
Artículo original

0

P. Delgado Hito¹
A. Sola Prado
I. Mirabete Rodríguez
R. Torrents Ros
M. Blasco Afonso
R. Barrero Pedraza
N. Catalá Gil
A. Mateos Dávila
M. Quinteiro Canedo

Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa¹

Diplomadas en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

¹Profesora Colaboradora de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Licenciada en Enfermería por la Universidad de Montreal.

Correspondencia:

P. Delgado Hito
Unidad de Cuidados Intensivos Generales
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Avda. Sant Antoni M^º Claret, 167
08025 Barcelona
Correo electrónico: pdelgado@hsp.santpau.es

¹Este estudio está basado en la tesis del master en Ciencias de la Enfermería (M.Sc.) titulada "La modification des pratiques infirmières par la réflexion: une recherche-action participative à Barcelone", presentada y aprobada por la Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal.

Este estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS-00/0752).

Primer premio SEETUC-ABBOTT a la mejor comunicación presentada al XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Las Palmas, 20-23 de Junio de 2001.

Modification of nursing practice through reflection: participatory action research

RESUMEN

En las unidades de cuidados intensivos, la tecnología y las técnicas complejas ocupan inevitablemente un lugar cada vez mayor y continúan marcando los cuidados enfermeros, llegando, en algunos casos, a deshumanizarlos. Por lo tanto, se hace necesaria la adopción de otro modelo de actuación enfermero. El objetivo general de este estudio es promover la reflexión sobre los cuidados enfermeros a partir de un proceso participativo de los interventores con el fin de aportar cambios en la práctica enfermera. Se ha utilizado una metodología cualitativa de tipo

Investigación-Acción Participativa y el modelo Kemmis y McTaggart.

La recogida de datos se ha realizado mediante la observación sistemática, 7 reuniones de grupo y análisis de documentos. Han participado 8 enfermeras. Las reuniones se han grabado y transcrita íntegramente al ordenador. Se ha realizado un análisis del proceso y de la significación del verbatim (proceso de codificación/categorización y fichas de síntesis de documentos).

Los resultados de este estudio han permitido explorar el cambio de la práctica enfermera y poner en evidencia que el método de la reflexión-acción

promueve cambios en la práctica. La nueva manera de concebir la acción enfermera ha provocado un aumento en la calidad y la humanización de los cuidados ya que tiene un mayor respeto del paciente, un mayor acercamiento y soporte a la familia, una mayor coordinación de los cuidados y una mayor colaboración interprofesional.

Como conclusión podemos afirmar que la Investigación-Acción Participativa es un método válido y pertinente para que las enfermeras asistenciales modifiquen su práctica cotidiana.

PALABRAS CLAVE

Cuidados intensivos. Cambio. Reflexión-acción.
Qualitativo. Humanización.

ABSTRACT

Technology and complex techniques are inevitably playing an increasing role in intensive care units. They continue to characterize nursing care and in some cases dehumanize it. The general aim of this study was to stimulate reflection on nursing care. The study was based on the participation of the investigators with the goal of producing changes in nursing practice. Qualitative methodology in the form of participatory action research and the Kemmis and Mc Laggart method were used. Data were collected through systematic observation, seven group meetings and document analysis. Eight nurses took part in the study. The meetings were recorded and transcribed verbatim into a computer. This process and the meaning of the verbatim transcription (codification/categorization process and document synthesis cards) were analyzed. The results of this study enabled exploration of the change in nursing practice and showed that the reflection in action method stimulates changes in practice. The new way of conceiving nursing action has increased nursing care quality and its humanization since it shows greater respect for the patient, provides families with closer contact and

greater support, improves coordination of nursing care acts and increases collaboration among professionals.

In conclusion, participatory action research is a valid and appropriate method that nurses can use to modify their daily practice.

KEY WORDS

*Critical care. Change. Reflection in action.
Qualitative. Humanize.*

INTRODUCCIÓN

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), la tecnología y las técnicas complejas ocupan inevitablemente un lugar cada vez mayor y continúan marcando profundamente los cuidados enfermeros⁽¹⁻²⁾. La persona que ingresa en estas unidades se encuentra en un entorno, considerado a menudo, como impersonal y tecnológicamente invasivo para ella⁽³⁻⁶⁾.

Varios autores señalan que en las UCI se produce una deshumanización gradual de los pacientes* y del personal sanitario. La tecnología y los expertos profesionales alteran la integridad de la persona, violando su dignidad y su autonomía y por consiguiente, los pacientes son reducidos al *status* de objetos^(4,7-10). El hecho de que un paciente pase a ser un objeto significa que pierde sus rasgos personales e individuales. Las enfermeras hacemos una abstracción de sus sentimientos y de sus valores y lo identificamos por sus rasgos externos: aquel que sufre una determinada patología, aquel que recibe un determinado tratamiento o aquel que ocupa una cama.

Aunque la enfermera** de UCI desarrolla las habilidades necesarias para conocer los elementos tecnológicos (máquinas y procedimientos), esto no es suficiente para dar unos cuidados de calidad^(2,11-13). Algunos aspectos relacionados con la comunicación (verbal y no verbal), las actividades o prácticas cotidianas y las rela-

*A lo largo del estudio, el paciente será considerado en masculino.

**A lo largo del estudio, el profesional de enfermería será considerado en femenino.

2 ciones que se establecen entre la enfermera y los pacientes, su familia o incluso, con otros profesionales sanitarios, tendrían que cambiar si queremos humanizar los cuidados en estas unidades. Como afirma Gadow (1984, 1989)⁽⁷⁻⁸⁾, tendríamos que cuidar desde un paradigma menos científico y más empático, en el que el cuerpo es tratado como un sujeto, como una persona con su subjetividad, donde los símbolos son más importantes que los síntomas.

El cambio es un tema que preocupa bastante a las enfermeras, esto se puede constatar por la gran cantidad de escritos que existen en la literatura. Varias teorías o modelos de cambio han sido utilizados para producir modificaciones en la práctica pero, en la mayoría de los casos, los cambios han sido impuestos por la presión de la autoridad, las minorías o los miembros de un grupo. En este sentido, Benner (1995)⁽¹⁴⁾ afirma que el factor humano no puede estar ni controlado, ni restringido, sólo puede ser comprendido y facilitado ya que éste está impregnado de significaciones y de un compromiso personal y cultural.

Copnell (1998)⁽¹⁵⁾ ha explorado la construcción del cambio en la práctica enfermera realizando una revisión de la literatura en cuidados enfermeros. Ella ha constatado que los conocimientos científicos son todavía prioritarios a los conocimientos prácticos, consecuentemente, la visión y las experiencias de las enfermeras sobre el cambio son, la mayoría de veces, poco consideradas. Si el investigador se considera el experto en el proceso de cambio y es quien va guiando el camino de los sujetos de investigación, será ilusorio imaginar que las enfermeras asistenciales se comprometan plenamente con las investigaciones en las que ellas han sido alejadas y confinadas a un rol más bien pasivo. Si no se valoran los conocimientos, la experiencia y las opiniones de las enfermeras, el cambio no puede representar la realidad de su práctica cotidiana^(14,16-18).

St-Arnaud (1992)⁽¹⁹⁾ añade que las enfermeras asistenciales continuamente están inventando nuevas estrategias de intervención que están bastante lejos de la actividad científica. Para este autor, los prácticos encuentran diariamente nuevos problemas y producen nuevos tipos de cambios a un ritmo tan rápido que la actividad científica sólo puede atrapar una parte con 5 o 10 años de retraso. Si queremos hacer progresar este tipo de investigaciones deberemos, sin duda,

aprender a utilizar mejor los recursos de las enfermeras asistenciales, dejando de utilizarlas como sujetos experimentales y sobre todo, cesar de considerarlas como consumidores de la ciencia tradicional.

Es por todo ello que en las investigaciones enfermeras de los últimos 10 años, podemos constatar la utilización de un proceso para producir cambios en la práctica cotidiana diferente al tradicional. Un proceso más abierto, holístico e igualitario entre investigadores y prácticos; un proceso en el que las enfermeras asistenciales deciden y llevan a cabo los cambios en su práctica^(17,20-24); un proceso en acción que necesita pasar por la experiencia y la reflexión para llegar a mejorar o cambiar las prácticas⁽²⁵⁾. Este tipo de investigaciones es denominado por varios autores como investigaciones participativas^(16,18,26-29).

De entre los diferentes tipos de investigaciones participativas, los investigadores han elegido la Investigación-Acción Participativa (PAR) ya que permite ser realizada en el lugar de trabajo y porque ha sido la más utilizada por las enfermeras para producir cambios en su práctica. Las enfermeras han utilizado la PAR a) porque valora los conocimientos, la experiencia y las opiniones de las enfermeras, dándoles el poder (empowerment) para cambiar sus prácticas⁽³⁰⁻³¹⁾; b) por sus cualidades humanistas, y c) por su proceso reflexivo durante la acción.

Aunque existen diferentes maneras de potenciar la humanización en las UCIs⁽³²⁾, en este estudio, se ha elegido un proceso que valora la experiencia de las enfermeras y dentro del cual estas enfermeras realizarán un proceso de autoconciencia de la realidad de su práctica. Posteriormente, ellas establecerán aquellas estrategias de cambio que consideren adecuadas con el fin de respetar y considerar más al paciente y poder dar unos cuidados más humanos dentro de un contexto excesivamente técnico.

El presente estudio tiene como *objetivo general* promover la reflexión sobre los cuidados enfermeros a partir de un proceso participativo de los interventores con el fin de aportar cambios en la práctica enfermera. Los *objetivos específicos* son: a) comprender cómo el proceso de reflexión puede conducir a la elaboración de estrategias de cambio y b) examinar la incorporación de una nueva manera de concebir la acción enfermera a través de un grupo de reflexión-acción.

La perspectiva paradigmática de este estudio es la constructivista⁽³³⁾, la cual reconoce que existen varias realidades socialmente construidas y por lo tanto, los conocimientos son consecuentemente construcciones colectivas. Este paradigma hace posible la formación gradual del consenso a través de un círculo hermenéutico (interpretativo) compuesto de discusiones, críticas, negociaciones y reevaluaciones⁽³⁴⁾.

El objetivo principal de este paradigma es construir representaciones de las percepciones del mundo vivido y así, buscar en divergir hacia concepciones múltiples y emergentes de la experiencia y de los fenómenos. Finalmente, este paradigma desarrolla un proceso creativo ya que los participantes crean su mundo vivido y negocian, a través de un proceso de construcción, lo que ellos creen que es la mejor manera de vivir⁽³⁵⁾. Ellos crean un conocimiento legítimo porque está construido por aquellos que lo van a utilizar.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Se diseñó un estudio cualitativo de tipo Investigación-Acción Participativa (PAR) desde el paradigma constructivista. El modelo de PAR propuesto por Kemmis y Mc Taggart (1988)⁽³⁶⁾ inspira y guía este estudio.

Contexto y reclutamiento de los participantes

El estudio se ha realizado en la UCI polivalente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Esta unidad consta de 16 camas siendo la ratio enfermera/paciente de 1:2. Los posibles participantes estaban formados por 45 enfermeras divididas en 4 turnos de enfermería: uno de mañanas, uno de tarde y dos de noche. Todas las enfermeras poseen el título de posgrado de Enfermería Intensiva impartido por la Escuela de enfermería de dicho centro.

El reclutamiento de los participantes se realizó a lo largo de 2 meses. Durante este período, los investigadores realizaron varias reuniones con el fin de explicar el objetivo del estudio e invitar a las enfermeras a participar. Finalmente, 8 enfermeras formaron el grupo, tres del turno de tarde, dos de un turno de noche y dos del otro turno

de noche. Todas las participantes eran mujeres con una edad media de 32 y una media de años de experiencia en UCI de 9. No se pueden ofrecer más datos de los participantes ya que esta información podría violar la confidencialidad sobre la identidad de las participantes.

113

Modelo de PAR de Kemmis y Mc Taggart (1988)⁽³⁶⁾

Este modelo está compuesto de ciclos en el interior de una espiral. Cada ciclo contiene 4 etapas: la planificación, la acción, la observación y la reflexión. La figura 1 representa la etapa previa, denominada el reconocimiento del terreno por los investigadores (en negro), que consiste en observar y analizar la situación actual de la práctica enfermera en UCI y los dos ciclos con sus 4 etapas que se realizaron en el estudio.

Kemmis y Mac Taggart (1988)⁽³⁶⁾ afirman que podemos objetivar un cambio cuando analizamos las tres dimensiones incluidas en la cultura de los grupos: el lenguaje, las actividades y las relaciones. Un cambio en estas tres dimensiones puede ser observado en todas

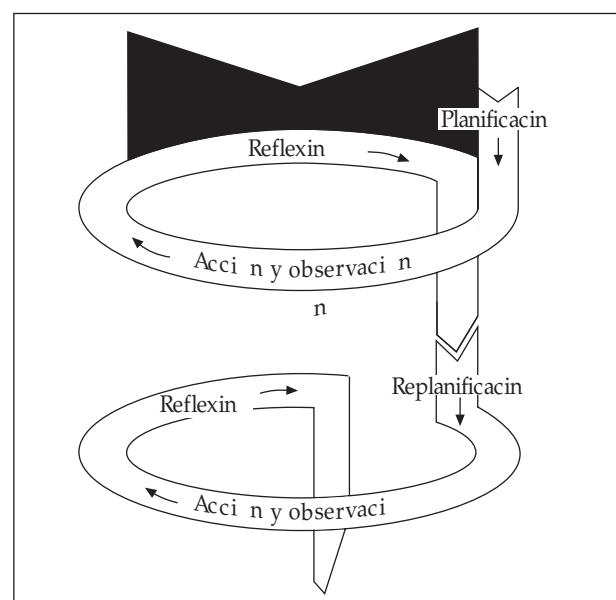


Figura 1. Las espirales de la Investigación-Acción Participativa del modelo de Kemmis y Mc Taggart (1988).

P. Delgado Hito
A. Sola Prado
I. Mirabete Rodríguez
R. Torrents Ros
M. Blasco Afonso
R. Barrero Pedraza
N. Catalá Gil
A. Mateos Dávila
M. Quinteiro Canedo

Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión:
una investigación-acción participativa

4 Tabla 1 Los ciclos, las etapas y las actividades realizadas durante el estudio

Ciclos	Etapas	Duración	Actividades
1. ^{er} Ciclo	Reconocimiento del terreno por los investigadores	3 meses	Observación directa de la práctica enfermera
	Planificación conjunta del estudio	2 semanas	El grupo decide cambiar aspectos del estudio
	Acción-observación	2 meses	Llegan a un consenso sobre cómo realizar la observación de su práctica
2. ^o Ciclo	Reflexión	1 semana	El plan decidido por el grupo se implementa en la práctica
	Replanificación	1 semana	El grupo reflexiona y critica su práctica observada
	Acción-observación	4 meses	El grupo cambia su práctica y observa las consecuencias
	Reflexión	2 meses	El grupo analiza la nueva práctica y sugiere nuevos cambios a diferentes niveles

Tabla 2 Las preguntas realizadas sobre las tres dimensiones del modelo

1. ¿Puedes describir con tus propias palabras el papel que desempeñas como enfermera en UCI?
2. ¿Crees que la enfermera hace todo lo que le corresponde por su rol?
3. ¿Crees que se trabaja en equipo?

las etapas, por lo tanto, estas dimensiones orientarán el contenido de cada una de las etapas del proceso. La tabla 1 muestra la descripción de las etapas y las actividades más relevantes realizadas durante el estudio.

Desarrollo de las etapas

El reconocimiento del terreno: el período de la práctica enfermera que se observó fue el del momento del ingreso. Durante la observación, los investigadores han utilizado el diario de campo en el cual anotaban sus observaciones sobre el lenguaje, las actividades y las relaciones de las enfermeras en relación al paciente, la familia, las compañeras y los médicos con el fin de identificar lo más característico de su práctica. El grupo investigador decidió analizar las tres dimensiones en relación al paciente, la familia, las compañeras y los médicos por considerarlos elementos importantes de la práctica enfermera. Además, los investigadores formularon tres preguntas relacionadas con las dimensiones a las 6 enfermeras observadas (tabla 2).

Las observaciones de este reconocimiento han sido leídas por alguien que no estaba presente durante las observaciones con el fin de cuestionar la descripción y poder obtener el máximo de detalles posible. La identificación de los pacientes y de las enfermeras ha sido cambiada para proteger su identidad.

1.^{er} ciclo

1. *Etapa de planificación.* Durante esta etapa, que duró dos reuniones de grupo, las participantes planificaron cómo iban a realizar la observación de su práctica. Las participantes eligieron el nombre ficticio que utilizarían durante todo el estudio con el fin de preservar la confidencialidad de los datos. Los investigadores distribuyeron a los participantes la siguiente documentación: descripción del modelo de Kemmis y McTaggart, la observación participante y una guía de cómo realizar el diario de campo ya que ellas lo iban a utilizar durante las etapas de observación y reflexión.

2. *Etapas de acción y de observación.* Durante estas etapas las enfermeras observaron dos ingresos cada una. La sistemática de la observación fue la misma que la utilizada en la etapa del reconocimiento: primero, responder a las tres preguntas relacionadas con la percepción de su práctica (tabla 2) y en segundo lugar, observar la realidad de su práctica en relación al lenguaje, las actividades y las relaciones que tienen con el paciente, la familia, las compañeras y los médicos en el momento del ingreso. Finalmente, ellas lo describieron en su diario de campo al igual que sus posteriores reflexiones personales.

3. *Etapa de reflexión colectiva.* La reflexión colectiva se ha basado en las reflexiones escritas por las enfermeras en su diario. Durante dos reuniones de grupo, las participantes pusieron en común lo que ellas habían pensado de su práctica (las tres preguntas) y lo que realmente emergió de sus observaciones (diario de campo). La reflexión del grupo condujo a la reconstrucción de la significación de la situación actual y procuró la base para un plan revisado, empezando así, el segundo ciclo de acción-reflexión.

2º ciclo

1. *Etapa de replanificación.* El punto de partida de esta etapa ha sido las reflexiones críticas y documentadas derivadas de la observación de su práctica. Apartir de estas reflexiones, las participantes desarrollaron un plan de acción para mejorar la situación actual. Teniendo en cuenta la realidad cotidiana y los obstáculos materiales/humanos posibles, las participantes elaboraron estrategias de cambio viables y realistas.

2. *Etapas de acción y de observación.* La duración de esta etapa ha sido el doble de la misma en el anterior

ciclo debido a las vacaciones de verano y al cambio de unidad por problemas arquitectónicos. Las participantes han implementado en la práctica las estrategias de cambio, las han observado y han reflexionado sobre ellas, utilizando siempre el diario de campo.

3. *Etapa de reflexión colectiva.* Durante esta etapa, las participantes han analizado lo ocurrido, lo esperado, los límites y las consecuencias en relación a las estrategias de cambio. La reflexión colectiva se ha basado en las reflexiones individuales escritas por las participantes en su diario y en dos guías de preguntas (una sobre las estrategias y otra sobre la metodología utilizada para producir cambios) que el grupo investigador repartió a las participantes antes de las reuniones de grupo.

Los roles: el grupo investigador y las participantes

En este tipo de estudios, tanto los investigadores como los participantes han de mantener un rol activo durante todo el proceso⁽³⁶⁻³⁷⁾. Antes de empezar el estudio, las participantes estaban al corriente y aceptaron los aspectos metodológicos del estudio así como el rol que ellas deberían tener durante todo el proceso. La ta-

Tabla 3 Los roles: investigadores y participantes

Dimensión	Grupo investigador	Participantes
Organizativa	Encontrar un local para las reuniones Distribuir la orden del día antes de cada reunión Disposición de las participantes en círculo durante las reuniones Encontrar los mejores días y horas para las reuniones Fotocopiar todos los documentos para las participantes	Están disponibles para las reuniones Informan cuando ellas han finalizado la observación o la implementación de las estrategias Son puntuales
Persona recurso/de apoyo	Remitir documentación adicional relacionada con el modelo o la observación Explicar las reuniones a las participantes ausentes Llamar a las participantes para ofrecerles ayuda o aclarar dudas Ofrecer libros y artículos relacionados con la metodología Favorecer la expresión de lo que no han entendido Agradecer a las participantes el trabajo realizado a través de un certificado de participación y realizar una fiesta de despedida	Se ayudan durante la observación Aportan información adicional (observación participativa) al resto de participantes
Metodológica	Favorecer la reflexión, la toma de decisiones y el consenso Ofrecer la posibilidad de cambiar aspectos del estudio Evitar iniciar una reunión hasta que el grupo no apruebe las conclusiones de la anterior Presentar la transcripción de todas las reuniones para verificación Reconocer los límites del estudio Ofrecer la posibilidad de retirarse del estudio	Participación activa durante todo el estudio Proponen y toman decisiones Evalúan y analizan las situaciones vividas Están abiertas al proceso (ventajas, dificultades, críticas) Planifican conjuntamente el estudio

P. Delgado Hito
A. Sola Prado
I. Mirabete Rodríguez
R. Torrents Ros
M. Blasco Afonso
R. Barrero Pedraza
N. Catalá Gil
A. Mateos Dávila
M. Quinteiro Canedo

Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión:
una investigación-acción participativa

- 6 bla 3 muestra el rol desempeñado por los investigadores y por los participantes.

Recogida de datos

Como es natural en los estudios participativos, la recogida de datos y su análisis han sido realizados simultáneamente⁽³⁸⁾. Durante el período de recogida de datos (12 meses) se utilizó:

1. *La observación sistemática*. Las anotaciones en el diario de campo de los investigadores sobre el reconocimiento del terreno, los progresos del grupo y del estudio, las reflexiones y los sentimientos en relación al

proceso, han permitido tener un informe descriptivo e íntimo de lo vivido diariamente.

2. *Reuniones de grupo*. Los investigadores han animado siete reuniones de grupo de una duración máxima de 2 horas. Todas las reuniones se han grabado y han sido transcritas íntegramente al ordenador por los investigadores.

3. *Documentos colectados*. Los investigadores han recolectado documentos generados por los participantes (todos los diarios de campo de los participantes han sido ofrecidos a los investigadores de forma voluntaria), generados por el hospital (notas de dos cursos que se realizaron durante el período de implementación de estrategias de cambio y en los que las enfermeras participaron) y los documentos sobre la observación participante del sociólogo Oscar Guasch.

Tabla 4 Un ejemplo del proceso de codificación y categorización

Categoría	Subcategoría	Código
Lenguaje con el paciente	Paciente inconsciente o sedado profundamente	Inexistente No verbal Olvido Miedo Falta de información Gritos Apodos Diminutivos Frases hechas Presentación Orientación temporoespacial Explicaciones Todo está permitido
	Paciente consciente o sedado superficialmente	No conoce el nombre No espera respuesta Diferentes prioridades Frases hechas Repetición Presentación Orientación temporoespacial Explicaciones Incluido en las conversaciones Más fácil
	Paciente muy grave	Inexistente No importante Olvido Mentiras Presentación

Análisis de datos

El proceso de análisis de datos se ha realizado de forma continua y circular, tanto a nivel de proceso (todo el trabajo o actividades del grupo a través del diario de campo) como a nivel de la significación del verbatim⁽³⁹⁾. Para el análisis de los documentos se ha utilizado una parrilla basada en Huberman y Miles (1991)⁽⁴⁰⁾ que permite elaborar unas fichas de síntesis y analizar los documentos. Ninguno de los documentos analizados ha influido negativamente en el estudio. El análisis del diario de campo de los investigadores ha permitido describir detalladamente el método, el proceso y las participantes. El diario ha servido de fuente de datos pero también de fuente para validar el conjunto de los datos obtenidos durante el estudio⁽³⁸⁾.

Para analizar las reuniones, los investigadores han realizado un proceso de codificación y de categorización^(38,41) el cual tiene en cuenta la búsqueda de la significación de lo que dicen los participantes y la búsqueda de una respuesta a las preguntas del estudio. El proceso es como un árbol pero al revés: las hojas son los códigos (unidades significativas), las ramas son las subcategorías (reagrupación de códigos) y el tronco las categorías centrales (la tabla 4 representa un ejemplo de codificación y categorización que surgió del estudio). Este proceso ha permitido reorganizar las representaciones alrededor de 3 temas: la práctica re-

flexiva, de la reflexión al cambio, y del cambio a la reflexión. Estos temas se presentan en la sección de resultados.

La triangulación es una de las estrategias para asegurar el rigor metodológico^(37,42,47). Los investigadores han utilizado la triangulación de métodos y la triangulación de fuentes⁽⁴⁸⁾. Estos dos tipos de triangulación han contribuido a la verificación de los resultados del estudio.

Consideraciones éticas

Los investigadores han obtenido la autorización de proceder a la realización del estudio de la Directora de Enfermería y del Comité de Ética del hospital. Para mantener la confidencialidad de las participantes se tomaron las siguientes medidas: el nombre de las participantes ha sido cambiado en los documentos y las transcripciones de las reuniones han sido identificadas bajo un nombre ficticio. Las enfermeras han participado voluntariamente en el estudio y sabían que podían retirarse de éste en cualquier momento. Ellas han dado su consentimiento verbalmente y también autorizaron la grabación de las reuniones.

Límites del estudio

Los límites del estudio son los siguientes: *a*) por el tipo de estudio, no se podrán generalizar los resultados de manera positivista como en los estudios cuantitativos (no es el objetivo de la investigación cualitativa), pero podemos extrapolarlos a situaciones o contextos parecidos; *b*) el cambio no se ha realizado por todas las enfermeras de la unidad, y *c*) varios problemas externos a los investigadores han tenido lugar a lo largo del estudio (falta de experiencia de las participantes para realizar la observación, el cambio de unidad por problemas arquitectónicos durante 2 meses originando una disminución del personal y de los pacientes, las vacaciones y la falta de voluntarios del turno de mañanas) que han provocado un retraso en el cronograma.

RESULTADOS

117

Los resultados se abordan enmarcados en los tres temas que surgieron de la reorganización de las representaciones de las participantes: la práctica reflexiva, de la reflexión al cambio y del cambio a la reflexión.

La práctica reflexiva

Los resultados derivados de la reflexión realizada por las participantes sobre la observación del lenguaje, las actividades y las relaciones con el paciente en el momento del ingreso, aparecen en primer lugar, en segundo lugar, las reflexiones derivadas de la observación de las tres dimensiones con la familia para continuar con las de las compañeras y con las de los médicos.

El paciente de UCI como objeto de cuidado

*"El trabajo es inversamente proporcional a la comunicación"****. Las participantes han afirmado que el lenguaje utilizado con el paciente en el momento del ingreso era insuficiente o inexistente, sobre todo con pacientes con sedación profunda, inconscientes o muy graves. Elisa explicó: *"Mis dos pacientes ingresaron inconscientes, la comunicación con ellos fue nula, ni verbal ni no verbal"*. Otra de las características del lenguaje fue la utilización de frases hechas o incorrectas. Hortensia decía: "...la expresión: "¡no se preocupe!, ¡no le harémos daño!" que nosotras utilizamos mucho, la encuentro incorrecta... si el paciente quiere preocuparse, que se preocupe, lo que yo puedo hacer es intentar disminuir su preocupación con información previa a toda intervención". Para las participantes este tipo de frases, que surge de forma inconsciente, hacen que el paciente pierda la confianza en ellas.

En la mayoría de los ingresos, las enfermeras no conocían el nombre del paciente por lo que le llamaban "majo" o "majico". Bon explicaba: "...como no sabía su nombre, porque los médicos tenían los papeles, yo le

***A partir de los resultados, los investigadores han decidido presentar las citaciones de las participantes en cursiva con el fin de crear un texto más continuado.

8 gritaba majico". Las enfermeras también encontraban incorrecto utilizar diminutivos con el paciente. Lola decía: "...puedes decir a un niño que levante su piernecita pero no se lo puedes decir a un paciente que tiene 50 años y que pesa 70 kilos porque no es una piernecita es una pierna...les tratamos como niños".

Todas las participantes aseguraban que explicaban al paciente lo que se le estaba haciendo pero al observar su práctica, algunas, como Manolita afirmaron: "He encontrado una discordancia entre lo que yo pensaba que hacía y lo que realmente hago...era una señora que se había parado, tenía una encefalopatía hepática, estaba en off pero yo le fui explicando, pero al poco tiempo, me encontraba hablando con el residente, como si ella no existiera, o sea, le explicás al paciente pero después qué!". Además, ellas manifestaron que las explicaciones que daban eran unidireccionales ya que no esperaban la respuesta del paciente. Bon decía: "Vamos a nuestro ritmo" y Manolita añadía: "...le explico que le voy a cambiar un apósito y continuó hablando con mi compañera".

La mitad de las participantes se presentaba y se identificaba cuando el paciente llegaba y el resto lo hacía pocas veces o nunca. La forma del lenguaje era, normalmente a gritos. Bon afirmó: "Hablé con el paciente pero mejor no haberlo hecho ya que todo lo que hacía era gritarle a la oreja y además, como no sabía su nombre, gritaba majico".

"Aplicamos el protocolo de ingreso". Antes de la observación, las participantes pensaban que cuando un paciente ingresaba, priorizaban sus actividades según las características del paciente pero la realidad fue un poco diferente. Según ellas, lo que hacían era aplicar el protocolo de ingreso que consiste en acomodar al paciente en la cama, registrar los signos vitales, realizar las técnicas necesarias, los análisis y administrar la medicación. Ellas aseguraban que lo aplicaban de forma automática, sin pensar, ya que estaba muy interiorizado en la dinámica de un ingreso. Hortensia explicó: "En situaciones de urgencias o estrés, nos concentrarnos tanto en las técnicas que olvidamos que intervenímos sobre un ser vivo, con sus sentidos y sentimientos más o menos despiertos" y Marta añadió: "No es sólo lo que haces si no cómo lo haces... las actividades que nosotras hacemos son sobre el paciente y no con él... son actividades sobre un objeto".

Algunas participantes justificaban la falta de actividades relacionadas con aspectos psicológicos diciendo que era difícil comunicarse con este tipo de pacientes. Carla decía: "Con un paciente traqueotomizado o intubado, la comunicación dura más de dos minutos, sobre todo cuando se abordan estos temas, muchos no pueden escribir...". Ellas también aseguraban que la rapidez con que se hacían las actividades provocaba que no pudiera participar el paciente. Bon afirmaba: "Le pedimos que levante el brazo al mismo tiempo que ya se lo estamos levantando nosotras". Finalmente, las participantes aseguraron que el respeto a la intimidad de la mujer estaba menos tenido en cuenta ya que hasta que no finalizaban las exploraciones derivadas de un ingreso, el paciente permanecía con una sábana encima de los genitales tanto fuera hombre como mujer, por lo tanto el pecho de la mujer quedaba al descubierto.

"Más actividades, menos lenguaje; menos lenguaje, menos relación". La gravedad del paciente, en el momento del ingreso, era uno de los elementos que influía en la relación que establecían con el paciente. Bon decía: "Cuanto más complicado es el ingreso y más actividades hay que hacer, menos relación estableces con el paciente y su familia". Ellas identificaron diferentes tipos de relación: la informativa definida como cordial pero distante, la superprotectora o paternalista o la de sumisión por parte del paciente. La mayoría pensaba que en algunos momentos, era una relación basada en la falta de respeto hacia el paciente.

Las enfermeras hablan de la familia

"Les informamos pero no nos comunicamos con ella". El lenguaje utilizado con la familia fue preponderantemente informativo: el estado del paciente, los horarios y aclaración de dudas, aunque a veces les preguntaban si necesitaban alguna cosa. Se caracterizaba por ser simple, corto, lento y amable aunque esta amabilidad, a veces, rayaba el paternalismo utilizando un tono protector e infantilizado.

Ellas afirmaban que al no saber qué información había recibido la familia del médico (el médico les informa en una sala), algunas veces, se encontraban con la familia en una situación difícil. La mayoría de enferme-

ras se presentaba a la familia con el nombre y pocas se identificaban. Una pensaba que era importante presentarse con nombre y apellido pero el resto no estaba de acuerdo. Algunas de ellas habían supuesto que el familiar era un determinado pariente (la madre, la hija,...) equivocándose alguna vez. Marta decía: "...te puedes equivocar pensando que la familiar es la hija o la madre del paciente".

"Realizamos pocas actividades con la familia". Las participantes manifestaron que las familias no recibían atención de enfermería mientras esperaban en la sala de espera antes de poder entrar a ver a su familiar. Bon explicaba: "...dejas a la familia para lo último... cuando todo está hecho, ellos pueden entrar". Ellas consideraban que los cuidados enfermeros a las familias, en el momento del ingreso, consistían en dar información y recoger sus números de teléfono. Marta explicaba: "Me hicieron varias preguntas que yo le aclaré, les pregunté si lo habían visto antes y les expliqué los tubos y las máquinas que llevaba... les acompañé durante el tiempo que estuvieron dentro del box". Ellas también consideraban que, con el acompañamiento y la escucha, ofrecían apoyo a la familia.

Las participantes pensaban que la familia era muy importante para conocer mejor al paciente y poder dar unos cuidados de calidad pero no encontraban oportunidad de realizar la entrevista familiar en el momento del ingreso ya que las familias estaban demasiado ansiosas y preocupadas como para responder.

"La relación con la familia es adecuada para el momento". La relación que las enfermeras observaron con la familia era acogedora pero distante y adecuada para el momento. Carla explicó: "Es acogedora pero distante porque no conoces a esta familia... es el primer contacto que tienes y es una situación en la que te sientes incómoda según la situación del paciente" y Manolita añadió: "Es una relación informativa y de apoyo, yo la encuentro humana y bien".

Las enfermeras se comprenden

"Hablamos entre nosotras". Una de las características del lenguaje entre enfermeras fue el ofrecimiento, constatando la voluntad de ayudar de las compañeras a la enfermera responsable del ingreso. Otras característi-

cas fueron la presencia de comentarios fuera de lugar y el hablar de temas personales delante del paciente. Carla explicó: "...alguien comentó delante de una señora sedada: '¡Pobre mujer, mira que ha empeorado su estado!'".

Entre ellas, el lenguaje es breve y concreto. Hortensia decía: "El lenguaje utilizado entre nosotras ha sido correcto en todo momento, caracterizado por frases breves y muy concretas... lo hacemos de forma inconsciente y yo creo que es positivo". Finalmente, ellas constataron que cuando un paciente ingresa, demasiadas personas estaban dentro del box, hablando a la vez, gritando y riendo en algunos casos.

"Nos falta coordinar las actividades". Aunque las participantes no constataron grandes problemas, ellas afirmaron que, en algunos casos, existía una falta de coordinación en las actividades debido al excesivo personal que había dentro del box y a la rapidez con que se realizaban las actividades. Lola explicó: "Somos demasiadas en un ingreso, está bien en el momento de pasar al paciente a la cama, pero después con dos enfermeras es más que suficiente".

"Nuestra relación es de colaboración". Ellas consideraban que la relación que se establecía entre las enfermeras era de colaboración y de apoyo. Hortensia afirmó: "Es una relación de amistad, de confianza, de colaboración... ninguna reflexión al respecto, encuentro que está bien". A pesar de esto, ellas también manifestaron que, en algunos casos, la relación entre ellas era poco profesional delante del paciente. Carla afirmó: "...es parecido al lenguaje, se cuentan chistes, aspectos de la vida privada...delante del paciente".

Distanciamiento entre enfermeras y médicos

"El diálogo casi no existe". Para las participantes, el lenguaje que se establecía dependía del médico que estuviera de guardia y de la situación del paciente. En algunos casos era cordial y correcto y en otros, inexistente o inadecuado. Otra de las características fue los gritos, sobre todo si había una cierta distancia entre ellos. Bon explicó: "Si están al otro lado de la unidad, ellos me piden las cosas gritando, hablamos así, de una manera cordial y familiar, con gritos...".

- 0 La presencia de frases breves y de palabras sueltas fue otra de las características. Para algunas participantes, este lenguaje era conveniente para el momento del ingreso. Hortensia decía: "...a mí, no me parece que la utilización de frases breves sea incorrecta ya que en ese momento, tú tienes que evaluar al paciente y hacer una serie de cosas". La presencia de comentarios groseros o inoportunos por parte de los médicos fue también otra de las características del lenguaje aunque, según ellas, el problema de esto fue que ellas no respondieron a esos comentarios por falta de autoafirmación. Hortensia lo explicó así: "...estaba enfadada por lo que me había dicho y de mal humor por no haber contestado y no contesté simplemente porque me quedé sin voz... creo que es un lenguaje no profesional...no me reafirmo con los médicos, no supe que responder...".

Varios tipos de comunicación detectaron las enfermeras entre ellas y los médicos. El tipo de pregunta-respuesta lo explicó Marta así: "Seguimos el esquema pregunta-respuesta, yo cuestiono y el responde y viceversa... yo le pido información para conocer el contexto del paciente y él me pide parámetros para hacer su evaluación". En otros casos, el tipo de comunicación fue unidireccional, del médico a la enfermera y basado en un listado de órdenes médicas. Hortensia decía: "Ellos te dicen: 'Si ocurre esto le pones esto, si pasa lo otro, le pones...', la comunicación consiste en dar órdenes". El último tipo de comunicación fue el casi inexistente. Carla afirmó: "Se dirige a mi muy poco, casi nada, únicamente para pedirme la altura de un drenaje".

"Primero lo que ellos dicen y en el momento que más les conviene". Las participantes detectaron que realizaban muchas actividades delegadas. Elisa explicó: "...me delegan una serie de cosas que no me corresponden... me lo delegan y yo lo acepto". Ellas también expresaron que muchas de las actividades que realizaban con los médicos consistía en darles material mientras realizaban las diferentes pruebas.

"Una relación no centrada en aspectos profesionales deriva a una mala relación". Las enfermeras afirmaban que la relación que se estableciese iba a depender de nuevo del médico que estuviera de guardia. Manolita explicó: "...dependiendo de quién esté de guardia, ya sabemos si habrá una relación de man-

do o de colaboración". En algunos casos la relación fue cordial y amigable pero poco profesional. Bon decía: "Incluso si la relación es buena, dentro del box, es de falta de respeto hacia el paciente ya que nos llevamos tan bien que gritamos, reímos... la relación es buena pero tiene que estar centrada en el paciente, si no es poco profesional".

En otros casos la relación era de orden-sumisión. Este tipo de relación enmarcada en el momento del ingreso, fue considerado como correcto por algunas de las participantes. Elisa comentó: "Es su rol en ese momento... creo que es correcto para este tipo de situaciones". Finalmente, las participantes pensaban que los problemas que existían de relación eran debidos a la estructura jerárquica. Marta explicó: "El problema que yo veo es que no hay una relación entre profesionales a pie de igualdad... si yo estoy arriba y tu estás abajo, la relación dependerá de mi humor".

De la reflexión al cambio: sugiriendo cambios en la práctica de UCI

Del paciente objeto al paciente sujeto

Las participantes elaboraron dos grupos de estrategias para mejorar el lenguaje. El primer grupo se implementó antes de que el paciente ingresara y fueron: saber de antemano el nombre del paciente y en el caso de no poderlo saber con antelación, se le llamaría señor o señora y saber más del paciente antes de que ingresase, ya sea preguntando al médico, bajando a la unidad de semicríticos, si es que viene de ahí o llamando por teléfono a la sala donde esté. Bon explicaba: "Antes de que llegue el paciente, tendremos que tener, además de los aspectos físicos y el nombre, un poco más de información, preguntar más, pedir qué es lo que ha pasado, porqué viene...también para poder preparar mejor el box".

El segundo grupo de estrategias se implementaron una vez que el paciente había ingresado. La primera consistió en tener un primer contacto con el paciente cuando aún estaba en la camilla. Manolita explicó: "...cuando está en la camilla, nos presentaremos y le diremos que le han trasladado de unidad y una vez en la cama, le orientaremos en tiempo y espacio y

no hacer eso de boum, boum,... rápido". La segunda consistió en evitar las frases hechas y la tercera en evitar comentarios fuera de lugar. Bon dijo: "Si no evitamos esto, el paciente puede pensar: '¿Qué hago yo aquí con tanta loca?'". La cuarta estrategia trató en centrar el lenguaje en el paciente, sobre las cuestiones profesionales y si era posible, hacerle participar en las conversaciones. La quinta consistió en esperar la respuesta del paciente cuando le formulamos o le explicamos algo. Marta afirmó: "Evitar los monólogos, esperar su respuesta, es decir, no yo conmigo misma diciendo lo que yo sé que tengo que decir y si le llega al otro bien y si no...". La sexta consistió en explicar al paciente todo lo que se le hiciera, la séptima, en evitar el tono protector y la octava, en bajar el tono de voz.

La primera y la segunda estrategias elaboradas para mejorar las actividades con el paciente fueron: solicitar ayuda al paciente y realizar las actividades más lentamente, si la situación lo permitía. Cristina afirmó: "Tenemos que darle la oportunidad, incluso cuando tengamos prisa". La tercera consistió en ser más flexible a la hora de realizar el protocolo de ingreso, teniendo más en cuenta las demandas del paciente y la cuarta residió en dedicar un cierto tiempo a que el paciente expresara sus sentimientos. Manolita explicó: "Ser conscientes de dedicar un cierto tiempo a estos aspectos, o al menos el hecho de decírselo, de ofrecerse...". La última consistió en acordarse de tapar el pecho de las mujeres.

A nivel de la relación enfermera-paciente, las enfermeras elaboraron como primera estrategia el establecer una verdadera relación terapéutica, donde la enfermera fuese vista como más accesible, más cercana, más disponible, con respeto y manteniendo el profesionalismo. La segunda estrategia consistió en pactar y negociar con los pacientes despiertos.

Intentando acercarse a la familia

La primera estrategia para mejorar el lenguaje consistió en presentarse e identificarse siempre a la familia. Las participantes no llegaron a un consenso en el hecho de hacer la presentación con apellido, por lo que la realizaron con el nombre. Marta intentaba convencer a sus colegas diciendo: "Es como si un arquitecto viene

121

a tu casa y se presenta como Juan, no sé, es poco profesional", pero el resto de participantes creía que presentándose con nombre y apellido crearía más distancia con la familia. La segunda estrategia consistió en evitar el tono protector y la tercera, en pedir al familiar la relación parental que tenía con el paciente. La cuarta y última consistió en estar presente en la información médica. Manolita dijo: "Yo creo que es una buena estrategia ya que así podremos estar al corriente de la información que recibe la familia y cómo ésta ha reaccionado".

Para mejorar las actividades con la familia, las participantes elaboraron la primera estrategia que tenía como objetivo el atender a la familia mientras esperaba en la sala. Bon explicó: "Si la enfermera responsable del paciente no puede salir un momento, sería necesario que otra enfermera saliera para establecer el primer contacto y dar una primera información". La segunda estrategia fue ofrecerse siempre a la familia y la tercera decirles que tocaseren el timbre del box si necesitaban algo. A pesar de que las participantes no creían que el momento del ingreso fuera el oportuno para realizar la entrevista a la familia, ellas elaboraron la última estrategia que consistió en interrogar a la familia sobre el paciente pero, siempre y cuando ésta estuviera en disposición de contestar y si la situación del paciente lo permitía. Ninguna estrategia sobre la relación fue necesario elaborar.

Las enfermeras coordinan los cuidados

Para evitar el excesivo personal dentro del box y evitar así sus consecuencias, las participantes elaboraron la primera estrategia para mejorar el lenguaje que residió en que la enfermera responsable coordinaría y dirigiría la situación. La segunda consistió en evitar comentarios fuera de lugar delante del paciente. Bon dijo: "Concentrarse en los aspectos profesionales, sobre todo si el paciente está despierto" y la tercera, en bajar el tono de voz delante del paciente. Gracias a estas estrategias también la relación mejoraría, más profesional. Bon comentó: "En el box, no abordar los aspectos personales, tal vez de esta forma los comentarios desagradables y las risas se evitarán".

P. Delgado Hito
A. Sola Prado
I. Mirabete Rodríguez
R. Torrents Ros
M. Blasco Afonso
R. Barrero Pedraza
N. Catalá Gil
A. Mateos Dávila
M. Quinteiro Canedo

Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión:
una investigación-acción participativa

2 Intentando establecer una colaboración interprofesional

Para mejorar el lenguaje, las participantes elaboraron como primera estrategia la de centrar la comunicación en aspectos profesionales, la segunda consistió en intentar el diálogo y la tercera en defender sus intereses, los del paciente y dar argumentos. Hortensia afirmó: *"Intentar siempre defender nuestras actuaciones y nuestras ideas porque si no ellos te dicen alguna cosa en relación a lo que haces, y no sabemos defendernos"*. Teniendo en cuenta que las estrategias tenían que ser realistas y viables, las enfermeras no elaboraron ninguna para mejorar las actividades.

Para mejorar la relación, las participantes crearon como primera estrategia la de establecer una relación profesional y no personal, la segunda consistió en pedir a los médicos la información que necesitasen y la tercera, en no ser pasivas, estar a la altura para poder autoafirmarse.

Del cambio a la reflexión: reflexionando sobre los cambios y el método

Reflexionando sobre los cambios

Las participantes han valorado muy positivamente la implantación de las estrategias ya que se respeta más al paciente, se tiene más en cuenta a la familia, se coordinan mejor y ha mejorado la relación interprofesional, a pesar de que algunas de las estrategias no se hayan podido implementar. Algunos testimonios han sido: Bon: *"Por un lado el cambio de actitud personal, más profesional, más autoconciencia después de reflexionar y por el otro, lo relacionado con el paciente, más respeto hacia él"*; Lola: *"La comunicación a nivel profesional, la personalización de los cuidados y la valoración en tanto que profesionales... Creo que respeto más al paciente o al menos soy más consciente de lo que hago"*; Manolita: *"...cuando llega el paciente, concentrarse en él, la información médica, la familia, sobre todo el primer contacto para tranquilizarles"*.

Reflexionando sobre el método

Las participantes han considerado que este método tiene un planteamiento simple y de sentido común, que es democrático, fundado de la experiencia y desarrollado en la práctica. Marta explicó: *"...revisas lo que haces y miras lo que te gustaría modificar y lo pones en práctica... es una forma de estructurar algo que yo creo que hacíamos pero de forma desordenada, es una forma de analizar más racional...creo que es positivo y que te hace cambiar"*. Ellas también consideraban que este método ayudaba a comprender y mejorar su propia práctica. Hortensia explicó: *"...todo esto me ha ayudado mucho a reflexionar y tomar conciencia de todo lo que yo hago"*, Cristina añadió: *"Comprender cómo y por qué hago las cosas"* y Carla afirmó: *"...el haber reflexionado y haber analizado las cosas ha provocado que durante un ingreso, actúe de manera diferente"*.

Ellas afirmaron también que la reflexión era esencial para el cambio ya que si no se produce, el grupo no puede cambiar. Bon afirmó: *"...la reflexión es la única manera de cambiar realmente las cosas ya que la imposición de otros no puede ser comprendida ni aceptada"*. Las participantes constataron que el método también les había ayudado a aprender a reflexionar, a ser más conscientes de lo que se puede o no cambiar y a darse cuenta de los errores de su práctica. Carla explicó: *"...darte cuenta de aquellas cosas que antes no te daban cuenta, puedes cambiar y darte cuenta de los errores que todos cometemos..."*.

Finalmente, las participantes han criticado algunos aspectos del modelo PAR utilizado (dificultad en separar el lenguaje de las relaciones), han expresado las dificultades que han tenido a lo largo del proceso (ellas creen que no todas las estrategias se han podido implementar porque no todas las enfermeras de la unidad estaban implicadas en el estudio) y han sugerido elementos de solución (reuniones periódicas, realizar varios grupos de cambio de los diferentes turnos, informar de los resultados del estudio al resto del personal).

DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio estaba interesado en promover la reflexión sobre los cuidados enfermeros a partir de un proceso participativo de los interventores con el fin de aportar cambios en su práctica a la vez que pretendía comprender cómo el proceso de reflexión puede llevar a la elaboración de estrategias de cambio y examinar la incorporación de una nueva manera de concebir la acción enfermera a través de un grupo de reflexión-acción.

La reflexión como base para promover cambios

El concepto de reflexión es uno de los elementos centrales de la PAR^(36,49). El proceso reflexivo se caracteriza por una continua autocritica y autoapreciación de nuestras prácticas. Las personas implicadas en este proceso son más conscientes de aquellos aspectos de su práctica que realizaban de manera inconsciente, lo que explica que la mayoría de las participantes se haya sorprendido de lo que han observado en su práctica.

A través de la reflexión las participantes han evidenciado que su lenguaje, actividades y relaciones con el paciente tenían diferentes elementos que ayudaban a la despersonalización y la objetivación de la persona. Muchos de estos elementos han sido tratados en la literatura. Por ejemplo, el lenguaje insuficiente o inexiste nte con el paciente inconsciente^(9,50-51) o los gritos⁽⁵²⁾. Estas actitudes representan una falta de respeto hacia la persona y su presencia agrava la situación ya crítica del paciente⁽⁵³⁾.

Las participantes también han evidenciado que el lenguaje, actividades y relaciones con la familia, muestran un distanciamiento entre la enfermera y la familia por lo que el estrés emocional que representa tener un familiar ingresado en la UCI puede verse aumentando⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾. En relación a la comunicación con la familia, Zazpe (1996)⁽⁵⁷⁾ afirma que uno de los elementos que interfiere en ella es la utilización de un lenguaje inapropiado, utilizando muchas palabras técnicas, pero en este estudio, las participantes han utilizado un lenguaje simple y han hablado lentamente a la familia. Las actividades que realizan las participantes con la familia

en el momento del ingreso son escasas. Las enfermeras de UCI deben ayudar a los pacientes y a sus familias pero a menudo el paciente es el único centro de atención de los cuidados enfermeros^(58,59).

La colaboración problemática entre las enfermeras y los médicos es un tema ya tratado en la literatura^(30,58,60). En el contexto de este estudio, varias condiciones determinaron el lenguaje y las relaciones que se establecieron entre enfermera-médico: el médico de guardia o responsable del paciente y el estado del paciente. Cuanto más grave e inestable está el paciente, más monosílabos y menos relación se establece entre ellos.

El excesivo rol delegado ha sido criticado por las participantes afirmando que el médico les delega aspectos de su práctica porque cree en sus capacidades para realizarlo, pero no confían en ellas en tanto que enfermeras sino como seudomédicos. Varios autores han hablado del riesgo de que la enfermera se comporte como un seudomédico^(1,61) y al igual que la literatura, las participantes piensan que el problema no es que ellos deleguen aspectos médicos, sino que esto es aceptado por ellas. En realidad, sin un trabajo en equipo, sin un respeto a los conocimientos y la perspectiva de cada profesional y con una estructura jerarquizada, será difícil mejorar la relación enfermera-médico.

A través del proceso reflexivo, las participantes han podido conocerse mejor ellas mismas y ser más sensibles y críticas en un entorno práctico determinado⁽⁶²⁾. Ellas han desarrollado también una mayor conciencia en relación a lo que hacen, lo que ha permitido iniciar un proceso de cambio. Gracias al proceso reflexivo, las participantes han elaborado estrategias de cambio que han originado una nueva manera de concebir la práctica enfermera.

El cambio hacia una nueva forma de concebir la acción enfermera

El cambio hacia una nueva forma de cuidados enfermeros ha provocado en las enfermeras una modificación en su manera tradicional de concebir los cuidados. Este cambio ha sido posible por la puesta en marcha de un grupo de reflexión-acción.

P. Delgado Hito
A. Sola Prado
I. Mirabete Rodríguez
R. Torrents Ros
M. Blasco Afonso
R. Barrero Pedraza
N. Catalá Gil
A. Mateos Dávila
M. Quinteiro Canedo

Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión:
una investigación-acción participativa

- 4 En este sentido, Johns (1999)⁽⁶³⁾, quien se basa en las ideas de Belenky et al (1986)⁽⁶⁴⁾, afirma que la reflexión genera un poder (*empowerment*) en las enfermeras para pasar del silencio (*silence*), donde las técnicas son vistas como más importantes que el trabajo enfermero, a una voz construida (*the constructed voice*) permitiéndoles responder de forma apropiada hacia una práctica deseada y efectiva. A través de un esfuerzo individual y colectivo, las participantes han modificado y transformado progresivamente su filosofía de cuidados y han llegado a concebir los cuidados de una manera menos tradicional y más holística. Según Gadow (1984)⁽⁷⁾, esta nueva acción enfermera adoptada por las participantes se encuentra en el paradigma empático donde el cuerpo es considerado como un sujeto. Es por este motivo que las enfermeras han cambiado a una acción enfermera que respeta y considera más al paciente, que está más cercana a la familia, coordinando los cuidados e intentando una colaboración entre ellas y los médicos. En este sentido, Gorney (1999)⁽⁶⁵⁾ afirma que la comunicación entre enfermera y médico es vital para poder ofrecer al paciente unos cuidados de calidad.

Este estudio ha demostrado que el proceso reflexivo provoca que las enfermeras sean más conscientes de lo que hacen, más críticas hacia su práctica cotidiana y por lo tanto más abiertas hacia la búsqueda de soluciones, es decir, a la elaboración de estrategias de cambio realistas, viables y ancladas en la práctica cotidiana. Como otras enfermeras que han utilizado la PAR^(20,21,30,66-69), los investigadores creen firmemente que este tipo de investigaciones son muy eficaces para producir cambios y que el modelo de Kemmis y Mc Taggart es recomendable para aquellos investigadores que nunca han realizado un estudio del tipo PAR ya que es simple, claro y explícito.

AGRADECIMIENTOS

A Denise Gastaldo (PhD), doctora en sociología en la Universidad de Toronto, por su inestimable ayuda en la realización del estudio.

Al Fondo de Investigación Sanitaria sin cuya financiación no hubiera sido posible la realización de este estudio.

A Dolors Llorens, directora de enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), por su apoyo.

A Natàlia Solà y Carme Jover, supervisoras del HSCSP, por su gran interés y colaboración.

A las participantes, sin las cuales este estudio no existiría.

BIBLIOGRAFÍA

- Briggs D. Critical care nurses' roles-traditional or expanded/extended. *Intensive Care Nurs* 1991; 7: 223-229.
- Henderson V. Preserving the essence of nursing in a technological age. *J Adv Nurs* 1980; 5: 245-260.
- Donahue L. L'évolution des besoins de membres de familles ayant un proche hospitalisé aux soins intensifs [tesis del Master en ciencias de la enfermería]. Canadá: Universidad de Montreal; 1993.
- Marsden C. Ethical issues in critical care: technology assessment in critical care. *Heart Lung* 1991; 20 (1): 93-94.
- Scullion PA. Personnal cost, caring and communication: an analysis of communication between relatives and intensive care nurse. *Intensive Crit Care Nurs* 1994; 10 (1): 64-70.
- Torrallba F. Lo ineludiblemente humano. *Labor Hospitalaria* 1999; 253: 131-188.
- Gadow S. Touch and Technology: Two Paradigms of Patient Care. *Journal of Religion and Health* 1984; 23 (1): 63-69.
- Gadow S. Clinical subjectivity: Advocacy with silent patients. *Nurs Clin North Am* 1989; 24 (2): 535-541.
- Henderson A. Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *J Adv Nurs* 1994; 20: 935-939.
- Williams A. The body of the nurse as patient. *Aust J Adv Nurs* 1997; 15 (1): 12-19.
- Jackson I. Critical care nurses' perception of a bereavement follow-up service. *Intensive Crit Care Nurs* 1996; 12 (1): 2-11.
- Potinkara H, Paunonen M. Alleviating anxiety in nursing patients' significant others. *Intensive Crit Care Nurs* 1996; 12 (6): 327-334.
- Walters AJ. The comforting role in critical care nursing practice: a phenomenological interpretation. *Int J Nurs Stud* 1994; 31 (6): 607-616.
- Benner P. De novice à expert. *Excellence en soins infirmiers*. Québec: ERPI; 1995.
- Copnell B. Understanding change in clinical nursing practice. *Nurs Inquiry* 1998; 5: 2-10.
- Finn JL. The Promise of Participatory Research. *Journal of Progressive Human Services* 1994; 5 (2): 25-42.

17. Stringer ET. Action research: A Handbook for Practitioners. London: SAGE Publications; 1996.
18. Tandon R. Participatory Research in the Empowerment of People. *Convergence* 1981; 14 (3): 20-29.
19. St-Arnaud Y. Connaitre par l'action. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal; 1992.
20. Degerhammar M, Wade B. The introduction of a new system of care delivery into a surgical ward in Sweden. *Int J Nurs Stud* 1991; 28 (4): 325-336.
21. Kerr D. The use of action research as an appropriate method of introducing and evaluating change in nursing care in an accident & emergency unit in Durban. *Curationis* 1996; 19 (3); 12-16 (4): 7-12.
22. Nichols R, Meyer J, Batehup L, Waterman H. Promoting action research in health care settings. *Nurs Stand* 1997; 11 (40): 36-38.
23. Turcotte-Belley MC. Implantation de la collecte de données en soins infirmiers: Rapport d'une recherche-action [tesis del Master en ciencias de la enfermería]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, Québec, Canadá, 1990.
24. Whyte WF. Participatory Action Research. London: SAGE Publications; 1991.
25. Schön, DA. Le tournant réflexif. Montréal: Les Éditions Logiques; 1996.
26. Abbot K, Blair F, Duncan S. Participatory research. *The Canadian Nurse* 1993; 89: 25-27.
27. Hall BL. Participatory Research, Popular Knowledge and Power: A Personal Reflection. *Convergence* 1981; XIV (3): 6-19.
28. Reason P. Participation in human inquiry. London: SAGE Publications; 1994.
29. Reason P. Three Approaches to Participative Inquiry. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. Hanbook of Qualitative Research. London: SAGE Publications; 1994. p. 324-339.
30. Bellman L. Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research. *J Adv Nurs* 1996; 24: 129-138.
31. Titchen A, Binnie A. Research partnerships: collaborative action research in nursing. *J Adv Nurs* 1993; 18: 858-865.
32. Gafó J. La humanización de la praxis sanitaria. In: Etica y legislación en enfermería. Madrid: Universitas SA; 1994. p. 45-48.
33. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: SAGE Publications; 1989.
34. Lehoux P, Levy R, Rodrigue J. Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4ième génération. *Ruptures* 1995; 2 (1): 56-72.
35. Levy R. Croyance et doute: une vision paradigmatische des méthodes qualitatives. *Ruptures* 1994; 1 (1): 92-100.
36. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Australia: Deakin University Press; 1988.
37. McTaggart R. Participatory Action Research. London: New York Press; 1997.
38. Morse JM, Field PA. Qualitative Research Methods for Health Professionals. 2nd ed. London: SAGE Publications; 1995.
39. Catterall M, Maclaran P (1997). Focus Group Data and Qualitative Analysis Programs: Coding the Moving Picture as Well as the Snapshots{online}. Disponible en: <<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/2/1/6.html>> .
40. Huberman AM, Miles MB. Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes. Québec: ERPI; 1991.
41. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *Br Med J* 2000; 320: 114-116.
42. Burns N, Grove S. The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1997.
43. Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. London: SAGE Publications; 1994.
44. Fortin MF. El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw Hill-Interamericana; 1999.
45. Massey VH. Nursing Research: A Study and Learning Tool. Pennsylvania: Springhouse Corporation; 1991.
46. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; 320: 50-52.
47. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Éditeurs; 1997.
48. Patton MQ. Qualitative Evaluation Methods. London: SAGE Publications; 1980.
49. Koch T, Harrington A. Reconceptualizing rigour: the case for reflexivity. *J Adv Nurs* 1998; 28 (4): 882-890.
50. Gastaldo D, Holmes D. Foucault and nursing: a history of the present. *Nurs Inquiry* 1999; 6 (4): 231-240.
51. Heartfield M. Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *J Adv Nurs* 1996; 24: 98-103.
52. Morse JM. Qualitative Methods: The State of the Art. *Qual Health Res* 1999; 9 (3): 393-406.
53. Rubio JM. La humanización de la asistencia sanitaria. Compartir 1997; mayo-junio: 44-46.
54. Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses (Part I). *Intensive Crit Care Nurs* 1996; 12: 168-172.
55. Simpson SH. Reconnecting: the experiences of nurses caring for hopelessly ill patients in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs* 1997; 13: 189-197.
56. Wilkinson P. A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1995; 11: 77-86.

P. Delgado Hito
A. Sola Prado
I. Mirabete Rodríguez
R. Torrents Ros
M. Blasco Afonso
R. Barrero Pedraza
N. Catalá Gil
A. Mateos Dávila
M. Quinteiro Canedo

Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión:
una investigación-acción participativa

- 6 57. Zazpe C. Información a los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 1996; 7 (4): 147-151.
58. Lindahl B, Sandman P. The role of advocacy in critical care nursing: a caring response to another. *Intensive Crit Care Nurs* 1998; 14: 179-186.
59. Robb YA. Family nursing in intensive care part one: is family nursing appropriate in intensive care? *Intensive Crit Care Nurs* 1998; 14: 117-123.
60. Käppeli S. Interprofessional cooperation: why is partnership so difficult? *Patient Educ Couns* 1995; 26: 251-256.
61. Adam E. *Être infirmière*. 3^{eme} ed. Montréal: Études vivantes; 1991.
62. Johns C. Caring through a reflective lens: giving meaning to being a reflective practitioner. *Nurs Inquiry* 1998; 5: 18-24.
63. Johns C. Reflection as empowerment? *Nurs Inquiry* 1999; 6: 241-249.
64. Belenky MF, Clinchy BM, Goldberg NR, Tarule JM. *Women's Ways of Knowing: The Development of Self, Voice and Mind*. New York: Basic Books; 1986.
65. Gormey M. The role of communication in the physician's office. *Clin Plast Surg* 1999; 26 (1): 133-141.
66. Breda KL, Anderson MA, Hansen L, Hayes D, Pillion C, Lyon P. Enhanced Nursing Autonomy through Participatory Action Research. *Nursing Outlook* 1997; 45 (2): 76-81.
67. Kite K. Changing mouth care practice in intensive care: implications of the clinical setting context. *Intensive Crit Care Nurs* 1995; 11: 203-209.
68. Pearcey P, Draper P. Using the diffusion of innovation model to influence practice: a case study. *J Adv Nurs* 1996; 23: 714-721.
69. Ramudu L, Bellet B, Higgs J, Latimer C, Smith R. How effectively do we double staff time? *Aust J Adv Nurs* 1994; 11 (3): 5-10.