propósito de aportar más elementos de reflexión sobre el papel que juegan las emociones en la actividad enfermera, en el siguiente apartado se discuten los resultados del análisis de las percepciones que los usuarios y las enfermeras poseen sobre aspectos concretos vinculados al cuidado de las emociones y la práctica enfermera.

¿Qué percepción tienen los usuarios y las enfermeras del papel de las emociones en el desarrollo de los cuidados enfermeros?

Como se ha comentado en el marco teórico, diversos autores e investigadores defienden la conexión existente entre cuerpo y mente, y por tanto, los efectos beneficiosos de la atención y cuidado de las emociones (Damasio, 2006; Peplau, 1990; Watson, 1985; 2007; Williams e Irurita, 2004, 2006).

Desde la denominada *New Nursing*, influenciada por el paradigma socio-crítico o de la transformación, se señala que es necesario que el enfermero o enfermera se comprometa emocionalmente para llevar a cabo una acción cuidadora eficaz y de calidad. Este compromiso emocional se evidencia en la práctica cuando los usuarios perciben sentirse bien cuidados (Freshwater y Stickley, 2004; Watson 1985, 2007).

Diferentes investigaciones están aportando evidencias de que el cuidado de las emociones tiene efectos positivos para la salud y que puede contribuir a una mejor recuperación, e incluso, ser determinantes en el proceso de sanación (Gray y Smith, 2009; Hunter y Smith, 2007; Williams y Irurita, 2004, 2006). Sin embargo, en nuestra investigación, los usuarios con independencia del ámbito asistencial, creen que el cuidado de las emociones no es una práctica uniforme y habitual en las enfermeras. La mitad de los usuarios no tienen la sensación de que las enfermeras cuiden y atiendan sus emociones. Según ellos, algunas enfermeras lo realizan pero otras no.

Los resultados indican que los usuarios perciben sentirse cuidados emocionalmente en especial cuando las enfermeras los tratan con amabilidad y los escuchan con atención. A pesar de ello, algunos asocian esta actividad a la competencia de otros profesionales, como por ejemplo los psicólogos y otros atribuyen dicho comportamiento a la personalidad de la enfermera. En general, los resultados señalan que los usuarios no identifican que la atención y cuidado de las emociones forme parte de los cuidados enfermeros, y por tanto, sea función de las enfermeras.

Por su parte, cuando a las enfermeras se les ha preguntado sobre la necesidad o no de atender y cuidar las emociones, la mayoría y de manera similar en Hospitalización y en Atención Primaria, han verbalizado que este tipo de cuidado es necesario. Únicamente una minoría, especialmente de Hospitalización, consideran que realizar cuidado emocional no

forma parte de sus competencias.

Las enfermeras que creen que han de realizar cuidado emocional, afirman que sin atención a las emociones es difícil se puede llevar a cabo una relación terapéutica eficaz y entienden que tener en cuenta la dimensión emocional de los cuidados contribuye a la mejora de alteraciones físicas de la salud. Estas percepciones están en la línea de lo que algunas investigaciones han puesto de relieve. Así por ejemplo, estudios recientes en atención de enfermería al enfermo oncológico han aportado evidencias de la importancia de la información, la comunicación y el apoyo emocional en relación con el bienestar y la recuperación de estos enfermos (Saares y Suominen, 2005; Knobf, 2007; Remmers, Holtgräwe y Pinkert, 2010)

En el trabajo llevado a cabo por Saares y Suominen (2005), donde se pretendió describir las experiencias y los recursos (propios y ajenos) de afrontamiento de mujeres afectadas por cáncer de mama en una unidad de cirugía de corta estancia, se identificó que las personas entrevistadas manifestaron que el apoyo emocional recibido por las enfermeras resultó un recurso importante para hacer frente a la enfermedad.

Otra investigación realizada por Remmers et al. (2010), donde se analizaron las expectativas que tenían las mujeres en una etapa temprana de cáncer de mama en relación con la atención de las enfermeras, aportó resultados que indicaban que las enfermeras, a través de una escucha activa y aceptación de sentimientos, transmiten seguridad a las mujeres y las ayudan a mantener la esperanza y la capacidad para hacer frente a la realidad.

En relación con los cuidados de enfermería y las mujeres con cáncer de mama, un extenso trabajo de revisión permitió concluir a Knobf (2007) que la mayoría de las usuarias que superaban esta enfermedad presentaban un patrón similar de recuperación, donde la presencia de apoyo social y emocional aparecía como uno de los elementos básicos.

Como se ha podido observar, las evidencias aportadas por las investigaciones, aunque de manera muy embrionaria, ya parecen señalar que el cuidado emocional de las enfermeras es una pieza clave en la recuperación y el bienestar de las personas y familias que atienden. Sin embargo, es importante no obviar que este tipo de cuidado implica la realización de un importante trabajo emocional por parte de las enfermeras.

Según Smith y Gray (2001), el término *trabajo emocional* hace referencia a la regulación de los sentimientos y expresiones emocionales como parte de la función de un trabajo remunerado.

Dentro de enfermería, el tema ha generado un interés notable y ha sido objeto de análisis. Algunas investigaciones apuntan a que el trabajo emocional requiere que las enfermeras desarrollen capacidades emocionales que las protejan de los trastornos que se asocian con el posible agotamiento secundario a este tipo de trabajo, tales como cefaleas, dificultad para dormir, úlceras o vértigos (Morrison, 2008).

Según algunos autores, es importante tener presente que las enfermeras se caracterizan por estar expuestas de manera continuada a agentes estresantes como el contacto con el sufrimiento y la muerte, la actuación en situación de urgencia y/o emergencia o la contención de conflictos derivados de situaciones críticas. Sin la presencia de una gestión adecuada de las emociones y de los sentimientos que generan estas situaciones, se puede llegar a producir un estrés crónico que en muchas ocasiones desemboca en el conocido y estudiado Síndrome de *Burnout* (Ortega y López, 2004; Limonero, et al., 2004; Gil-Monte, 2002).

Algunas investigaciones han señalado que una buena capacidad de gestión emocional puede moderar o prevenir la aparición del síndrome de *Burnout* y por tanto mejorar la calidad de vida de las enfermeras, favoreciendo el desarrollo de un cuidado enfermero de calidad. (Augusto y López-Zafra, 2010; Limonero et al., 2006, Montes-Berges y Augusto; 2007).

En nuestro estudio se ha identificado que tanto los usuarios como las enfermeras, con independencia del ámbito asistencial, coinciden en percibir que es necesario que las enfermeras tengan capacidad de gestión emocional. Tanto unos como otros, consideran que es una capacidad difícil de conseguir pero muy útil para mejorar la sensación de satisfacción, seguridad y confianza de los usuarios y de manera especial para proteger a las propias enfermeras de situaciones potencialmente desequilibrantes de su salud emocional.

Las enfermeras han destacado que aprender a gestionar las emociones tendría que ser una habilidad que se debería enseñar durante la formación básica. Esta percepción coincide con

el debate que desde hace ya algunas décadas se vienen planteando en algunos países anglosajones. Desde este contexto algunos autores defienden la necesidad de incorporar la formación en competencias emocionales durante los estudios de grado de estas profesionales con el objetivo de capacitarlas para la realización de cuidados emocionales (Cadman y Brewer, 2001; Freshwater y Stickley, 2004; McQueen, 2004).

Respecto a la poca literatura publicada en España, el énfasis se ha puesto más en las posibles alteraciones emocionales que las enfermeras pueden presentar como consecuencia del trabajo emocional, que en la necesidad de incorporar en la formación contenidos y metodologías de enseñanza-aprendizaje que pudieran favorecer la competencia de las futuras enfermeras para el desarrollo de cuidado emocional. A pesar de ello, también empiezan a surgir voces que defienden la necesidad de formar a las enfermeras en habilidades emocionales, como es el caso de Berrios et al. (2006).

Tal como se ha expuesto con anterioridad, el concepto de competencia emocional es un constructo relativamente nuevo y según el enfoque se pueden identificar variadas definiciones del término. Sin embargo, existe consenso en afirmar que dicha competencia supone una combinación dinámica de atributos (conocimientos, habilidades y actitudes) que está vinculada a una situación contextual y que su desarrollo requiere de un proceso formativo reflexivo y práctico (Bar-On, 1977, 2000; Bisquerra 2000, Bisquerra y Pérez, 2007; Goleman, 1998; Saarni, 1990, 2000).

Teniendo en cuenta las particularidades del contexto de la práctica enfermera, la propuesta teórica de Saarni (1990, 2000) es la que parece que se adecua más a las características de la capacitación emocional de las enfermeras en especial por la referencia explícita del requerimiento moral de la competencia emocional.

A nivel de enfermería, el comportamiento ético-moral viene determinado por una vertiente profesional y otra personal. En algunas situaciones, las respuestas de las enfermeras pueden surgir, no tanto como consecuencia de las influencias de la ética profesional, sino de la propia conciencia moral.

Según Martínez (1995), es importante tener presente que los hechos personales se convierten en “morales” cuando provienen de la conciencia, que además se sustenta en un sistema de valores propios. Este autor afirma que la formación moral no es algo nuevo, es

condición necesaria para el desarrollo de una formación integral, es práctica habitual en muchas instituciones pedagógicas que, preocupadas por la persona de sus estudiantes, enfatizan esta dimensión de la formación humana. Pero al mismo tiempo es una práctica infravalorada, no comprendida en sus justos términos e, incluso, confundida con la educación religiosa, la educación política y la educación cívica y social. Así mismo, defiende que el desarrollo de una personalidad moral requeriría del cultivo de una serie de habilidades como el *autoconocimiento*, la *autonomía y autorregulación*, la *capacidad para transformar el entorno*, la *comprensión crítica*, la *empatía y perspectiva social*, las *habilidades para la convivencia* y el *razonamiento moral*.

Por su parte, Iriarte et al., (2006), defienden que para el desarrollo correcto de la competencia emocional es indispensable la incorporación de una dimensión moral que permita un uso ético-moral de las capacidades que se derivan de la competencia emocional.

En la misma línea, Saarni (2000) destaca en su propuesta sobre la competencia emocional la importancia de la dimensión moral. Esta autora define la competencia emocional como la demostración de la *autoeficacia emocional* durante las transacciones sociales, afirma que la competencia emocional se adquiere a lo largo del desarrollo y está configurada por ocho habilidades.

En nuestra investigación hemos constatado que algunas de las habilidades emocionales que configuran la competencia emocional según la propuesta de Saarni (2000) han sido resaltadas de manera especial tanto por los usuarios como por las enfermeras. Así, por ejemplo, ante un posible conflicto usuario-enfermera, situación especialmente crítica que requiere de un nivel óptimo de competencia emocional, tanto los usuarios como las enfermeras han destacado como necesario la presencia de determinadas habilidades entre las que se identifican habilidades emocionales como la capacidad de autocontrol emocional, la empatía y la capacidad de escucha activa.

Una de las habilidades emocionales que tanto los resultados de nuestro estudio, como la literatura publicada resalta como especialmente necesaria en enfermería es la empatía.

La empatía de manera habitual es definida como la capacidad de ponerse en lugar del otro y aproximarse a lo que otra persona está sintiendo; supone esfuerzo e intención consciente de comprensión (Hojat, 2012; Reynolds y Scott, 2000).

La empatía desde la perspectiva de Watson (1985, 2007) es requisito imprescindible para mantener una relación significativa (*relación transpersonal*) que permita comprender con profundidad los sentimientos del otro. Desde la perspectiva de esta autora, un comportamiento empático requiere que se preste atención atenta a las personas, más allá de la atención inconsciente, supone un esfuerzo y una intención consciente de comprensión.

Se podría afirmar que los sujetos empáticos tienen la capacidad de adentrarse en las profundidades de lo que se transmite a través de la comunicación tanto verbal como no verbal. Expresiones, gestos o miradas son captados por los individuos empáticos de manera que les ayuda a acercarse más a la comprensión de los sentimientos del otro (Hojat, 2012).

En general ser empáticos con el dolor físico es en cierto modo fácil, pues la mayoría de las personas han sentido este tipo de dolor en un momento u otro. Sin embargo, cuando se trata de dolor emocional, puede ser mucho más difícil saber lo que el individuo está sintiendo, y por ello, es posible que el esfuerzo de atención y consciencia ha de ser mayor (Hojat, 2012).

Los resultados en nuestra investigación indican que todos los usuarios, con independencia del ámbito asistencial, creen que la empatía es fundamental en los cuidados enfermeros; lo cual coincide con lo identificado por Mira et al. (2002).

Los usuarios entienden que las enfermeras con capacidad de ser empáticas contribuyen a que la relación usuario-enfermera sea más cálida y afectuosa; aspectos por otro lado muy valorados por ellos. Perciben que las enfermeras son empáticas cuando demuestran interés genuino por ellos o por su situación.

La mayoría de las enfermeras, al igual que los usuarios y con independencia del ámbito asistencial, afirman que la empatía es necesaria y algunas de ellas opinan que es una capacidad que se puede desarrollar a través de procesos de aprendizaje reflexivos y experienciales coincidiendo con el planteamiento de algunos autores (Freshwater y Stickley, 2004; McQueen, 2004). No obstante, entre las enfermeras un grupo minoritario considera que no han de establecerse relaciones empáticas pues piensan que ello podría disminuir su eficacia; incluso algunas de ellas creen que atender las emociones de los usuarios no es una de sus competencias.

Éstos últimos resultados entran en contradicción con lo que señalan algunos autores que defienden que si las enfermeras no demuestran una actitud empática es difícil que puedan comprender las necesidades de los usuarios y por tanto, es posible que no proporcionen información esencial y no realicen cuidado emocional, contribuyendo así a incrementar la angustia de las personas a las que deberían ayudar (Freshwater y Stickley, 2004; Reynolds y Scott, 2000; Watson, 2007).

Un aspecto común que han destacado tanto los usuarios como las enfermeras (aunque de forma notoria éstas últimas) es que, pese a que la mayoría valoran que la empatía es necesaria, entienden, haciendo clara alusión a la necesidad de gestión emocional, que ésta se debe producir con límites pues en caso contrario podría ser perjudicial para el propio equilibrio emocional de las enfermeras.

Según Hojat (2012) en las relaciones entre usuarios y profesionales de la salud es necesario distinguir entre empatía y simpatía. A pesar de que a menudo son términos utilizados como sinónimo, reflejan diferentes cualidades humanas que tienen influencias distintas sobre la conducta. Así, mientras que en la empatía predomina el procesamiento cognitivo por encima del emocional, en la simpatía ocurre justo lo contrario.

Relacionado con este aspecto, y con la intención de explorar la percepción de los participantes sobre el término “implicación emocional”, a los participantes se les solicitó su opinión sobre la necesidad de que las enfermeras se “implicaran o no emocionalmente”

La implicación emocional es un término que no aparece definido de manera frecuente y clara en la literatura consultada (Romero, 2000). Sin embargo, en general, al igual que los participantes del estudio, en las referencias a esta implicación se tiende a señalar que es contraproducente que esté presente en las relaciones interpersonales entre usuarios y profesionales de la salud; en este caso, las enfermeras.

En nuestro estudio se ha identificado que tanto los usuarios como las enfermeras, y especialmente éstas últimas, consideran que la implicación emocional es perjudicial para la propia enfermera y para su capacidad de toma de decisiones.

A pesar de los postulados defendidos por los autores anteriormente citados, en nuestra cultura, probablemente como consecuencia de la influencia del paradigma racional-

tecnológico, está muy arraigada la idea de que dejarse influenciar por las emociones puede ser negativo. Al mismo tiempo también está muy presente el pensamiento de que no es positiva la implicación emocional de los profesionales de la salud. El “imaginario colectivo” entiende que la implicación supone un contagio emocional que provoca pérdida de control de las emociones, pérdida de objetividad y/o pérdida de la capacidad de ayuda. Así mismo, está muy vigente en la sociedad occidental la idea de que este tipo de implicación puede provocar desgaste emocional y tener consecuencias en el estado de las personas (Moreno Leguizamón, 2006).

En consonancia con lo anterior, en este estudio se ha observado que los usuarios valoran que la implicación emocional es necesaria pero perciben la mayoría, en especial en Hospitalización, que ésta se tendría que producir dentro de ciertos límites, pues en caso contrario podría ser perjudicial para las enfermeras. De manera muy residual, algunos usuarios creen que la implicación emocional no es necesaria.

En esta línea, se ha identificado entre los usuarios (la mayoría de Atención Primaria) que consideran sin matices que la implicación emocional es imprescindible el convencimiento de que esta implicación es un valor de la práctica enfermera que contribuye al bienestar y al proceso de recuperación del usuario.

Por su parte, la mayoría de las enfermeras, con independencia del ámbito asistencial, afirman que la implicación emocional no debería producirse nunca, o como mucho, si se produce, debería ser con límites. Los argumentos de esta no implicación emocional se fundamentan en la autoprotección emocional y la posible pérdida de eficacia (Moreno Leguizamón, 2006).

Algunas investigaciones recientes, en relación con lo anterior, han aportado resultados que evidencian que las personas con más capacidades emocionales tienden a afrontar mejor las situaciones de estrés y el afrontamiento de situaciones emocionalmente intensas (Augusto y López-Zafra, 2010; Augusto-Landa et al., 2008; Limonero et al., 2006, Montes-Berges y Augusto; 2007), lo cual señalaría que la capacitación emocional de las enfermeras protegería su salud emocional al mismo tiempo que podría favorecer la disminución del temor a la conexión emocional con las personas que cuida.

De manera coherente, y desde la percepción no tácita de que las emociones son

potencialmente peligrosas para las propias enfermeras, el desconocimiento del posible efecto beneficioso del cuidado emocional, y de la fuerte presencia e influencia del paradigma racional-tecnológico en nuestra sociedad; en nuestra investigación los usuarios y las enfermeras han destacado como prioritarias en estas profesionales las capacidades técnico-sanitarias por delante de las emocionales.

Tal como se ha evidenciado a lo largo de esta discusión, parece evidente que el cuidado enfermero satisfactorio, eficaz y potencialmente terapéutico se caracteriza por contemplar y cuidar la dimensión emocional de las personas. Se ha expuesto como este tipo de cuidado comporta compromiso moral y trabajo emocional por parte de las enfermeras, al mismo tiempo que requiere de la presencia de una serie de habilidades emocionales como la empatía, la capacidad de gestión emocional o la capacidad de escucha activa.

Según Watson (2007) la enfermería está centrada en relaciones de *cuidados transpersonales*. Defiende que la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y a su vez es capaz de expresarlos, de forma semejante a la persona que los experimenta en un contexto de compromiso moral con ella.

Al igual que Jean Watson, otros autores opinan que la comprensión y el reconocimiento de las emociones propias (*autoconciencia* o *conciencia de las propias emociones*) es una habilidad imprescindible en enfermería (Freshwater y Stickeley, 2004; McQueen, 2004; Rego, Godinho, McQueen y Pina, 2007).

Sin embargo, a pesar de que son muchos los autores (Bar-On y Parker, 2000; Bisquerra, 2009; Ciarrochi y al., 2001; Goleman, 1995; Saarni, 1990, 2000; Iriarte et al., 2006; Salovey y Mayer, 1990) los que afirman que la capacidad de *conciencia de la propias emociones* o *autoconciencia emocional* es la condición necesaria para poder desarrollar el resto de capacidades que componen la competencia emocional, en este estudio ni usuarios ni enfermeras han destacado ni han hecho referencia explícita a la necesidad de la presencia y/o desarrollo de la misma.

Según Iriarte et al., (2006) las investigaciones permiten concluir que a mayor conciencia emocional, mayor claridad para etiquetar los estados afectivos, más posibilidades de

atender a la información proveniente de uno mismo, más capacidad para aceptar los sentimientos propios y ajenos, mejor habilidad para regular y controlar las emociones; y entre otros aspectos, mayor autoconfianza.

Por último y como cierre de la presente discusión, consideramos necesario recordar que los modelos de cuidados emergentes se sitúan en la búsqueda del equilibrio entre lo racional y lo emocional en cada una de las intervenciones enfermeras. Por ello, para cuidar desde estas nuevas propuestas enfermeras, parece evidente que no son suficientes únicamente los conocimientos y/o habilidades técnico-instrumentales sino que se requiere así mismo de una formación específica que posibilite el desarrollo de la competencia emocional de las enfermeras (Cadman y Brewer, 2001; Freshwater y Stickle, 2004; McQueen, 2004).

A pesar de los múltiples cambios que ha experimentado la formación enfermera en las últimas décadas, todavía se puede observar cómo, salvo algunas excepciones, los contenidos curriculares y las metodologías imperantes perpetúan un modelo funcionalista de la educación, más centrado en el desarrollo de competencias cognitivas e instrumentales que en la potenciación del aprendizaje reflexivo, significativo y de crecimiento personal y emocional.

De acuerdo con el planteamiento de algunos autores, entre ellos el de la Dra. Watson, la compleja sociedad contemporánea necesita que la enfermería sea entendida no sólo como una disciplina aplicada, sino también como una filosofía de vida que incorpore las emociones humanas a la vida cotidiana. Es probable que haya llegado el momento de iniciar un nuevo enfoque formativo de la enfermería en el que las aportaciones desde la investigación tienen y tendrán un papel determinante.

6. Conclusiones

En relación con los objetivos planteados, las principales conclusiones de nuestra investigación son:

1. Los usuarios desconocen lo que las enfermeras pueden aportar cómo agentes de salud más allá de la colaboración con otros profesionales. A pesar de que el cuidado humano es la esencia de la enfermería y de que las enfermeras reproducen el discurso de que su misión es cuidar, los usuarios no identifican que esta actividad sea la función propia de estas profesionales. Nuestros resultados indican que construyen su percepción en base a lo que observan que realizan las enfermeras, por ello es importante que estas profesionales sean conscientes del impacto de sus actitudes y sus comportamientos en la visibilización de la aportación propia de la enfermería como disciplina.
2. Las enfermeras tienen dificultad en concretar la naturaleza de la actividad que las define como profesionales (cuidar), lo que nos indica que en nuestro contexto la enfermería todavía se encuentra en una etapa inicial de desarrollo y de definición epistemológica. Dada la fuerte presencia y hegemonía en los actuales sistemas sanitarios de modelos biomédicos muy influenciados por el paradigma racional-tecnológico, se intuye difícil la aplicación de propuestas cuidadoras innovadoras como la de la Dra. Watson que, desde el paradigma socio-critico, propone que las enfermeras, más allá del tradicional rol funcionalista e instrumental, incorporen la atención y cuidados de las emociones en su práctica habitual.
3. Las expectativas que los usuarios tienen de las enfermeras son reduccionistas y están por debajo de lo que en realidad pueden ofrecer éstas como profesionales. A pesar de que valoran de manera especial el “buen trato” de las enfermeras, no le otorgan a éste un valor profesional y/o terapéutico. Por ello, y porque conciben la función enfermera como subsidiaria de la práctica médica, valoran más la capacitación técnico-sanitaria y de control de la enfermedad que las capacidades de cuidado emocional de las enfermeras.

4. Los usuarios asocian la sensación de bienestar con la presencia de amabilidad, empatía y escucha activa. Cuanto más vulnerable se siente la persona, más valora la atención y cuidado de las emociones. Sin embargo, la percepción de que el cuidado de las emociones es potencialmente peligroso para las enfermeras (pérdida de eficacia y/o posible alteración emocional) parece ser una de las causas que determina que los usuarios no esperen recibir este tipo de atención por parte de estas profesionales y que las enfermeras, a pesar de ser conscientes de su importancia, no lo integren habitualmente en su actividad.
5. La empatía, la escucha activa y la capacidad de gestión emocional son habilidades emocionales que han sido identificadas en nuestro estudio como básicas en los cuidados enfermeros. Por ello, se podría afirmar que, junto a otras habilidades, determinan la competencia emocional de las enfermeras. A pesar de que la literatura señala que la capacidad de autoconciencia o conciencia emocional es imprescindible para el desarrollo de estas y otras habilidades, en nuestra investigación los usuarios y las enfermeras no han hecho referencia explícita a la necesidad de esta capacitación. Sería conveniente continuar investigando en esta línea para poder concretar el conjunto de habilidades que constituyen la competencia emocional de las enfermeras. Esta concreción podría contribuir a la reflexión de profesionales, gestores y educadores sobre lo que implica la presencia de esta competencia en la práctica enfermera y en relación a aspectos tan relevantes como la calidad de los cuidados, la eficacia de los equipos, la salud laboral y la formación de estos profesionales.
6. Nuestros resultados indican que los usuarios experimentan sensación de bienestar cuando sienten que son escuchados y cuando las enfermeras demuestran interés genuino por su situación, lo que sugiere que el tipo de relación que establecen las enfermeras puede ser potencialmente terapéutico. Sin embargo, las enfermeras parecen tener miedo a conectar emocionalmente con los usuarios ante una posible pérdida de eficacia o afectación de su propio equilibrio emocional. Se intuye que la falta de habilidades emocionales es la causa de esta situación. Sería necesario continuar investigando en esta línea.

7. El temor al posible contagio emocional está limitando el desarrollo de cuidados enfermeros potencialmente terapéuticos. Sería relevante investigar sobre los posibles beneficios sanitarios (incremento de la adherencia a los tratamientos, disminución de la demanda no justificada, aumento de la satisfacción de los usuarios, etc.) que podría aportar que las enfermeras emocionalmente competentes desarrollasen cuidados centrados en la atención y cuidado de las emociones. Ello contribuiría a justificar la necesidad de formación de las enfermeras en habilidades emocionales y le otorgaría valor a este tipo de cuidado enfermero.

8. En el *Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería* de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2004) se contemplan las competencia socio-emocionales como requisito de los futuros enfermeros y enfermeras. También, y desde hace décadas, en el currículum formativo de estos profesionales están incorporados contenidos relacionados con los aspectos psicosociales del cuidado humano. Sin embargo, a pesar de esta sensibilidad por el tema, y a tenor de los resultados de nuestro estudio, se hace necesario revisar qué habilidades emocionales se enseñan, qué estrategias docentes se utilizan para ello y como se plantea el aprendizaje de estas habilidades a lo largo de todo el proceso formativo de estos profesionales.

Reflexión final

Por último y como se cierre de las conclusiones de nuestra investigación, nos parece relevante compartir una reflexión final:

La sociedad actual parece ser cada vez más consciente de la importancia de las emociones en la vida de las personas. La literatura publicada señala que el cuidado de las emociones tiene un efecto terapéutico. Nuestros resultados indican que este tipo de cuidado ni es esperado por los usuarios ni es realizado por la mayoría de las enfermeras. Al mismo tiempo, las enfermeras tienen miedo a la conexión emocional excesiva durante los cuidados enfermeros.

Por todo ello, es posible que haya llegado el momento de realizar un profundo replanteamiento de cómo se están implementado los actuales planes de estudios, para que de manera explícita, se dirijan los esfuerzos formativos desde el tradicional aprendizaje centrado en la adquisición de competencias cognitivas y técnico-sanitarias, que aunque necesarias se antojan insuficientes en la sociedad actual, hacia la adquisición de competencias emocionales que capaciten a las enfermeras para, más allá de su propia personalidad, hacer frente a un mundo cada vez más diverso, cambiante y complejo. Es un reto ambicioso, pero sin duda necesario.

7. Limitaciones de la investigación

Como toda investigación, nuestro estudio tiene una serie de limitaciones que presentamos a continuación:

- No es posible la generalización de los resultados debido a que nuestro muestreo es de conveniencia, pero sí la transferibilidad de los mismos.
- Se aprecia la necesidad de replicar la investigación en otros contextos sanitarios y culturales para comprobar si se obtienen resultados similares y/o diferentes y así acabar de confirmar las conclusiones de nuestro estudio.
- Sería conveniente en las futuras investigaciones que la proporción de hombres y mujeres de la muestra fuera más homogénea, todo y que en el contexto de enfermería es difícil de conseguir.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que el estudio llevado a cabo ha presentado resultados interesantes que pueden contribuir a la calidad de los cuidados enfermeros, al desarrollo disciplinar de la enfermería y a la mejora en la formación de los futuros enfermeros y enfermeras.

8. Líneas de investigación

El papel de las emociones en enfermería es un tema que ha sido poco estudiado en nuestro entorno. Por ello, como primer paso para la realización de futuras investigaciones, se planteó este estudio de carácter exploratorio-descriptivo.

De manera coherente con este planteamiento, los resultados y las conclusiones de nuestra investigación no pretenden la generalización empírica, pero sí esperan poder contribuir al avance de la enfermería como disciplina y al desarrollo de cuidados enfermeros de calidad.

Las aportaciones de la presente tesis doctoral no tendrían ningún valor si más allá de sus objetivos académicos y de investigación no se continuara el camino iniciado. Por tanto, y con el ánimo de estimular nuevos estudios, se proponen como futuras líneas de trabajo seguir investigando en:

- La definición epistemológica de los cuidados enfermeros y de la propia enfermería como disciplina.
- Las repercusiones que en la calidad asistencial podría tener que la población visibilizara el potencial de las enfermeras como agentes de salud que, más allá de la realización de procedimientos técnico-sanitarios, son capaces de contribuir a la satisfacción integral de las necesidades de salud de las personas, familias y/o comunidades.
- Los beneficios sanitarios (incremento de la adherencia a los tratamientos, disminución de la demanda no justificada, aumento de la satisfacción de los usuarios, etc.) que puede aportar que enfermeras capacitadas emocionalmente desarrollen cuidados que contemplen la atención y el cuidado de las emociones.
- La conceptualización, a partir de la identificación de las habilidades y/o capacidades emocionales de las enfermeras, del constructo de competencia emocional aplicado al ámbito de enfermería.
- La elaboración de propuestas formativas de grado y posgrado que promuevan el aprendizaje reflexivo, al mismo tiempo que práctico, de habilidades y capacidades que posibiliten la competencia emocional de las futuras generaciones de enfermeros y enfermeras.

Como se ha comentado en el apartado de introducción, los resultados, la literatura consultada, así como todo el proceso de reflexión que ha acompañado la elaboración de esta tesis doctoral, nos ha sugerido un conjunto de ideas que se han ido interconectando y que nos han conducido finalmente a plantearnos el diseño de una propuesta formativa en competencias emocionales.

En una investigación, además de la generación de conocimientos, la transferencia de los mismos es un proceso enriquecedor y una fuente importante de innovaciones y de mejora que posibilita el desarrollo de prácticas profesionales de calidad. Por ello, y a pesar de que la elaboración de un programa formativo no se corresponde con ninguno de los objetivos planteados en esta investigación, hemos considerado relevante compartir, a modo de cierre de la presente tesis doctoral, los elementos claves que configurarían el diseño de dicho programa.

8.1. Propuesta formativa en competencias emocionales en enfermería

Partiendo de la premisa de que la capacitación de las enfermeras en competencias emocionales contribuye al cuidado humano tanto del receptor de los cuidados enfermeros como del propio enfermero o enfermera, creemos que es imprescindible avanzar hacia la elaboración de propuestas innovadoras que a través de la investigación-acción puedan contribuir a la formación de los actuales y futuros estudiantes de enfermería.

La exposición que se presenta en este apartado únicamente pretende ser un esbozo de un programa formativo que requeriría como paso previo a su elaboración definitiva de la realización de:

- Análisis de los actuales planes formativos en enfermería y de las estrategias docentes que se utilizan para el desarrollo de las competencias emocionales.
- Ampliación de las evidencias científicas sobre formación en habilidades emocionales en enfermería (programas formativos, actividades didácticas, tipo de habilidades que se trabajan, etc.)
- Diseño detallado del programa: descripción de los contenidos temáticos, de los objetivos de aprendizaje, de la metodología de enseñanza, así como del sistema de evaluación.
- Diseño del sistema de evaluación del programa: evaluación de proceso y de resultados.

Elementos claves del diseño

La propuesta formativa que se sugiere consiste en un programa de desarrollo de habilidades emocionales y no emocionales (6 en total), enmarcado en un contexto de aprendizaje reflexivo ético-moral, que tiene como objetivo principal *potenciar, a través de acciones formativas intencionadas en el currículum académico, el desarrollo humano y emocional de los estudiantes de enfermería.*

Los *objetivos específicos* del programa serían:

1. *Favorecer el desarrollo de la capacidad de autoconocimiento, autoconciencia o conciencia de las propias emociones*¹³ de los estudiantes durante los primeros años de formación (primer y segundo curso).
2. *Fomentar a partir de tercer curso que los estudiantes aprendan habilidades que posibiliten su capacitación emocional en:*
 - 1.1. Capacidad de escucha activa y de diálogo.
 - 1.2. Comportamientos empáticos versus simpáticos.
 - 1.3. Capacidad de gestión emocional y autorregulación.
 - 1.4. Comprensión crítica.
 - 1.5. Capacidad para la autoeficacia emocional.

Fundamento epistemológico

Esta propuesta formativa ha tomado como referentes teóricos claves el enfoque teórico-filosófico de cuidados de la Dra. Watson (*Teoría del Cuidado Humano*), la conceptualización de competencia emocional de Saarni (2000) y algunas de las aportaciones sobre la formación moral procedentes del ámbito de la educación (Martinez, 1995).

De la propuesta filosófica de cuidados de Jean Watson (1985, 2007) se considera de especial relevancia su manera de entender el cuidado enfermero desde una perspectiva fenomenológica y existencialista, donde se contempla la complejidad del ser humano desde lo afectivo, los sentimientos y las emociones; realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas. Al mismo tiempo, dado el propósito final de la propuesta formativa, esta opción teórica se considera una de las más adecuadas al plantear explícitamente que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades ético-morales y sociales con los individuos que cuida y con la sociedad en general.

¹³ Tal como plantean algunos autores, la conciencia emocional es un paso previo para la adquisición de otras habilidades emocionales (Bar-On y Parker, 2000; Bisquerra, 2009; Ciarrochi y al., 2001; Goleman, 1995; Saarni, 2000; Iriarte et al., 2006; Salovey y Mayer, 1990).

Del enfoque teórico de Saarni (2000) sobre la competencia emocional interesa especialmente el énfasis que esta autora pone en la interacción persona-ambiente y por consiguiente en los procesos de aprendizaje y desarrollo. Así mismo, por las características de la enfermería como disciplina práctica, se ha valorado de especial interés el planteamiento que se realiza sobre la conceptualización de la competencia emocional, entendiéndola como la demostración de *autoeficacia emocional*.

Como se ha expuesto anteriormente en el marco teórico, Saarni (2000) entiende la *autoeficacia* como la capacidad para lograr los objetivos que la persona se plantea y para ello es imprescindible el conocimiento de las propias emociones y la capacidad de gestión de las mismas hacia los resultados deseados. Estos resultados sin embargo se caracterizan por depender de los principios morales que la persona tiene, por ello, los valores éticos y morales son un elemento clave en la conceptualización de la competencia emocional en su modelo teórico.

Por último, del tercer referente teórico (la propuesta de formación moral de Martínez, 1995) se ha valorado tanto las aportaciones teóricas como el ámbito disciplinar desde la que se plantea, pues al ser el educativo, aporta una concepción a la formación moral que complementa los anteriores enfoques.

Contexto curricular y áreas de trabajo

Como se ha comentado anteriormente, la propuesta formativa perseguiría *la formación emocional* en un *contexto ético-moral* a lo largo del currículum académico. En el caso de este tipo de formación, la literatura publicada señala el requerimiento de un abordaje transversal, de carácter reflexivo y preferentemente experiencial (Christiansen y Jensen, 2008; Harrison y Popma, 2010; Horton-Deutsch y Sherwood, 2008). Por este motivo, en la línea de lo que plantean algunos autores se propondría como contexto para la integración de este programa la materia curricular donde están ubicados los aprendizajes teórico-prácticos (Prácticums). Esta metodología reflexiva y práctica precisaría de grupos reducidos de estudiantes, así como de docentes motivados y expertos.

Para finalizar, resaltar que la elaboración detallada de este programa formativo, su implementación y seguimiento, exigiría de un proceso de evaluación continuada que posibilitara tanto la valoración de su eficacia, la identificación de los ajustes necesarios, así

como la recopilación de información que permitiera aportar evidencias sobre las habilidades susceptibles de configurar la competencia emocional en enfermería.

Bibliografía

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2004). *Libro Blanco, Título de Grado de Enfermería*. Madrid: ANECA.
- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J., Silber J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 280 (16), 23-30.
- Akerjordet, K., Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 164-170.
- Akerjordet, K., Severinsson, E. (2008). Emotionally intelligent nurse leadership: a literature review study. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 565-577.
- Akerjordet, K., Severinsson, E. (2010) The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18, 363-382.
- Alberdi Castell, R.M. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas Enferm II*, (11), 20-26.
- Alberici, J., Serreri, P. (2005). *Competencias y formación en la edad adulta*. Balance de competencias. Barcelona: Alertes.
- Álvarez de la Rosa, A.E., Olivares, C., Cadena, J.C., Olivera, S.S. (2012). Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enf Neurol*, 11 (2), 68-72.
- Amendolair, D. (2003). Emotional intelligence: Essential for developing nurse leaders. *Nurse leader*, 1(6), 25-27.
- Amezcua M. (2003). 25 años, y un futuro por delante. A propósito de la integración de la Enfermería en la Universidad española. *Index Enferm*, 40-42. Recuperado el 13 de abril de 2013, de http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_9-10.php.
- Aradilla, A., Tomás-Sábado, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16, (6), 321-326.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J., Limonero, J. (2009). Inteligencia emocional, Alexitimia y Ansiedad ante la Muerte en enfermeras españolas. En: P. Fernández-Berrocal y otros (Coords). *Avances en el estudio de la Inteligencia Emocional*. Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Aradilla-Herrero, A. (2013). Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. Recuperado el 12 de marzo 2014 de <http://hdl.handle.net/10803/119774>.

- Arceciado, A. (2013). Identidad profesional enfermera. Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria. Tesis doctoral. Recuperado el 12 de febrero de 2014 de <http://hdl.handle.net/10803/129270>
- Arvey, R.D. et al. (1994). Mainstream Science on Intelligence. *Wall Street Journal*, 18. Recuperado el 23 gener 2013 de <http://www.psychpage.com/learning/library/intell/mainstream.html>.
- Augusto-Landa, J.M., López-Zafra, E., Berrios-Martos, M. y Aguilar-Luzón, M. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 888-901
- Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Aguilar-Luzán, M. C., Salguero de Ugarte, M. F. (2009). Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse Education Today*, 29 (7), 801-808.
- Augusto, J.M., López-Zafra, E. (2010). The impact of Emotional Intelligence on Nursing: an overview. *Psychology*, 1, 50-58.
- Báez, C (2006). Trabajo emocional en enfermería. *Metas de Enfermería*, 9, (10), 59-64.
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. y Parker, J. (2000). *The handbook of emotional intelligence. Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2005). The Bar-On model of emotional-social intelligence. En P.Fernández-Berrocal Extremera (editors), Special Issue on Emotional Intelligence. *Psicotherma*, 17.
- Bar-On (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bautista, L.M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander . *Aquichan*, 8 (1), 74-84.
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Bernabeu, M.D., Cònsul, M. (2004). Similitudes entre el Proceso de Convergencia en el ámbito de la Educación Superior Europea y la adopción del Aprendizaje Basado en Problemas en la E.U.I. Vall d'Hebron de Barcelona. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 18 (1), 97-107.

- Berrios, M.P., Augusto, J.M., Aguilar, M.C. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index Enferm.*, 15, (54), 30-34.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R., Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Boff, D. (2002). *El cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Madrid: Trotta.
- Boyatzis, L.A., Goleman, D., y Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory (ECI). En R. Bar-On, y J.D. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 343-362). San Francisco: Jossey-Bass.
- Burguete, M.D.; Martínez, J.R., Martín, G. (2010). Actitudes de género y estereotipos en enfermería. *Cultura de los cuidados*, 28, 39-48. Recuperado el 15 febrero 2012 de: <<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/370>>.
- Cadman, C., Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9 (6), 321-324.
- Caligiore, I., Díaz, J. A. (2003). Satisfacción del usuario del área de hospitalización de un hospital de tercer nivel. Mérida. Venezuela. *Enfermería Global*, 2 (1), 1-11. Recuperado el 24 de abril 2013 de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/659>.
- Cano-Caballero M.D. (2004). Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm*, 13 (46), 34-39. Recuperado el 6 de marzo de 2012 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007.
- Carpenito, L.J. (2002). *Manual de diagnósticos de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.
- Casacuberta, D. (2000). *¿Qué es una emoción?* Barcelona: Crítica.
- Casacuberta, D., Limonero, J.T., Villamarín, F. (2003). *Motivació i emoció*. Barcelona: Universtitat Oberta de Catalunya.
- Casanovas, I., Lázaro, P., Mitjans, J., Reixach, M. (1995). Papel de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. *Enferm Clin*, 5, 61-68.
- CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning). (2006). SEL Competences. University of Illinois, Chicago. Recuperado el 9 de enero de 2012, de http://www.casel.org/about_sel/SELskills.php.
- Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Mayer, J. D. (2001). *Emotional intelligence in everyday life :a scientific inquiry*. Philadelphia, PA: Psychology Press.

- Cibanal, L. et al. (2001). La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cultura de los cuidados*, 5 (10), 88-99.
- Chacón, M., Grau, J.A. (2004). *Burnout* y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Revista Psicología y Salud*, 14, (1), 67-78.
- Chalifour, J. (1994). *La relación de ayuda en enfermería, una perspectiva holística*. Barcelona: Edit. SG Editores.
- Chamizo, C. (2004). La perspectiva de género en la enfermería española. *Index Enferm*, 13 (46), 40-44. Recuperado el 24 de febrero de 2012 de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=en&nrm=iso>.
- Coll, C.(1990). Constructivismo y educación: la concepción constructivista de la enseñanza y el aprendizaje. En C. Coll, J. Palacios, y A. Marchesi, (Eds.). *Desarrollo psicológico y educación*, 2, 157-188.
- Collière, M.F. (1981). Cuidados de enfermería reflexiones sobre el servicio de enfermería contribución a la identificación del servicio prestado. *Rev ROL Enf.*, Año IV (40), 60-69.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill.
- Consejo General de Enfermería de España (2007). *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. Recuperado el 10 de febrero de 2014 de <http://www.gencat.cat/salut/cpic/html/ca/dir3469/informerecursoshumanosespanayue2007.pdf>.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2010). Definición de enfermera. Recuperado el 5 marzo 2012 de: <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- Christiansen y K. Jensen (2008). Emotional learning within the framework of nursing education. *Nurse Education in Practice*, 85, 328–334.
- Creswell, J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cummings, G.G., Hayduk, L., Estabrooks, C.A. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Research*, 54, 1–11.
- Damasio, A. (2006). *El error de Descarte. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica.
- Davis, C. (2005). Can you read the emotional radar? *Nursing Standard*, 20 (12), 26-7.
- De Oliveira et al. (2013). Factores relacionados con la identidad profesional del enfermero: visión de los discentes. *Enfermería global*, 12 (29), 130-137. Recuperado el 13 de abril de 2012 de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/157421>

- Descartes, René (2003), *Las pasiones del alma*. Recuperado el 27 enero 2012 de la Biblioteca virtual universal en [http:// isaiasgarde.myfil.es/get_file?path=/descartes-ren-las-pasiones-del.pdf](http://isaiasgarde.myfil.es/get_file?path=/descartes-ren-las-pasiones-del.pdf) 25/07/210.
- Domínguez, C. (1985). Imagen de la enfermera en la sociedad. *Rev Rol Enf*, 83, 66-72.
- Domínguez-Alarcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Donahue, M. Patricia. (1987). *Historia de la Enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Ekman, P., Davidson, R.J. (1994). *The nature of emotions: fundamental questions*. Nueva York: Oxford University Press.
- Elías A, Esteve C, Esteve N, Pagès J, Pera I, Peya M (1999). *Competències de la professió d'infermeria*. Barcelona: Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut.
- Emeghebo, L. (2012). The image of nursing as perceived by nurses. *Nurse education today*, 32 (6), 49-53.
- Errasti-Ibarrondo B., Arantzamendi-Solabarrieta M., Canga-Armayor N. (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *An.Sist. Sanit. Navar.*, 35(2), 269-284. Recuperado el 15 de abril de 2013 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272012000200009&script=sci_arttext
- Eseverri, C. (1995). *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Madrid: Universitas.
- Espinoza V., Maritza, Sanhueza A., Olivia. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 607-613. Recuperado el 13 de abril de 2013 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400020&lng=en&tlng=es.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal. P. (2003). La inteligencia emocional: métodos de evaluación en el aula. *Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado el 12 marzo 2012 de <http://www.campus-oei.org/revista/deloslectores/465Extremera.pdf>.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J. M., y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 209-228.
- Evans A. (2007). Transference in the nurse-patient relationship. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14, 189-195.
- Fernández, S., Ramos, A.J. (2013). Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *ENE. Revista de Enfermería.*, 7 (1). Recuperado el 10 abril 2013 de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/256/210>.

- Forgas, R.H. (1989). *Percepción: estudio del desarrollo cognoscitivo*, 2n ed. México: Tillas.
- Freshwater, D., Stickeley, T. (2004). The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nurs Inq*, 11(2), 91-8.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind. The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada. Las inteligencias en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2000). An EI-based theory of performance. In D. Goleman, & C. Cherniss (eds.), *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations*. Recuperado el 12 mayo 2013 en http://www.eiconsortium.org/pdf/an_ei_based_theory_of_performance.pdf.
- Goleman, D., Boyatzis, R. y McKee, A. (2002). *El líder resonante crea más*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Goleman, D., Cherniss, C. (2005). *Inteligencia emocional en el trabajo: Cómo seleccionar y mejorar la inteligencia emocional en individuos, grupos y organizaciones*. Barcelona: Kairós.
- Gondra, J.M. (1990). *La Psicología moderna: textos básicos para su génesis y desarrollo histórico*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 7, (1), 3-10.
- Gil-Monte, P.R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de *Burnout*) en profesionales de Enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1 (1), 19-33. Recuperado el 24 octubre de 2012 de: http://www.bvsde.paho.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/artigo3.pdf
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., Roldán, M^aD. (2005a). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11, (2-3), 281-290.
- Gil-Monte P.R. (2005b). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

- González, M.I. (2006). Currículo basado en competencias: una experiencia en educación. *Rev. Educación y Educadores*, año/vol 9, (002). Universidad de la Sabana, Colombia, 95-117
- Grau, A., Suñer, R., García, M.^aM., (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*, 19 (6), 463-470
- Gray, B., Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical setting of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, 253-261.
- Guía para el uso no sexista del lenguaje en la *Universitat Autònoma de Barcelona*. Recuperado el 18 de septiembre de 2013 en http://www.uab.cat/Document/964/953/Guia_uso_no_sexista_lenguaje2.pdf
- Gutierrez, R., Ferrús, L., Subirana, M., Pellejà, L. (2007). *Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Recuperado el 11 de octubre de 2013 de http://www.eees.es/pdf/Analisis_del_impacto_potencial_de_la_aplicacion_del_marco_de_Bolonia_y_de_la_implementation_de_las_especialidades_oficiales_de_enfermeria.pdf.
- Harrison, P.A., Popma-Loy, J.L. (2010). Reflective journal prompts: a vehicle for stimulating emotional competence in nursing. *J.Nurs Educ*, 49 (11), 644-52.
- Henderson, V. (1977). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Henderson, V.A. (1994). *La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill.
- Hernández Martín, F. (1996) Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días. Síntesis, Madrid.
- Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente. Antecedentes, desarrollo, medición y resultados*. México: Manual Moderno.
- Horton-Deutsch, S., Sherwood, G. (2008). Reflection: an educational strategy to develop emotionally-competent nurse leaders. *J Nurs Manag*, 16 (8), 946-54.
- Hunter, B., Smith, P. (2007). Emotional labour: Just another buzz Word? *International Journal of Nursing Studies*, 44, 859-861.
- Iriarte, C., Alonso-Gancedo, N., Sobrino, A., (2006). Relaciones entre el desarrollo emocional y moral a tener en cuenta en el ámbito educativo: propuesta de un programa de intervención. *Revista Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4 (1), 177-212.
- Izard, C.; Kagan, J., Zajonc, R.B. (1984). *Emotions, cognition, and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Jones, T.L., Argentino, D. (2010). Nurse-to-nurse hostility, confrontational anxiety, and emotional intelligence: an integral, descriptive pilot study. *J Perianesth Nurs*, 25 (4), 233-4.
- Jovell, A.J. (1999). *El silencio de los pacientes*. Rev ROL Enf. 1999; 22(7-8): 507-551.
- Jovell, A.J. (2012). *El médico social*. Barcelona: Editorial Proteus.
- Juan-Espinosa, M. (1997). La inteligencia según Hans Jürgen Eysenck. *Rev. de Psicol. Gral. y Aplic.*, 80, 513-537.
- Keinginna, P.R., Kleinginna, A.M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5 (4), 345-379.
- Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kilstoff, K; Scott, G.(2005). Learning from success: improving undergraduate education through understanding the capabilities of successful nurse graduates. *Nurse Educ Today*, 25 (3), 181-8.
- Knobf, M. T. (2007). Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors. *Seminars in oncology nursing*, 23(1), 71–83.
- Landa, J. M. A., Lopez-Zafra, E., de Antonana, R. & Pulido, M. (2006). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers. *Psicothema*, 18, 152-157.
- Laval, C. (2004). *La escuela no es una empresa. El ataque neoliberal a la enseñanza pública*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R.S., Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000.
- LeDoux, J.E., Morgado, I. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel.
- Leininger M. (1995). Cuidar a los que son de culturas diferentes, requiere el conocimiento y las actitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 5, 5-8.
- Leininger M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*, 13 (3), 189-192.
- Leininger, M., McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Leininger M. (2007). Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby, 472-98.

- Ley 44/2003 de 21 de noviembre del 2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Recuperado el 12 de enero de 2011 de <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- Levinas E. (2005). Totalidad e infinito: Ensayo sobre la exterioridad. 3ª ed. España: Ediciones Sígueme.
- Limonero, J. T. Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10 (1), 29-41.
- Limonero, J. T. Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. (2006). Relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 267-278.
- López R.C., Azeredo, Z., Rodrigues, R. (2012). Habilidades relacionales: necesidades sentidas por los estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 6, 1081-1090. Recuperado el 22 de febrero 2012 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_10.pdf.
- Luis M.T., Fernandez C., Navarro M.V. (2002). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. 2ª ed. Barcelona: Masson.
- Lunardi, V. (1998). O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Tesis doctoral. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Recuperado el 10 de noviembre 2012 de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/77771/149129.pdf?sequence=1>
- Lunardi, V., Peter, E., Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16 (6), 268-274.
- Lyons, W. (1993). *Emoción*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez, J.R. (1996). Enfermería: opina la sociedad. *Enfermería científica*, 170-171, 4-8.
- Martínez, M.L., Chamorro, E. (2011). Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. (2ª Ed.). Barcelona: Elsevier.
- Martínez Martín, M. (1995). La educación moral: una necesidad en las sociedades plurales y democráticas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 7, 13-39.
- Marriner A, Raile M. (2003). *Modelos y teorías de enfermería*. 6a ed. Madrid: Elsevier Mosby.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 197-208.

- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications*. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D.; Salovey, P. y Caruso, D. (2000). *Emotional intelligence as zeitgeist, as personality, and as mental ability*. En R. Bar-On y Parker, J. (Eds.) *The handbook of emotional intelligence. Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayring, P. (2000) *Qualitative content analysis. Forum qualitative social research, 1(2)*. Recuperado el 2 de octubre 2012 de la World Wide Web: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>.
- McCallin, B.A., Bamford, M.A. (2007). Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journal of Nursing of management*, 15, 389-391.
- McQueen, A.C.H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47, 101-108.
- 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*. Barcelona: Publicacions i edicions de la Universidad de Barcelona.
- Mestre, J. M. y Fernández-Berrocal, P. (Coords.) (2007). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2005). *Ficha técnica de propuesta de título universitario de grado según RD 55/2005*. Recuperado el 14 enero 2006 de: <http://www.unizar.es/ees/doc/Ficha%20Enfermeria.pdf>.
- Mira, J.J. et. al. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17 (5), 273-183.
- Molero, C., Saiz, E., Esteban, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30, 11-30.
- Montes-Berges, B., Augusto, J.M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 163-171.
- Moreno, E., Nava, G. Rodríguez, C. (2011). Percepción de la imagen social que tiene el equipo interdisciplinario y los enfermos del profesional de enfermería en el INNN. *Enf Neurol (Mex)*, 10 (2), 86-93.
- Moreno Leguizamón, C.J. (2006). Salud-enfermedad y cuerpo-mente en la medicina ayurvédica de la India y en la biomedicina contemporánea. *Antípoda*, 3, 91-121.

- Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Morse J. (2003). *Principles of mixed methods and multimethod research design*. In: Tashakkori A, Teddlie , editors. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morrison, J. (2008). The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management*, 16 (8), 974-983.
- Neisser, U. et al. (1996). Intelligence: Knowns and Unknowns. *Rev. American Psychologist*. Vol. 51, Nº 2, 77-101.
- Nightingale, F. (1990) *Notas sobre enfermería: qué es y que no es*. Salvat, Barcelona.
- Orem, D.E. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Ortega, C., López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Ortony, A., Collins, A., Clore, G.L. (1996). *La estructura cognitiva de las emociones*. Madrid: Siglo XXI.
- Pacheco, B., Aránguiz, Consuelo. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49 (1), 69-78. Recuperado en 19 de mayo de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100009&lng=es&tlng=es.
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E.G. (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Palmero, F., García- Fernández, E., Sánchez, F. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Palmero, F., Martínez, F., Huertas, J.A. (2008). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pastisea E., Vardaki, Z. (2001). Cients and nurses perspectives on caring as related nursing leadership. The Hellenic dimensions. *CJNV*, 14 (3), 28-39.
- Pedre M, Pita M, Valiño C.(2004).Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. *Asociación Española de Enfermería Urológica*, 89, 32-33.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Pérez Pérez I, Rifà R. (2009). *Cuidar al final de la vida. A propòsit d'un cas*. A: Boixareu R, Vilaró J, coords. *El coneixement: una pedagogia al servei de la salut*. Barcelona: Blanquerna Tecnologia i Serveis.

- Plutchik, R., Kellerman, H. (1984). *Emotion: theory, research, and experience*. San Diego: Academic Press.
- Plutchik, R. (2002). *Emotion and life: perspectives from psychology, biology, and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Poblete M, Valenzuela S. (2007). Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul. Enferm*, 20(4), 499-503.
- Prandi R, Ferri P. (2007). Enfermeros: ¿quienes somos? Un estudio transversal de la imagen social del enfermero en la ciudad de Módena (Italia). *Ágora de enfermería*, 3, 1156- 1159.
- Quintanas, A. (2002). *Michel Foucault: filosofía de la transgressió*. Barcelona: Pòrtic.
- Quoidbach, J., Hansenne, M. (2009). The impact of Trait Emotional Intelligence on Nursing Team Performance and Cohesiveness. *Journal of Professional Nursing*, 25 (1), 23-29.
- Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, versión en línea. Edición 22ª. Recuperado el 7 de noviembre de 2012 de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>.
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de de noviembre por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Recuperado el 10 de junio de 2013 de <http://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y Emoción* (5ª edición). México: McGraw Hill.
- Rego, A; Godinho, L; McQueen, A; Pina e Cunha, M. (2007). *Nurses' Emotional Intelligence and Caring Behaviours: An Empirical Study*. Documentos de Trabalho em Gestão, Universidade de Aveiro, DEGEI, G/ nº 1.
- Ramirez, J.M., Pereda, E., Delgado, H., Delgado, M.J. (2010). *Asociación Española de Enfermería en Urología*, 113, 15-18.
- Remmers, H., Holtgräwe, M., Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (1), 11–16.
- Reynolds, W. J., Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? . *Journal of advanced nursing*, 31(1), 226–234.
- Rochester, S., Kilstoff, K., Scott, G., 2005. Learning from success: improving undergraduate education through understanding the capabilities of successful nurse graduates. *Nurse Education Today*, 25, 181–188.
- Rodríguez, R., Espinel, C. (2005). Votaciones y desarrollo de los valores democráticos. *Números*, 60, 25-39.

- Romero López, S. (2000). Implicación emocional en la práctica de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 7-8, 172-180.
- Saares, P., Suominen, T. (2005). Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *Eur J Cancer Care*, 14 (1), 43-52.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York : Guilford Press, cop.
- Saarni, C. (2000). Emotional competence: A developmental perspective. En R. Bar-On y J. Parker (Eds.) *The handbook of emotional intelligence. Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sala, J., Abarca, M. (2001). La educación emocional en el currículum. *Teor. Educ.*, 13, 209-232.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P. y Sluyter, D. J. (1997). *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications*. New York: Basic Books.
- Sánchez-Rueda, G, Sala-Roca, J. (2009a). Competencias Socioemocionales y Estudiantes Universitarios: descripción de una realidad desde diferentes ámbitos disciplinares. Comunicación presentada al I Congreso sobre el Desarrollo Académico y Profesional de la Enfermería: Niveles Competenciales y Ámbito laboral. Organizado por la Universidad de Huelva (España).
- Sánchez-Rueda, G, Sala-Roca, J. (2009b). Competències Socioemocionals i Elecció d'Estudis. Comunicación presentada a V Jornades Educació Emocional. Organizado por la *Universitat de Barcelona*, 26-27 marzo 2009. ISBN: 978-84-691-9883-4.
- Sarramona, J. (2004). *Las competencias básicas en la escolaridad obligatoria*. Barcelona: CEAC.
- Schmidt-Atzert, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Siles González, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epistemológica*. Alicante: CECOVA.
- Siles González, J.(1997). Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, 7 (4), 188-194
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Siles, J. (2000). *Antropología narrativa de los cuidados*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad de Valencia.

- Smith, P., Gray, B. (2001). Emotional labour of nursing revisited: Caring and Learning 2000. *Nurse Education in Practice*, 1(1), 42–49.
- Sridevy, Prassanna B. (2010). Public verses self image of nurses. *Int J Nurs Educ*, 2, 50-54.
- Sternberg, R; Detterman, Douglas K (1988). *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición*. Madrid: Pirámide, S.A.
- Takase M., Kershaw E., Burt L. (2002) Does public image of nurses matter? *Journal of Professional Nursing* 18(4), 196–205.
- Takase M, Maude P, Manias E. (2006). Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. *J Adv Nurs*, 53, 333-343.
- Takase M., Kershaw E., Manias, E. (2005). Comparison between nurse's professional al needs and their perceptions of their job. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23 (2), 28-33.
- Tashakkori, A., Teddlie, C. (Eds.). (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Teixidor M.(2004). Ya en el siglo XXI. Un nuevo liderazgo en ciencias de la salud. *Rev ROL Enf*, 27(1), 72.
- Tobón, S. (2006). *Las competencias en la educación superior. Políticas de calidad*. Bogotá: ECOE.
- Torralba,F. (2000). Constructos éticos del cuidar. *Enferm Intensiva*, 11(3):136-41.
- Torralba F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- TUNING (2006). *Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia*. Versión en español revisada por la Dra. Raffaella Pagani. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deuto. Recuperado el 14 de febrero de 2013 de <http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/GLOSSARY.pdf>.
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez M.A., Casals J.L., Aguilar P., Ramírez M.J., Gómez M.J., Villarín V. (1997). Percepción por el usuario de la imagen de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 7, 105-111.
- Vivas, M., Gallego, D.J., González, B. (2006). *Educación las emociones*. Madrid: DYKINSON.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. Norwalk (Connecticut): Appleton-Century-Crofts.

- Watson, J., Smith, M.C. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of advanced nursing*, 37 (5), 452-461.
- Watson, J. (2007). *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett Publishers.
- Williams AM, Irurita V.F. (2004). Therapeutic an non-therapeutic interpersonal interactions: the patients perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 3(7), 806-815.
- Williams A.M., Irurita, V.F. (2006). Emotial comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. *Journal of Nursing Studies*, 43 (4), 405-415.
- Widmer, D. (2009).Troisième entretien avec Alexandre Jollien sur la complexité *PrimaryCare*, 9, 16.
- Zajonc, R.B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39 (2), 117-123.
- Zapico F, Andrian J. (2003). Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica. *Rev. Rol Enf* , 26(2),104.

Anexos

Anexo I. Tabla resumen de los resultados

Percepción de usuarios y enfermeras: características de la práctica enfermera y del papel de las emociones				
		Entrevistas	Cuestionarios	Síntesis de la triangulación de datos
Percepción del propósito de la práctica enfermera	Usuarios	Los usuarios han manifestado dudas cuando se les ha solicitado que identificaran la misión de las enfermeras. Mayoritariamente han considerado que la función enfermera consiste en realizar técnicas y vigilar/controlar la evolución de la enfermedad. Respecto al servicio enfermero, se ha observado que los usuarios tienen como principal expectativa recibir un trato amable.	Los usuarios han identificado la actividad de realizar vigilancia y control de la enfermedad como la actividad que más asocian con la misión de las enfermeras. Otras actividades que también entienden como propias de las enfermeras son la actividad de realizar procedimientos técnicos, la ayuda al médico y la realización de educación para la salud. La actividad de cuidar es la que menos han asociado con la función propia de las enfermeras.	Las dos actividades que los usuarios han asociado más con la misión enfermera son la realización de procedimientos técnico-sanitarios y la vigilancia y control de la enfermedad. Por su parte, las enfermeras han manifestado de manera mayoritaria que su misión es cuidar. Otras actividades que han destacado por considerar que forman parte de su función han sido la vigilancia y control de la enfermedad (más en el ámbito de Hospitalización que en el de Atención Primaria) y la educación para la salud (más en Atención Primaria que en Hospitalización).
	Enfermeras	Las enfermeras han verbalizado que su misión es cuidar pero se ha constatado que presentan dificultad en concretar las características de esta actividad. Respecto a las expectativas de los usuarios, se ha apreciado que creen que éstos esperan que sean resolutivas y tengan capacidad para solucionar eficazmente los problemas que puedan surgir.	Las enfermeras han identificado el cuidar como su actividad principal. Las otras actividades que consideran como su función son la actividad de realizar vigilancia y control de la enfermedad, seguida de realizar educación para la salud y realizar procedimientos técnicos	

Percepción de los aspectos relevantes de la práctica enfermera

Usuarios	<p>Los usuarios han enfatizado especialmente el trato amable y empático y en menor grado, la escucha activa. Se ha observado que valoran que así mismo es importante, aunque de forma menos destacada, recibir explicación y/o información por parte de las enfermeras, que éstas tengan destreza técnica, que sean resolutivas y que transmitan sensación de seguridad en las actividades que realizan.</p>	<p>De mayor a menor importancia, los usuarios han destacado como aspectos importantes de la práctica enfermera: la información / explicación, la escucha activa, la seguridad, la destreza en la realización de procedimientos técnicos-sanitarios, la empatía, la flexibilidad, los conocimientos, el apoyo emocional, y en último lugar, la individualización de la atención.</p>	<p>Los resultados han señalado que los usuarios entienden que las relaciones amables, empáticas y con presencia de escucha activa son un aspecto muy relevante en la práctica enfermera. Así mismo, los datos indican que el “buen trato” es mucho más importante para los usuarios que las habilidades técnico-sanitarias de las enfermeras. Sin embargo, también se ha constatado que para las enfermeras, estas habilidades, junto al conocimiento, son igual de importantes que el buen trato. Por otra parte, se ha identificado que ambos grupos de participantes valoran de manera similar que es necesario y positivo que las enfermeras expliquen e informen durante todo el proceso asistencial.</p>
Enfermeras	<p>Las enfermeras han sostenido que el buen trato es relevante, sin embargo consideran que las habilidades técnicas, los conocimientos y la capacidad de transmitir bien la información son aspectos tan importantes como el buen trato.</p> <p>Los resultados señalan así mismo que entienden que la empatía es importante, aunque la han destacado con menor intensidad que los usuarios.</p>	<p>De mayor a menor importancia, las enfermeras han destacado como aspectos importantes de la actividad que desarrollan: la escucha activa, la información / explicación, el apoyo emocional, la destreza en la realización de procedimientos técnicos-sanitarios, la flexibilidad, los conocimientos, la seguridad, la empatía, y en último lugar, la individualización de la atención.</p>	<p>De manera complementaria a la información obtenida en las entrevistas, los datos de los cuestionarios han informado de que los usuarios creen que es necesario que las enfermeras demuestren seguridad en aquello que realizan y destacan poco la actividad de ofrecer apoyo emocional (aspecto que si ha sido especialmente enfatizado por las enfermeras).</p>

<p>Usuarios</p>	<p>Los usuarios no perciben que el cuidado emocional sea una práctica habitual en la mayoría de las enfermeras. Todos opinan que la empatía es necesaria y un grupo minoritario considera que ésta ha de estar presente pero con límites. La mayoría de los usuarios valoran que la implicación emocional, aunque necesaria, se ha de producir con límites e incluso algunos entienden que ésta puede llegar a ser perjudicial para las enfermeras. Los usuarios creen que la capacidad de gestión de las emociones es imprescindible. En caso de conflicto, las tres capacidades que destacan como más necesarias son la de autocontrol, la flexibilidad y la capacidad de empatizar</p>	<p>De mayor a menor importancia, los usuarios consideran que las enfermeras han de estar capacitadas para realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación precoz de signos de alarma • Escucha activa • Destreza en la realización de técnicas • Empatía • Comunicación • Gestión de las relaciones interpersonales • Aceptación/tolerancia • Implicación emocional 	<p>Los resultados apuntan a que los usuarios y las enfermeras valoran necesarias determinadas capacidades emocionales. De manera concreta, ambos grupos han coincidido en destacar de manera especial la empatía, la escucha activa y la gestión de las emociones. Estas habilidades emocionales han sido consideradas por ambos grupos más importantes que las habilidades técnico-sanitarias pero menos que la capacidad de identificación precoz de signos de alarma (actividad asociada a la práctica médica y al control de la enfermedad).</p> <p>Los datos también han señalado que los usuarios no esperan que las enfermeras realicen atención y cuidado de las emociones.</p>
<p>Enfermeras</p>	<p>Prácticamente la totalidad de las enfermeras creen que es necesario realizar cuidado emocional. Todas consideran que la empatía es necesaria pero casi la mitad valoran que ha de estar presente con límites, e incluso algunas piensan que es contraproducente. La mayoría de las enfermeras entienden que la implicación emocional es perjudicial (pudiendo llevar a posibles problemas de salud mental y pérdida de eficacia) y opinan que en caso de que se produzca, debería ser de forma moderada. Las enfermeras creen que la capacidad de gestión de las emociones es imprescindible. En caso de conflicto, las tres capacidades que destacan como más necesarias son la de autocontrol, la empatía y la escucha activa.</p>	<p>De mayor a menor importancia, las enfermeras consideran que han de estar capacitadas para realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación precoz de signos de alarma • Escucha activa • Gestión de las relaciones interpersonales • Comunicación • Aceptación/tolerancia • Destreza en la realización de técnicas • Empatía • Implicación emocional 	<p>Las enfermeras por su parte han señalado que el cuidado de las emociones es importante, sin embargo se ha apreciado que los usuarios no perciben que éste se realice de manera uniforme y habitual.</p> <p>Al mismo tiempo, las enfermeras, al igual que los usuarios, valoran que la conexión emocional en los cuidados enfermeros es potencialmente peligrosa y contraproducente.</p>

Anexo II. Modelo de entrevista: trabajo de campo

ENTREVISTA: Usuarios

Antes de iniciar la entrevista y pasar el cuestionario complementario:

1. Preguntar si ha recibido alguna vez atención por parte de una enfermera.
2. Explicar propósito de la entrevista
3. Solicitar colaboración (voluntaria y anónima)
4. Si colaboración, consentimiento informado escrito.

DATOS GENERALES

- Edad _____
- Sexo
 - Hombre
 - Mujer
- Actividad Laboral _____
- Formación _____
- Motivo de consulta o ingreso _____
- Lugar donde se realiza la entrevista/cuestionario
 - Centro de atención primaria
 - Hospital
 - Vía de acceso
 - Urgencias
 - Programación
 - Traslado de otro servicio.
 - Otros. Especificar _____
 - Servicio/planta _____
 - Días de hospitalización _____
 - Ingresos anteriores
 - Si
 - Frecuentemente (más de 3 ingresos/año)
 - Esporádicamente (menos de 1 ingresos/año)
 - No

PREGUNTAS ENTREVISTA

1. ¿Ha recurrido alguna vez a una enfermera por iniciativa propia? En caso afirmativo, ¿Cuál fue el motivo?
2. En general, ¿qué espera de las enfermeras?
3. ¿Cuál cree que es la función principal de las enfermeras?
4. ¿Qué es lo que valora como importante de la actuación de una enfermera? ¿Por qué?
5. ¿Qué es lo que encuentra a faltar de la actuación de la enfermera o enfermeras que le han atendido?
6. ¿Ha sentido alguna vez que una enfermera le ha atendido muy bien? (En caso afirmativo ¿Cuál es el aspecto que destacaría de dicha atención?)
7. Complete por favor, según su percepción, la siguiente frase “Un mala enfermera es aquella que...”
8. Cuando le han tenido que realizar algún procedimiento técnico (como por ejemplo ponerle una inyección o un suero), ¿qué es lo que más ha valorado?
Finalice por favor, atendiendo a su criterio, las siguientes afirmaciones:
9. “En una situación de conflicto con la enfermera que me atiende considero imprescindible que sea capaz de...”
10. “Cuando me han explicado o informado de algún aspecto he valorado especialmente...”
Qué opina de las siguientes afirmaciones:
11. “Es imprescindible que las enfermeras se impliquen emocionalmente para ofrecer una atención satisfactoria”.
12. “Para poder realizar bien su labor es necesario que las enfermeras conozcan y controlen sus propias emociones”
13. “Para ofrecer una atención satisfactoria es imprescindible que la enfermera sea *capaz de ponerse en la piel del otro*”
14. “Me hubiera gustado que las enfermeras se preocuparan por cómo me siento”
15. “Las enfermeras realizan muy bien procedimientos técnicos (por ejemplo tomar la tensión arterial, realizar una cura, etc.) pero a menudo desatienden las emociones y sentimientos de las personas”.

Para cerrar...

¿Le gustaría comentar alguna cosa más sobre el tema

Muchas gracias por su colaboración.

ENTREVISTA: Enfermeras

Antes de iniciar la entrevista y pasar el cuestionario complementario:

1. Preguntar si ha recibido alguna vez atención por parte de una enfermera.
2. Explicar propósito de la entrevista
3. Solicitar colaboración (voluntaria y anónima)
4. Si colaboración, consentimiento informado escrito.

DATOS GENERALES

- Edad _____

- Sexo
 - Hombre
 - Mujer

- Formación
 - Ayudante Técnico Sanitario
 - Ayudante Técnico Sanitario con convalidación en Diplomado en Enfermería
 - Diplomado/a en Enfermería
- Años de ejercicio profesional
 - De 0 a 5
 - De 5 a 10
 - De 10 a 15
 - Más de 15
- Ámbito donde realiza actualmente su actividad
 - Centro de atención primaria
 - Hospital. Especificar servicio/unidad _____

PREGUNTAS ENTREVISTA

1. ¿Para qué cree que los usuarios recurren a enfermera?
2. ¿Qué cree que esperan los usuarios de las enfermeras?
3. ¿Cuál cree que es la función principal de las enfermeras?
4. ¿Qué considera que valoran más los usuarios de la atención de las enfermeras? ¿Y qué cree que no valoran?
5. Cuando usted lleva a cabo su actividad profesional, ¿qué es lo que considera más valioso de la atención que ofrece a los usuarios que atiende?
6. Piense en una enfermera que conozca y que considere una buena profesional, ¿qué aspectos destacaría del trabajo que realiza? ¿Por qué?

Finalice por favor según su percepción/opinión las siguientes afirmaciones:

7. “Al realizarles un procedimiento técnico (poner una vía, realizar una cura, etc.) lo que más valoran los usuarios es ...”
8. “Una mala enfermera es aquella que...”

Acabe las siguientes frases:

9. “En una situación de conflicto con un usuario y/o familia considero imprescindible que la enfermera sea capaz de...”
10. “Cuando he tenido que explicar algún aspecto a las personas que atiendo he tenido especial cuidado en...”

Qué opina de las siguientes afirmaciones:

11. “La implicación emocional es imprescindible en la realización de cuidados enfermeros”
12. “Para poder realizar bien su labor es necesario que las enfermeras conozcan y controlen sus propias emociones”
13. “Para ofrecer una atención satisfactoria es imprescindible que la enfermera sea *capaz de ponerse en la piel del otro*”
14. “Considero que contemplar e interesarme por las preocupaciones, emociones y sentimientos de los usuarios y/o familia que atiendo forman parte de mi labor profesional”
15. “Las enfermeras realizan muy bien los procedimientos técnicos pero a menudo desatienden las emociones y sentimientos de las personas”.
16. “La gestión adecuada de las propias emociones permite a la enfermera continuar motivada y con compromiso con el trabajo que realiza”

Para cerrar...

¿Le gustaría comentar alguna cosa más sobre el tema que hemos tratado?

Muchas gracias por su colaboración

Anexo III. Modelo de cuestionario: trabajo de campo

CUESTIONARIO: Usuarios

Estimado señor/a,

Se está realizando un estudio sobre **las competencias profesionales y la actividad de las enfermeras**¹⁴.

Con el objetivo de recoger datos para este estudio le agradeceríamos colaborará en la realización de un breve cuestionario.

En caso que estuviera dispuesto/a a colaborar le informamos que la realización del cuestionario es totalmente **voluntario y anónimo**.

DATOS GENERALES

- Edad _____
- Sexo
 - Hombre
 - Mujer
- Actividad Laboral _____
- Formación _____
- Motivo de consulta o ingreso _____
- Lugar donde se realiza la entrevista/cuestionario
 - Centro de atención primaria
 - Hospital
 - Vía de acceso
 - Urgencias
 - Programación
 - Traslado de otro servicio.
 - Otros. Especificar _____
 - Servicio/planta _____
 - Días de hospitalización _____
 - Ingresos anteriores
 - Si
 - Frecuentemente (más de 3 ingresos/año)
 - Esporádicamente (menos de 1 ingresos/año)
 - No

¹⁴ En este documento, el término "enfermera" se utiliza en sentido genérico, y designa indistintamente a hombres y mujeres

A continuación le planteamos una serie de afirmaciones sobre la actividad de las enfermeras. Por favor, léalas atentamente y marque la casilla correspondiente según el **grado de importancia** que tienen para usted, teniendo en cuenta **que 5 es la más importante y 1 la menos importante**

ATENCIÓN: Asigne una puntuación única y diferente para cada una de las respuestas.

1. Considero que la función/misión principal de una enfermera es...	1	2	3	4	5
• Realizar educación para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Control y vigilancia de la evolución de la salud/enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cuidar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ayudar al médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Realizar procedimientos tales como control de tensión arterial, preparación y administración de medicación, realización de curas, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Para que una enfermera pueda realizar satisfactoriamente su labor es necesario que...	1	2	3	4	5
• Que sepa detectar rápidamente signos de alarma en relación con el problema de salud y lo comunique rápidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que posea buenas capacidades de relación y comunicación con las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que sepa escuchar atentamente a las personas que atiende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que sepa realizar correctamente y de manera habilidosa procedimientos técnicos (tomar tensión arterial, poner un suero, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que se implique emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Cuando me ha atendido una enfermera he agradecido especialmente...	1	2	3	4	5
• Que me explicara adecuadamente el procedimiento que me tenía que realizar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que realizara adecuadamente el procedimiento técnico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que me apoyara emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que tuviera conocimientos sobre mi problema de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que demostrará verdadero interés por mi situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Me he sentido mal atendido por una enfermera cuando...	1	2	3	4	5
• No se ha dirigido a mí por mi nombre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• No me ha escuchado atentamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ha tenido que repetir el procedimiento técnico que me realizaba o ha tenido dificultades para realizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• No ha demostrado flexibilidad ni capacidad de negociación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• No demostraba seguridad en la administración de los medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. En relación a las habilidades de las enfermeras, considero que es necesario que...	1	2	3	4	5
• Que sepan escuchar, demostrando interés, sin interrumpir, sin demostrar prisa, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que tengan la capacidad de ponerse en el lugar de las personas que atienden e identifiquen bien sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que acepten a las personas tal como son, sin juzgar sus creencias, sentimientos y/o opiniones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que sepan transmitir preocupación sincera por la persona que atienden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que sea capaz de realizar una comunicación eficaz, concretando el mensaje y comprobando que ha llegado adecuadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si desea conocer los resultados del estudio una vez finalizada la investigación rellene sus datos para poder enviarle los resultados:

Dirección: _____ E-mail: _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CUESTIONARIOS: Enfermeras

Estimado señor/a,

Se está realizando un estudio sobre **las competencias profesionales y la actividad de las enfermeras**¹⁵.

Con el objetivo de recoger datos para este estudio le agradeceríamos colaborará en la realización de un breve cuestionario.

En caso que estuviera dispuesto/a a colaborar le informamos que la realización del cuestionario es totalmente **voluntario y anónimo**.

DATOS GENERALES

- Edad _____

- Sexo
 - Hombre
 - Mujer

- Formación
 - Ayudante Técnico Sanitario
 - Ayudante Técnico Sanitario con convalidación en Diplomado en Enfermería
 - Diplomado/a en Enfermería
- Años de ejercicio profesional
 - De 0 a 5
 - De 5 a 10
 - De 10 a 15
 - Más de 15

- Ámbito donde realiza actualmente su actividad
 - Centro de atención primaria
 - Hospital. Especificar servicio/unidad_____

¹⁵ En este documento, el término "enfermera" se utiliza en sentido genérico, y designa indistintamente a hombres y mujeres

A continuación le planteamos una serie de afirmaciones sobre la actividad de las enfermeras. Por favor, léalas atentamente y marque la casilla correspondiente según el grado de importancia que tienen para usted, teniendo en cuenta que 5 es la más importante y 1 la menos importante

ATENCIÓN: Asigne una puntuación única y diferente para cada una de las respuestas.

1. Considero que la función/misión principal de una enfermera es...	1	2	3	4	5
• Realizar educación para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Control y vigilancia de la evolución de la salud/enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cuidar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Ayudar al médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Realizar procedimientos técnicos tales como control de tensión arterial, preparación y administración de medicación, realización de curas, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Para que una enfermera pueda realizar satisfactoriamente su labor es necesario que...	1	2	3	4	5
• Que sepa detectar rápidamente signos de alarma en relación con el problema de salud y lo comunique rápidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que posea buenas capacidades de relación y comunicación con las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que sepa escuchar atentamente a las personas que atiende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que sepa realizar correctamente y de manera habilidosa procedimientos técnicos (tomar tensión arterial, poner un suero, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que se implique emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Considero especialmente importante para que los usuarios se sientan bien atendidos...	1	2	3	4	5
• Explicar adecuadamente el procedimiento de cuidados a realizar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Realizar adecuadamente las técnicas relacionadas con los cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que se sientan apoyados emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Transmitir que tenemos los conocimientos necesarios en relación a su problema de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Demostrar interés genuino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Considero que los usuarios se pueden sentir mal atendidos si...	1	2	3	4	5
• No nos dirigimos a ellos por su nombre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• No se les escucha atentamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• No se demuestra habilidad en la realización de los procedimientos técnicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• No se demuestra flexibilidad y capacidad de negociación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• No se transmite seguridad en la administración de medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. En relación a las habilidades de las enfermeras, considero que es necesario que...	1	2	3	4	5
• Que sepan escuchar, demostrando interés, sin interrumpir, sin demostrar prisa, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que tengan la capacidad de ponerse en el lugar de las personas que atienden e identifiquen bien sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que acepten a las personas tal como son, sin juzgar sus creencias, sentimientos y/o opiniones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que sepan transmitir preocupación sincera por la persona que atienden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Que sea capaz de realizar una comunicación eficaz, concretando el mensaje y comprobando que ha llegado adecuadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si desea conocer los resultados del estudio una vez finalizada la investigación rellene sus datos para poder enviarle los resultados:

Dirección:

E-mail:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo IV. Solicitud autorización

Terrassa, 4 de març 2012

Assumpte: Sol·licitud autorització (treball de camp investigació doctoral)

A l'atenció de: Sra. Montserrat Comellas Oliva

Directora Infermeria Consorci Sanitari de Terrassa

Benvolguda,

Em poso em contacte amb vostè per sol·licitar autorització per a la reització del treball de camp vinculat al desenvolupament de la meva tesi doctoral.

Després d'un treball d'investigació previ sobre les competències emocionals en els estudiants universitaris (entre ells els d'infermeria) per l'obtenció de la suficiència investigadora (DEA), actualment em trobo en situació de desenvolupament de la tesi doctoral seguint la mateixa línia d'investigació que vaig iniciar en el seu moment.

La investigació que pretenc dur a terme actualment presenta varis elements claus: els usuaris, els professionals d'infermeria, l'activitat de tenir cura i les competències emocionals.

L'objectiu fonamental d'aquest estudi és explorar, identificar i analitzar la percepció tant dels usuaris com dels professionals en relació a les competències emocionals i la pràctica infermera.

Per tal d'assolir l'objectiu plantejat, s'utilitzarà com a mètode principal de recollida d'informació la realització d'entrevistes semiestructurades a usuaris i professionals d'infermeria de diferents àmbits assistencials (centre de primària i hospital - i dintre d'aquest en diferents serveis -). També es preveu l'ús d'un breu qüestionari per complementar les dades obtingudes i que es passarà als mateixos usuaris i professionals.

Per tal que puguin valorar la meva demanda, li faig a mans una memòria del projecte d'investigació.

Li agraeixo molt la seva atenció i resto a la seva disposició per a qualsevol possible aclariment

Atentament,

Guadalupe Sánchez-Rueda.

Prof. Titular Escola Universitària Creu Roja

Doctoranda departament Pedagogia Sistemàtica i Social, UAB.

Anexo V. Informe del Comité de Ética

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La Dra. Esther Jovell Fernández, Vicepresidenta del Comité de Ética de Investigación Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa

CERTIFICA

Que este Comité ha aprobado con fecha 28 de mayo de 2012 el estudio titulado **Les competències emocionals en la pràctica infermera**, que será realizado por la **Sra. Guadalupe Sánchez-Rueda** como investigadora principal y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados el procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Consorci Sanitari de Terrassa por la **Sra. Guadalupe Sánchez-Rueda** como investigadora principal.

Lo que firmo en Terrassa a 6 de junio de 2012

Firmado:



Dra. Esther Jovell Fernández

Anexo VI. Documento informativo

EXPOSICIÓ CARACTERÍSTIQUES DE LA INVESTIGACIÓ

TÍTOL DE L'ESTUDI: Les competències emocionals en la pràctica infermera.

Investigadora: Guadalupe Sánchez-Rueda, Professora Titular de l'Escola Universitària Creu Roja (gsanchez27459@coib.net). Telèfon de contacte: 615 322 950

L'objectiu d'aquest estudi és explorar i analitzar la percepció que usuaris i professionals d'infermeria tenen sobre la competència emocional en la pràctica infermera. Per tal d'assolir aquest objectiu necessitem la cooperació tant d'usuaris del servei infermer com dels mateixos professionals d'infermeria. Per aquest motiu, sol·licitem la seva col·laboració per realitzar-li una entrevista i respondre un breu qüestionari. **La durada aproximada de tota la seva contribució és d' aproximadament 30 minuts .**

La participació en l'estudi és totalment **voluntària** i pot decidir en qualsevol moment deixar de fer-ho sense cap repercussió negativa.

Seguint el que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD) l'informem que:

- Per vetllar per la **confidencialitat** de les seves dades, en l'apartat d'identificació es posarà un codi. Durant tot el procés d'anàlisi i explotació de les dades sempre s'utilitzaran aquests codis estandarditzats .
- Les dades personals que ens faciliti s'emmagatzemaran en un servidor segur que requereix d'una clau d'accés només en possessió de la investigadora.
- Aquestes dades només seran utilitzades per la investigadora i sempre amb fins investigadors.
- Un cop introduïda tota la informació a la base de dades del servidor, amb les mesures de seguretat d'accés i manipulació pertinents, el material en paper i les gravacions dels participants seran emmagatzemats temporalment en un arxiu segur fins la finalització de l'estudi. Totes les dades dels participants seran tractade

conforme al que preveu la Llei 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades Personals i la normativa que la desenvolupa.

- Si accepta participar en la investigació i després canvia d'opinió, en qualsevol moment pot posar-se en contacte amb la investigadora i comunicar la seva intenció de no formar part de l'estudi. En aquest moment es destruirà tot el material vinculat amb vostè i s'eliminaran de la base de dades de l'estudi totes les seves dades personals.

Al final d'aquesta informació, a la pàgina següent, trobarà el full que en cas que decideixi participar haurà d'omplir i signar. Li preguem que se'l llegeixi atentament abans d'omplir-lo i signar-lo.

Si us plau, un cop llegida tota la informació que li hem facilitat, prengui's uns minuts per valorar i pensar tranquil·lament si finalment vol participar en el nostre projecte.

En cas que estigui interessat/a en conèixer els resultats de l'estudi, només cal que ho sol·liciti a l'adreça gsanchez27459@coib.net

Moltes gràcies per la seva atenció.

Anexo VII. Consentimiento informado

CONSENTIMENT INFORMAT

TÍTOL DE L'ESTUDI: Les competències emocionals en la pràctica infermera

El/la

Sr/Sra. _____ decla

ra que:

- M'han exposat les característiques de l'estudi i han respòs a totes les meves preguntes.
- M'han comunicat que es garanteix la confidencialitat respecte la meva participació en aquest estudi per a qualsevol de les dades que es puguin extreure.
- He comprès que no estic obligat/da a formar part d'aquest estudi donat el seu caràcter de participació voluntària i que el puc abandonar en qualsevol moment que ho decideixi sense cap conseqüència negativa per a mi.

He entès els meus drets com a participant en aquest estudi i voluntàriament accedeixo a participar en el mateix. He entès els motius de la seva realització i els procediments per dur-ho a terme. Així mateix, rebré una còpia del consentiment informat amb les signatures corresponents.

Firma participant

(DNI _____)

Firma investigador

(DNI _____)

Terrassa, a ____ de _____; _____.

