Vanesa Mallén Escobedo

CUIDADOS HUMANIZADOS EN LAS ENFERMERAS DE ANESTESIA: REPERCUSIÓN EN SU DISTRÉS MORAL E IDENTIDAD ENFERMERA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Trabajo de fin de máster

Dirigido por la Dra. Pilar Montesó-Curto

Máster de investigación en Ciencias de la Enfermería

Tarragona, 2021

“De la torcida madera de la humanidad,

no se ha hecho ninguna cosa recta”

Immanuel Kant

AGRADECIMIENTOS

Por el inmenso apoyo recibido en los momentos de incertidumbre y difíciles, a mi familia.

Por todo el apoyo, las explicaciones y la paciencia, a mi tutora Pilar Montesó Curto.

Por la inspiración para este trabajo gracias a sus reflexiones, a mis compañeras enfermeras de anestesia.

A los citados y al resto de personas que han colaborado en la realización de este trabajo: muchas gracias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
   - 1.1. Definición del problema 9
   - 1.2. Antecedentes y estudios previos
     - 1.2.1. La singular cultura del quirófano 10
     - 1.2.2. La influencia transformadora del quirófano en la identidad enfermera 13
     - 1.2.3. La anestesia como punto de inflexión 14
     - 1.2.4. La enfermería de anestesia: el rol defensor del paciente en el quirófano 15
     - 1.2.5. La ansiedad preoperatoria y otras complicaciones invisibilizadas por atención deshumanizada 17
   - 1.3. Justificación 20
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
   - 2.1. El idealista humanismo
     - 2.1.1. Definición e historia 22
     - 2.1.2. De la filosofía a la actualidad 23
   - 2.2. Humanismo en salud
     - 2.2.1. Definición de Humanización 23
     - 2.2.2. Humanización de los modelos sanitarios actuales 24
     - 2.2.3. Humanización para los pacientes 26
     - 2.2.4. Humanización en los profesionales sanitarios 27
     - 2.2.5. El cuidado humanizado: fundamento innato de la enfermería 28
     - 2.2.6. La humanización en las teorías y modelos enfermeros 29
     - 2.2.7. ¿Qué se considera cuidado humanizado? 30
     - 2.2.8. Humanización en el quirófano 31
   - 2.3. Distrés moral y afectación de la identidad enfermera 33
   - 2.4. Estrategias para la búsqueda bibliográfica 34
3. MARCO TEÓRICO
   - 3.1. Cuidado Centrado en la Persona 37
   - 3.2. El Cuidado Centrado en la Persona para enfermería 39

3.3. La filosofía del Cuidado Centrado en la Persona de Benner y Wrubel 39
3.4. La aplicación del CCP en el quirófano por la enfermería de anestesia 41
4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO 42
5. PREGUNTA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS 42
6. METODOLOGÍA
6.1. Diseño, metodología y justificación
6.1.1. Marco de referencia 44
6.1.2. Propuesta global de la metodología seleccionada 44
6.1.3. Ámbito de estudio 45
6.1.4. Periodo de estudio y presupuesto 45
6.1.5. Población objetivo/diana 46
6.2. Metodología cualitativa 46
6.2.1. Población de estudio/ accesible 47
6.2.2. Diseño del muestreo 48
6.2.3. Tamaño muestral 48
6.2.4. Criterios de inclusión y exclusión 48
6.2.5. Instrumentos de recogida de información: observación participante y discusión grupal 50
6.2.6. Análisis de datos 55
6.3. Metodología cuantitativa 56
6.3.1. Población de estudio/accesible 56
6.3.2. Diseño del muestreo 57
6.3.3. Tamaño muestral 57
6.3.4. Criterios de inclusión y exclusión 58
6.3.5. Variables de estudio 58
6.3.6. Instrumentos de recogida de información: Moral Distress Risk Scale y ensayo clínico 59
6.3.7. Análisis de datos 63
7. ASPECTOS ÉTICOS
7.1. Consideraciones éticas 64
7.2. Limitaciones del estudio 64

8. APLICABILIDAD 65
9. BIBLIOGRAFÍA 66
10. CRONOGRAMA 73
11. PRESUPUESTO 74
12. ANEXOS
Anexo 1. Palabras claves 75
Anexo 2. Estrategias de búsqueda bibliográfica 76
Anexo 3. Glosario de transcripción propuesto por Drew 83
Anexo 4. Consentimiento informado 83
Anexo 5. Definición de lo que se quiere observar: nueve dimensiones de Spradley 84
Anexo 6. Planificación de la discusión grupal 84
Anexo 7. Codificación abierta 86
Anexo 8. Codificación axial 86
Anexo 9. Cuestionario sociodemográfico 87
Anexo 10. Moral Distress Risk Scale (MDRS) 88
Anexo 11. Checklist o lista de verificación quirúrgica para el cuidado humanizado centrado en la persona 90

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Diagrama Prisma 37
Figura 2. Modelo de Cuidado Humanizado Centrado en la persona . . 41
Figura 3. Metodología del ensayo clínico 63
Tabla 1. Variables del estudio 58

RESUMEN

Una intervención quirúrgica supone uno de los momentos de mayor vulnerabilidad humana al que se someten las personas. El bloque quirúrgico es considerado, tanto por pacientes como profesionales de salud, como uno de los servicios más fríos, rígidos, aterradores y hostiles del sistema sanitario. La naturaleza de esta visión se encuentra en la cultura propia marcada por jerarquías, la alta densidad tecnológica y por la creciente hegemonía biomédica que fomenta el reconocimiento de una atención reduccionista y paternalista fomentando la vulnerabilidad y pasividad de los pacientes. El quirófano ha transformado la imagen historica de la enfermera, situándola constantemente ante dilemas éticos que hacen que se decante irremediablemente por el desarrollo de su dimensión técnica, al ser la única reconocida. El agotamiento o distrés moral que esto conlleva supone la afectación de su identidad enfermera al estigmatizar e invisibilizar los fundamentos innatos de la profesión basados en un cuidado humanizado, individualizado e integral centrado en la persona.

El objetivo de este estudio es conocer como la cultura quirúrgica influyen en la aplicación de cuidados humanizados por la enfermería de anestesia, consideradas con el rol defensor del paciente dentro de quirófano. Se relacionará con el desarrollo de distrés moral y afectación de la identidad enfermera.

El estudio utilizará un método mixto con una parte cualitativa y una cuantitativa. La parte cualitativa seguirá la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin utilizando como técnicas la observación participante y la discusión grupal. Mientras, en la parte cuantitativa se realizará un ensayo clínico que consistirá en la incorporación en la práctica cotidiana de una lista de verificación quirúrgica para el cuidado humanizado centrado en la persona y se evaluarán los resultados distribuyendo la Moral Distress Risk Scale a las enfermeras de anestesia.

Palabras claves: *humanized care, moral disstres, operating room, anaesthesia nursing, patient-centered care.*

ABSTRACT

A surgical procedure is one of the moments of greatest human vulnerability to which people are subjected. The operating theatre is considered, by both patients and health professionals, as one of the coldest, most rigid, terrifying and hostile services in the health system. The nature of this vision is found in the own culture marked by hierarchies, the high technological density and by the growing biomedical hegemony that fosters the recognition of a reductionist and paternalistic care fostering the vulnerability and passivity of the patients. The operating room has transformed the historical image of the nurse, constantly placing her before ethical dilemmas that make her inevitably opt for the development of her technical dimension, as she is the only one recognized. The moral distress that this entails supposes the affectation of their nursing identity by stigmatizing and making invisible the innate foundations of the profession based on humanized, individualized and comprehensive care centered on the person.

The objective of this study is to know how the surgical culture influences the application of humanized care by anesthesia nursing, considered with the defense role of the patient in the operating room. It will be related to the development of moral distress and the affectation of the nurse identity.

The study will use a mixed method with a qualitative and a quantitative part. The qualitative part will follow the Grounded Theory of Strauss and Corbin using participant observation and group discussion with eight anesthesia nurses as techniques. Meanwhile, in the quantitative part, a clinical trial will be carried out that will consist of the incorporation into daily practice of a surgical checklist for humanized person-centered care and the results will be evaluated by distributing the Moral Distress Risk Scale to anesthesia nurses.

Key words: *humanized care, moral disstres, operating room, anaesthesia nursing, patient-centered care.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema: la subestimación del cuidado humanizado en el quirófano

Una intervención quirúrgica es un acontecimiento importante en la vida de las personas y un foco de estrés, ansiedad y miedos desde el día que se planifica. Supone, no solo una amenaza a su salud, sino una amenaza a su estilo de vida y una interrupción en sus metas futuras. Se trata de un proceso complejo, crítico y, muchas veces, súbito e inesperado al que se enfrentan solos, dejando su privacidad e intimidad en manos de extraños (1, 2). Actualmente, tal es su repercusión que hasta existe una palabra para definir el miedo ante una cirugía: la “tomofobia” (3).

Las personas definen el quirófano como un lugar desconocido, frio, solitario, rígido, aséptico y aterrador. Se han definido tres dimensiones fundamentales del miedo ante una intervención: miedo a lo desconocido, miedo a la idea de estar enfermo y miedo a la muerte. Junto a la espera a una intervención quirúrgica, considerada como uno de los periodos más preocupantes en la vida de una persona, son miedos comprensibles, conocidos y asumibles por los profesionales de salud y la sociedad (4, 5). No obstante, los pacientes experimentan otro tipo de dudas, incertidumbres y miedos más profundos como la separación de sus conocidos, a que no se les trate con respeto, a que no se considere en todo momento su intimidad y privacidad, a que no se les trate con delicadeza, a la pérdida de identidad o que no se les considere como un ser humano único, diferente e importante (1, 2, 6). Estos miedos no son exteriorizados por vergüenza, temor o desconfianza en los desconocidos profesionales quirúrgicos, por lo que no se suelen considerar y se tienden a ocultar o subestimar. Esto genera malestar, angustia y que las personas elaboren mecanismos de afrontamiento deficientes, siendo los más predominantes el apego a la familia y la religiosidad, pero también la peligrosa pasividad. Todo ello, no solo genera complicaciones y dificultades durante el periodo perioperatorio y recuperación, sino que hace que las personas sientan su estancia en el bloque quirúrgico como uno de los momentos de mayor vulnerabilidad, fragilidad y dependencia de su vida (6).

El extraordinario avance de la medicina durante el siglo XX ha supuesto la incorporación de tecnologías que han revolucionado y aumentado considerablemente la seguridad y calidad de la atención proporcionada. Actualmente, la tecnología es fundamental e imprescindible en la asistencia sanitaria diaria, sobre todo en servicios donde se atienden a pacientes en estados críticos como urgencias, las unidades de cuidados intensivo o el bloque quirúrgico. En estos servicios, en los que los pacientes, en la mayoría de las veces, no se pueden comunicar, no significa que se encuentren desprovistos de humanidad, pero la alta cualificación de los profesionales para manejar correctamente tecnología de alta complejidad hace que se focalicen en sus aspectos biomédicos. El predominante protagonismo de la tecnología y de la dimensión biomédica hace que no se consideren que un afrontamiento deficiente ante una experiencia de salud, como una intervención quirúrgica, está determinado por múltiples y variados factores que precisan de una evaluación y atención humanizada, individualizada y cercana (3, 7).

El filósofo alemán Hans Georg Gadamener, quien renovó la hermenéutica filosófica, reflexionó como la ciencia ha dominado las sociedades modernas, haciéndose especialmente evidente en salud. En la actualidad, existe un uso inapropiado e irracional que lleva a atribuirles falsas creencias de éxito absoluto y opción única, sin considerar la despersonalización, el reduccionismo, el paternalismo y, finalmente, la deshumanización en la atención sanitaria. El tecnicismo y la lógica han marcado el camino, sin permitir considerar otras perspectivas u oportunidades más creativas, imaginativas y humanizadas, proporcionando a estas dimensiones etiquetas de idealidad, irracionalidad y más relacionado con el arte en una forma despectiva (7, 8).

1.2. Antecedentes y estudios previos

1.2.1. La singular cultura del quirófano

En España, se realizan 3,5 millones de intervenciones al año, siendo una de las principales razones por las que una persona acude a un hospital. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad afirmó que al paciente que ingresa en un bloque quirúrgico hay que respetarle su dignidad, proporcionarle información adecuada constante, apoyo psicológico y cuidado humano (4).

El quirófano no es solo un lugar desconocido para la población en general, también, para los profesionales sanitarios por su gran especificidad. Se trata de uno de los servicios más complejos y singulares con sus propias normas y rutinas estrictas y con abundantes instrumentos y materiales propios. Los equipos quirúrgicos están formados con la mayor diversidad en cuanto a naturalezas y experiencias de profesionales que tratan de resolver problemas de alta complejidad técnica e invasivos, de forma inesperada, crítica o urgente rodeado de una alta densidad tecnológica y siendo el mayor reflejo de los grandes avances biomédicos de las últimas décadas (2, 9). Estas características junto a la marcada influencia de factores sociales, políticos y económicos, lleva a que se suela definir el ambiente de un quirófano como hostil, tenso o, incluso, conflictivo (10, 11). Respecto a los argumentos financieros, resulta determinante la dotación del personal percibiéndose como una de las más insuficiente, aumentando la carga y traduciéndose en el área quirúrgica en que se produzca un 50% de probabilidad de que ocurra un efecto adverso (11).

Por otro lado, la literatura destaca la presencia de estatus subjetivos, jerarquías y relaciones verticales que llevan a la falta de reconocimiento de profesionales, malas condiciones de trabajo y estrés, lo que afecta a la satisfacción y calidad asistencial (10, 11). Este fenómeno queda ampliamente refutado en múltiples estudios como el de Jones et al., del Departamento de Psicología de la Universidad Emory en Atlanta, Estados Unidos, quienes establecieron que se producen entre uno y cuatro momentos de tensión o cada hora y 45 minutos durante una intervención, con tonos desproporcionados, expresiones de insatisfacción, descortesías o, incluso, gritos; el de Keller et al., de la Universidad de Psicología del Trabajo de Neuchâtel, Suiza, quienes mostraron que los cirujanos eran los principales generadores de estas tensiones, o el estudio de Trajano et al., enfermeras de la Universidad Federal de Pernambuco, Brasil, que refleja como los profesionales de enfermería en quirófano presentan uno de los niveles más bajos en cuanto a la consideración de su trabajo. La naturaleza de estos sucesos se encuentra en los valores adoptados por las instituciones que, mediante estructuras rígidas y centralizadas en la gestión, llevan al aislamiento profesional, a la perpetuación de estatus altos y justificación de actitudes negativas en la complejidad de la intervención, en la carga de trabajo, en la

mayor responsabilidad o en la necesidad de una concentración mayor. Así, la figura del cirujano y del médico se convierte en el centro de la atención dentro de un quirófano, “atrayendo” y “creando” actitudes similares (10, 12, 13). Tal es la tensión percibida que Riley et al., enfermeras de investigación perioperatoria en la Universidad de Merbourne, Australia, mostraron como las enfermeras noveles en el quirófano no revelan los errores que cometen durante su trabajo, como tocar un área estéril, debido a la intimidación que siente del resto del equipo, lo que les genera angustia o distrés moral y ético. Mientras, en el estudio de Tørring et al., del Departamento de Medicina Clínica de la Universidad de Aalborg, Dinamarca, se vio otro fenómeno significativo para comprender el ambiente de quirófano, ya que mostró como una acción enfermera como proporcionar instrumental de forma anticipada se consideraba de alta calidad y prestigio, así como, la atención no técnica se veía como una reducción del tiempo para otras actividades “más relevantes” (14, 15).

Según Van Oostveen et al., del Departamento de Cirugía de la Universidad de Ámsterdam, todo ello lleva a que los atributos a los que mayor importancia prestan los profesionales de quirófano sean: la polifarmacia, el diagnóstico, el nivel de complicación de la intervención o la estancia en UCI. Además, las enfermeras muestran cierto interés por otros aspectos como el nivel de dependencia, la ansiedad o el delirio. Esto define los roles de los diferentes profesionales y sus actividades diarias dentro de quirófano, centrándose los facultativos en aspecto médicos, técnicos o farmacológicos y las enfermeras mostrando mayor interés por una atención integral (11). A pesar de ello, las enfermeras muestran un interés creciente por las actividades biomédicas en exclusiva, soportando una carga mayor al asumir prácticas que no les son propias y cediendo ante aquellas actividades visibles y técnicas que son las que mayor reconocimiento reportan por parte de las instituciones y compañeros, mientras prescinden cada vez más de un cuidado humano, subjetivo y no medible favoreciendo a su invisibilización. Por ello, a pesar de que las enfermeras son el nexo entre las diferentes partes que influyen en un quirófano con el paciente, estos vínculos se encuentran debilitados y en peligro de extinción por las decisiones verticales, el autoritarismo, la información cambiante y la estandarización de la atención que están llevando a que las enfermeras

transformen no solo sus prácticas características sino los principios innatos de su profesión (10, 11).

1.2.2. La influencia transformadora del quirófano en la identidad enfermera

El quirófano ha conseguido moldear la imagen histórica de la enfermería (15). La especialidad de enfermería de quirófano es considerada como una de las más antiguas remontándose a 1880. Sin embargo, un halo de “inseguridad” la ha acompañado siempre debido a su origen como ayudante del cirujano, alejándose pronto de las teorías de las enfermeras generalista y dificultado su conceptualización. En la actualidad, la persistencia de una cultura única, la disciplina rígida y la dinámica peculiar marcada por la tensión y el conflicto de quirófano requiere personal altamente cualificado, lo que merma la autonomía de enfermería, alterando sus conocimientos y prioridades (2, 15).

Las normas asépticas, propuestas por Joseph Lister, el padre de la esterilización en la cirugía, en torno a 1880, supusieron la segregación final al convertir el quirófano en un área restringida con estrictos protocolos de esterilidad y el establecimiento de férreas rutinas de actuación para cada profesional en las que la enfermera tenía que gastar enormes esfuerzos por hacer que se cumpliesen. Esto llevó a que la enfermería de quirófano crease su propio conocimiento basado en acciones indirectas sobre los pacientes como la esterilización, técnicas asépticas, organización y recuento de material, asistencia en procedimientos o gestiones burocráticas, alcanzado la autonomía enfermera altos niveles de complejidad. Se define la autonomía enfermera como la capacidad de tomar decisiones basadas en conocimientos cientifico-técnicos durante la rutina asistencial sin tener que perdir permiso a otros profesionales y como esto les proporciona reconocimiento a la profesion. Sin embargo, a pesar de que las enfermeras de quirófano han elaborado su propio cuerpo de conocimientos teóricos y habibilidades, su reconocimiento es limitado debido a su fatal de autonomía (2, 10, 15).

Esta falta de autonomía encuentra su naturaleza al entrar en conflicto el conocimiento único de las enfermeras de quirófano con uno de los principios modernos de la atención enfermera: la necesidad fundamental de establecer una

relación interpersonal con el paciente como eje central del cuidado. Sin embargo, en el quirófano, el tiempo tiene un valor simbólico y privilegiado de forma que se encuentra restringido para la realización de actividades específicas, fundamentalmente aquellas técnicas o que corresponde a los facultativos, y se han creado rituales sistemáticos para que los objetivos se alcancen lo más rápido posible, pero sin error. Según Riley et al., esto pone a las enfermeras en el gran desafío de establecer relaciones interpersonales con sus pacientes en un muy breve periodo de tiempo, lo que lleva a situaciones de incertidumbre y de pérdida de identidad que hacen que se decanten sin remedio por lo técnico y biomédico. A pesar de ello, Brenda S. Gregory Dawes, enfermera perioperatoria, público un relato en 1999 de como una enfermera de quirófano retrasó una intervención quirúrgica con escasa probabilidad de éxito para que la paciente se pudiese despedir de su marido, mostrando como los fundamentos innatos de enfermería basados en el empoderamiento de los pacientes pueden ser una fuerza para el cambio y la reorganización cultural quirúrgica (15, 16).

1.2.3. La anestesia como punto de inflexión

El sociólogo Stefan Hirschauer (1991) definió la anestesia actual como “saca a la persona de su cuerpo y la deja frente a las puertas que se cierran del quirófano” o John Snow, precursor de la epidemiología y destacado por su agudo sentido de la observación y razonamiento en el ámbito de la anestesia, la definió como lo “reducido a un organismo fisiológico” que crea las condiciones ideales de trabajo para que los cirujanos muestren su mayor virtuosismo similares a las disecciones post-mortem. (15, 17).

Antes de su aparición, los pacientes eran sometidos en plena conciencia y su participación era vital. Liston señaló que “el cirujano debe estar asistido por el paciente, o no podrá tener éxito”, para ello tenía que explicar, hablar y negociar con los pacientes. Con la llegada de la anestesia en 1840, se podía manipular a conveniencia el cuerpo, lo que permitió la época de mayor avance dentro de la cirugía acompañada de dilemas y conflictos éticos que, aunque asumidos en la actualidad, siguen siendo un foco de problemáticas. La anestesia supuso el punto de inflexión en la relación médico-paciente al convertir a las personas en cuerpo pasivos (17).

1.2.4. La enfermería de anestesia: el rol defensor del paciente en el quirófano

El fin de la enfermera de anestesia es proporcionar bienestar a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención en el espacio perioperatorio. Según la *International Federation of Nurse Anesthetist (IFNA),* la enfermera de anestesia participa y realiza procesos anestésicos desde la valoración preoperatoria o el cuidado perioperatorio hasta la reanimación cardiopulmonar o el tratamiento del dolor. En un estudio que realizó la IFNA junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1988, en el 80% de las intervenciones quirúrgicas de todo el mundo intervine una enfermera y el otro 20% es administrado por la misma enfermera. Sin embargo, se trata de una rama controvertida dentro de la enfermería y del área quirúrgica y su realidad es complicada ya que su autonomía difiere en los diferentes países del mundo dificultando su desarrollo. En la actualidad, existen cuatro tipos de modelos respecto a su autonomía y competencia (18).

El primer modelo, en el que la enfermera de anestesia ha alcanzado su mayor desarrollo, es el de Estados Unidos. Se considera una de las especialidades más antiguas, datándose las primeras referencias de 1877 gracias a la gran demanda de intervenciones en las que el cirujano necesitaba ayuda en la administración de la anestesia. Su reconocimiento en dicho país llegó en 1986 creándose el *Certified Registeres Nurse Anesthetist* que actualmente se obtiene mediante estudios que abarcan entre dos a tres años, un examen final y una renovación cada dos años. La enfermera de anestesia trabaja de forma autónoma en la preevaluación, inserción de dispositivos invasivos, monitores hemodinámico, administración de fármacos, tratamiento del dolor, control de la vía área y del patrón respiratorio y asistencia en el posoperatorio inmediato (18, 19).

El segundo modelo, es el de países europeos como Francia, Bulgaria o Suiza que con la Segunda Guerra Mundial tuvieron la necesidad de introducir el modelo americano. En ellos, se puede obtener un certificado tras uno a dos años de formación y entre sus funciones se encuentran: la aplicación de anestesia, el monitoreo, la inserción de dispositivos invasivos y la colaboración directa o indirecta con anestesiólogos (18, 19).

El tercer modelo se encuentra en países como Brasil. No existe una legislación, pero sí que se puede optar a una especialización que permite una autonomía similar a la de los países previamente citados (19).

El último modelo lo encontramos a nivel nacional. En España, la anestesia llegó durante el siglo XIX, siendo administrada primero por los cirujanos y, más tarde, por las enfermeras. Durante la Guerra Civil llegaron los primeros médicos anestesistas en Madrid y Barcelona, alcanzando y regulando la especialización en 1978 (18). Actualmente, para la enfermería de anestesia española, no existe ni una especialización, ni certificación, ni legislación, ni una estandarización dejando en manos de cada institución la determinación de las funciones de la enfermera de anestesia e, incluso, no existiendo su figura en muchas de ellas dificultando la claridad de los roles y de su identidad (19). A pesar de ello, en el año 2000 aparecieron los primeros postgrados de enfermería de anestesia; en el 2005, no quedó reconocida dentro de la especialidad de Enfermería médico-quirúrgica y, en el año 2012, la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor (ASEEDAR-TD) definió sus competencias y funciones según las directrices marcadas por la IFNA en 2004 (18).

En España, la visibilidad y el reconocimiento de la enfermera de anestesia no es equitativa y está sujeta a estereotipos al considerarla como poca cualificada, bajo subordinación o prescindible debido a la falta de definición que dificulta una mayor cualificación y avance hacia una mayor autonomía y calidad. Sin embargo, el Marco Nacional de Cualificaciones de Finlandia, define a la enfermera de anestesia como imprescindible dentro de un quirófano al ejercer el rol fundamental de defensora de la persona que debido a los efectos de la anestesia no puede tomar decisiones mínimas sobre su propio cuerpo. Además, es el nexo de unión entre el equipo quirúrgico y la alta tecnología con las necesidades de los pacientes gracias a múltiples y avanzadas habilidades y técnicas que debe complementar de forma armoniosa con un cuidado humanizado centrado en la persona, siguiendo criterios ético y basados en la evidencia (18).

1.2.5. La ansiedad preoperatoria y otras complicaciones invisibilizadas por la atención deshumanizada

El anestesiólogo estadounidense Henry K. Beercher, pionero en la investigación del efecto placebo, observó durante la Segunda Guerra Mundial, la importancia de las reacciones humanas ante una intervención quirúrgica. Había soldados que requerían de mayores dosis de opiáceos ante una operación que otros soldados más gravemente heridos, pero "mentalmente en calma". Esto le llevó a la conclusión de como las estructuras psicológicas, emocionales, espirituales o de la personalidad determinaban las estrategias de afrontamiento y como esto afectaba en la anestesia y en la recuperación. Esto supuso un punto de partida para considerar la empatía con los pacientes durante una cirugía como esencial (5, 20).

La ansiedad preoperatoria podría considerarse el mayor problema de exteriorización de estos miedos que presentan los pacientes ante una intervención quirúrgica por lo que ha sido ampliamente estudiada por la literatura. Se define como una sensación desagradable y subjetiva de aprensión, irritabilidad o tensión ante una experiencia quirúrgica. Muchas personas no la reconocen ni la exteriorizan haciendo que sus signos no sean obvios y se dificulte su detección. Se inicia en el momento que se planifica la intervención y alcanza su mayor intensidad en el momento en el que se entra al bloque quirúrgico. Afecta del 11 al 80% de los pacientes, padeciéndola un 33% de ellos de forma moderada o grave (1, 21, 22, 23).

Existen tres grupos de factores que determinan mayor predisposición a padecerla: los sociodemográficos como las personas menores de treinta años, las mujeres, las personas con niveles educativos más altos o las personas con escaso apoyo social (3, 5); los factores psicosociales como las personas con antecedentes de ansiedad o depresión o personas con experiencias quirúrgicas previas que fueron traumáticas, y factores relacionados con la propia cirugía o anestesia como el tipo de intervención o de anestesia, el pronóstico o el diagnóstico, los pacientes sometidos a intervenciones ginecológicas o estéticas (los sometidos a ortopédicas debido a ser una población de mayor edad y mayor experiencia presentan menor ansiedad), las personas sometidas a anestesia ambulatorias, locales o regionales debido al mantenimiento de la conciencia o

los pacientes con antecedentes de cáncer presentan mayor nivel de ansiedad. También, influyen factores como el umbral del dolor, la cultura o la religiosidad. En ocasiones, las interacciones entre estos factores hacen que se encuentre una respuesta de ansiedad desproporcionada al estímulo incomprendido por los profesionales de salud y, por lo tanto, estigmatizado e invisibilizando. Esto propicia una atención deshumanizada al no considerar la historia propia y la personalidad de cada persona que determinan su afrontamiento ante una cirugía (1, 5).

La gran variabilidad de factores que influyen en la ansiedad lo convierten en un problema que no se puede tratar de forma trivial. Tal es su gravedad que las repercusión emocionales y físicas que produce genera múltiples complicaciones y dificultades durante todo el perioperatorio como: dificultad para inserción de catéteres venosos, rigidez en la mandíbula y dificultad para intubar o ventilar, rechazo de intervenciones quirúrgicas, náuseas y vómitos, mayor intensidad y cronicidad del dolor, mayor delirio y agitación en el posoperatorio inmediato, retraso en la cicatrización y mayores infecciones de la herida quirúrgica, mayor pérdida de funcionamiento físico por lo que mayor dependencia y generando mayor trauma para experiencias futuras. En definitiva, mayor estancia hospitalaria, mayores costes económicos, retraso en la recuperación de la calidad de vida y mayor mortalidad (1, 5, 24).

Tal es su repercusión que provoca graves alteraciones a nivel fisiológico, pero son frecuentemente desconocidas. La respuesta neuroendocrina que desencadena aumenta la actividad cardiovascular generando taquicardia, hipertensión o arritmias. También, produce una alteración de la actividad metabólica que al aumentar la secreción de serotonina en presencia de la ansiedad produce una mayor actividad enzimática y metabólica que afecta a la regulación del tono vascular y la agregación plaquetaria. Además, el estado emocional produce una disfunción del eje HPA, mayor producción de glucocorticoides y aumento de la susceptibilidad del tracto respiratorio a infecciones. También, supone anomalías en las funciones de la epinefrina y el calcio (21, 22, 25).

Respecto a los costos temporales y materiales, Íhsan Uysal et al., del Departamento De Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Muğla

Sıtkı Koçman en Turquía, y Kil et al., del Departamento de Investigación de Anestesia y Dolor de la Universidad de Yonsei de Seúl, República de Corea, mostraron como supone una mayor inversión de tiempo en la inducción anestésica y un mayor consumo de ansiolíticos e hipnóticos, consumiendo mayores concentraciones de Propofol en los primeros treinta minutos de intervención y más requerimientos analgésicos ante una mayor sensibilidad al dolor (21, 26).

A pesar de existir numerosas herramientas para la evaluación de la ansiedad preoperatoria su uso no esta estandarizado ni extendido y frecuentemente es subestimado como una cuestion secundaria. Dentro de dichas herramientas encontramos la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Inventario de Beck, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y depresión, la Escala de Información y Ansiedad Preoperatoria de Ámsterdam (ALPAIS) o la Escala de ansiedad Preoperatoria de Yale Modificada para niños (YPAS) (1, 5).

Respecto al tratamiento, el más extendido es la administración de altas dosis de ansioliticos en los instantes previos a una cirugía, llegando a estar sobreestimado a pesar de las complicaciones que provoca como nauseas, vómitos, depresión respiratoria, desorientación, agitación o dificultando la colaboración de los pacientes y, por lo tanto, pasividad (5, 22). Además, diferentes estudios muestran como esta premediación puede tener efectos similares a los de un placebo. Mientras, se descartan intervenciones como las propuestas por Carroll et al., basada en la detección en la entrevista preoperatoria y la prescripción de dosis bajas de ansiolíticos durante tiempo prolongado u otras como la Renouf et al., de cómo un abordaje individual que complemente al farmacológico no solo se asocia a mejores resultados quirúrgicos, sino que aumenta la comodidad, tranquilidad y satisfacción de los pacientes (22, 23).

La visita prequirúrgica enfermera podría resultar una oportunidad valiosa en la que proporcionar proximidad y empatía mediante la resolución de inquietudes, información de la dinámica de un bloque quirúrgico y proporcionando mayor autonomía sobre su salud a los pacientes (4, 27). Otro estudio de Stamenkovic et al., del Departamento de Anestesiología y Cuidado Intensivo de la Universidad de Defensa de Belgrado, Serbia, reflejó como los pacientes se sienten más cómodos, familiarizados con el entorno y, por lo tanto, perciben como una

atención de mayor calidad aquella en la que se les informa de cada paso y procedimiento que se les va a realizar, cuando reciben gestos como el tacto, la calidez, la escucha o la presentación de cada profesional que les atendía, es decir, una atención más humanizada y centrada en los pacientes como seres únicos e importantes con historias y personalidades determinantes (5).

A pesar de estar ampliamente demostrado como las enfermeras de anestesia podrían realizar un papel fundamental en su rol de defensa del paciente para disminuir dificultades y complicaciones como la ansiedad y sus graves repercusiones, la cultura rígida del quirófano y la alta densidad tecnológica han llevado a la estigmatización de cuidados humanizados innatos y fundamentales para la profesión. La mayor consecuencia de este hecho es el aumento de la vulnerabilidad, la pasividad y el exacerbamiento de la sensación desagradable y traumática que supone una intervención quirúrgica. Conocer que prácticas, creencias e importancia les otorgan las enfermeras de anestesia a estos cuidados humanizados puede resultar fundamental para plantear estrategias de cambio que frenen la deshumanización y empoderar el papel de la enfermera de anestesia dentro de los quirófanos, fundamental para alcanzar su reconocimiento, estandarización y legislación.

1.3. Justificación

Los avances tecnológicos y científicos han mejorado notablemente la seguridad, salud y bienestar de los pacientes, pero han oscurecido de forma progresiva y ascendente la dimensión humana. Tal es este hecho que el uso farmacológico para tratar la angustia, ansiedad y miedo que produce una intervención quirúrgica en los pacientes se ha convertido en sistemático y controvertido debido a la invisibilización y subestimación que produce de la parte más humana dentro de quirófano. Estudios como el de Boselli et al., de la Universidad Claude Bernard de Lyon, Francia, o el de Renouf et al., enfermeras del Hospital Royal Marsden de Wallington, Reino Unido, estudiaron como el papel de enfermería puede resultar fundamental para recuperar un cuidado humanizado, es decir, una atención individualizada, integral y centrada en la persona y como esto se traduce en mayor eficiencia y satisfacción (23, 28).

Muchos profesionales de quirófano “no ven” la autonomía de enfermería, sobre todo, de la enfermería de anestesia, al no existir una clarificación en sus funciones y verse como una subordinación. La reconquista de la autonomía supondrá lograr una mayor respetabilidad, confiabilidad, reconocimiento y visibilidad del aporte de los conocimientos científicos y de las habilidades enfermeras dentro de quirófano. La mayor oportunidad para lograrlo es una revisión y regresión al cuidado humanizado, innato y fundamental de la profesión basado en la persona y no centrado en la intervención, patología o facultativo. Esto supone un desafío para la enfermería actual debido a la facilidad con la que los cuidados humanizados se diluyen en la selva de tecnología, rígidas jerarquías y rituales tan anclados en un bloque quirúrgico (2).

Profundizar en las diferentes culturas que intervienen en un bloque quirúrgico y cuáles son las posibles naturalezas del dominio de la tecnificación y de la ocultación de la dimensión humanizada puede resultar fundamental para desarrollar una conciencia colectiva en la que se comprenda las necesidades abstractas, humanas y profundas de los pacientes. Mientras, se muestra la importancia del cuidado enfermero de anestesia como defensor de los pacientes, dejando de lado que tecnificación es sinónimo de poder dentro de quirófano o como el cuidado humanizado es despreciado al no considerarse conocimiento y habilidad de personal cualificado. Además, reflexionar sobre como la deshumanización de la atención, no solo supone graves y frecuentes complicaciones como la ansiedad preoperatoria, sino que también continuos desafíos morales y éticos en la práctica habitual enfermera al romper con los pilares fundamentales del cuidado enfermero y generándoles angustia o distrés moral, frustración e incertidumbre ante la afectación de su identidad, mostrará la importancia de un mayor énfasis en la búsqueda de caminos para la efectiva implantación de una cultura que reconozca la importancia vital del cuidado humanizado.

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. El idealista Humanismo

2.1.1. Definición e historia

Aunque el término humanismo ha sufrido modificaciones a lo largo de la historia, nació en la antigüedad griega y romana, las cunas de la civilización occidental. Cicerón usó por primera vez el término “humanista” para señalar todo lo que pertenece a lo humano, al hombre pleno. Mientras, Píndaro lo determinó como “deviene el que eres”, sugiriendo que no basta con ser humano en el sentido biológico. Sin embargo, se veía el humanismo como un ideal que debía guiar los esfuerzos individuales y colectivos (29). A pesar de siglos de gran profundización y reflexión sobre el término, quedó sepultado durante el gran apogeo de la cultura cristiana posterior. Resurgió con fuerza durante el siglo XV con el Renacimiento, manteniendo el mismo espíritu de Cicerón, como una explosión de rebeldía contra el movimiento escolástico y defendiendo que el hombre que aspiraba a “todo” era la representación de humanista. Se exaltaban las múltiples posibilidades humanas, gracias a la curiosidad por todo lo humano, explorando una gran variedad de conocimientos y la búsqueda de la satisfacción con todos los sentidos de todas las necesidades humanas (30).

En el siglo XX, el siglo de las tinieblas, la represión, los totalitarismos, los exterminios, bombardeos y de los crímenes contra la humanidad, llegó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Sin embargo, fue acompañada de un desencanto y escepticismo sobre la posibilidad de transforma la sociedad y se devaluó nociones como el humanismo (31). Finalmente, llegaron las posturas y corrientes claramente antihumanistas debido a la racionalización y aburguesamiento de las sociedades, dejando de lado la razón humana por la razón técnica. El avance de la ciencia se tradujo en una fe ciega e, incluso, fanatismo, por la técnica, rechazando cualquier tipo de apoyo o complemento por parte de la razón humana. Se propagó así tradiciones entre las instituciones dirigidas a coartar el crecimiento humano en busca de criterios técnicos como sinónimo de eficiencia económica y beneficio de unos pocos (32).

En la actualidad, aunque las economías de mercado actuales y dominantes son proclives a favorecer la razón técnica, está habiendo un resurgir por los

pensamientos humanistas como respuesta a necesidades complejas de la sociedad.

2.1.2. De la filosofía a la actualidad

El humanismo ha sido un concepto muy frecuente en disciplinas como la filosofía, la antropología o la sociología a lo largo de toda la historia. Filósofos como Rousseau (1985) afirmaron al respecto que “una cualidad muy específica que distingue a los hombres (…) es la facultad de perfeccionarse”. Por su parte, Sartre reflexionó sobre como los humanos estaban condenados a la liberta, es decir, como se situaban ante la posibilidad de elegir cambiar o de ser siempre lo mismo. Heidegger opinó que el humanismo siempre ha consistido en cuestionar los modelos de la esencia humana tradicionales y evidentes (29).

Por último, Foucault observó como entorno al sujeto moderno se han construido dos formas complementarias de relaciones: la primera, centrada en el cuerpo como máquina y, la segunda, centrada en el cuerpo como especie biológica. Ante lo cual, planteó la separación de estas concepciones mediante lo que determinó una “razón secular” como sustituta de la racionalidad instrumental imperante y, en ocasiones, carente de ética que produce en el hombre y en la sociedad una pérdida de rumbo y un sentimiento de crisis moral. Para aplicar esta idea afirmó que el “cuidado de sí”, “*techné*” o “arte de vivir” como un elemento esencial de libertad y moldeador del mundo moderno mediante el cual la persona configura su propia ética, estilo de vida y justifica su actividad cotidiana tras un proceso de resistencia y critica frente a los poderes establecidos. Para ello, llegamos a la que se podría considerar como la definición actual de humanismo, como una postura crítica, creativa, transcendente, melancólica, de libertad o de esfuerzo hacia una constante renovación en la que se incorpora al otro, no lo ignore, sino que lo iguale, respete y señale su otredad (32).

2.2. Humanismo en salud

2.2.1. Definición de Humanización

La Real Academia Española (RAE) define a la persona como: “individuo de la especia humana (…) susceptible de ser titular de derechos y obligaciones”. Sin embargo, para “humanización” no existe un consenso oficial. Se trata de un

término vago y abstracto que se puede definir como un conjunto de competencias personales que permiten un trato de respeto y dignidad hacia otros seres humanos en busca de su mejora física, mental y emocional según sus propios valores, necesidades y preferencias. En salud, tres son los principales agentes sobre los que influye: los pacientes y sus familias, los profesionales de salud y sobre las instituciones (33).

2.2.2. Humanización en los modelos sanitarios actuales

La humanización en salud debe responder a la pregunta: ¿quién es el otro para mí? La evolución de la medicina, la ciencia y la tecnología ha modifica la relación profesional-paciente y, por lo tanto, la respuesta a esta pregunta. La finalidad de la humanización en la atención sanitaria es la búsqueda de sinergias. Sin embargo, todos los modelos sanitarios del mundo, a pesar de variaciones debido a contextos políticos, sociales o históricos, enfatizan la importancia de respetar los derechos de las personas, la dignidad humana, el valor de la diversidad y la comunicación. A pesar de ello, una de la principal crítica a los sistemas sanitarios contemporáneos es el enfoque reduccionista y la primacía de la tecnología sobre lo humano como camino prácticamente exclusivo (8, 33).

El interés actual por la humanización ha dado lugar a diferentes proyectos a nivel nacional como: el Plan de Humanización del Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid, “Decálogo de Humanización de los Cuidados” del Área Sanitaria Norte de Málaga, “HU-CI Humanizando los Cuidados Intensivos”, Decálogo UCIs pediátricas y neonatales del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o la iniciativa de “12 meses, 12 gestos” del Área Sanitaria de Asturias (34). Respecto a herramientas para evaluar las competencias humanizadas de los profesionales sanitarios, existen escasos instrumentos validados todavía. Recientemente se ha desarrollado el cuestionario de Humanización Profesional Sanitaria (HUMAS), una novedosa herramienta que permite definir dimensiones de humanización en los profesionales sanitarios y estudiarlos junto con datos sociodemográficos (33).

En el 2012, el Departamento de Salud y Junta de Comisionamiento del Servicio Nacional de Salud de Reino Unido (NHS) propuso seis factores fundamentales para construir una cultura de atención humanizada, lo denominó “las 6 C”:

cuidado, compromiso, coraje, comunicación, competencia y compasión. Mientras, Galvin et al., de la Faculta de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brighton, Reino Unido, hicieron referencia a que en la humanización se ha de considerar las siguientes dimensiones que proporcionan una visión particular de la vida cotidiana de los pacientes: temporalidad (su experiencia a lo largo del tiempo), espacialidad (su experiencia en los diferentes espacios), encarnación (su experiencia respecto a su propio cuerpo) y sociabilidad (su experiencia en relación con los demás). Estas dimensiones son el punto de entrada para mejorar la atención humanizada al entender “como es” la experiencia salud-enfermedad de las personas (35).

De gran relevancia es el estudio de Todres et al., del Centro de Investigación Cualitativa de la Universidad de Bournemouth, Reino Unido, quienes señalaron que las dimensiones humanas son fácilmente oscurecidas. Como una síntesis final de todo lo previamente citado, establecieron un modelo de ocho dimensiones humanas del cuidado con sus correspondientes formas de deshumanización, señalando que no se trata de fuerzas opuestas, sino que actúan en conjunto precisando mayor énfasis de un lado u de otro según cada situación. También, señalaron que el problema es cuando la atención deshumanizada se convierte en una rutina, se automatiza y se convierte en una verdad absoluta. Cada dimensión que presentaron lo hicieron como un ideal a alcanzar, con sus barreras que lo imposibilitaban y los aspectos sobre los que hay que hacer mayor énfasis para satisfacer las necesidades humanas en entornos sanitarios. Dichas dimensiones fueron: información privilegiada/ objetivación, lo que nos hace humanos es que cada uno tenemos nuestra propia visión de vivir, dando sentido único a las experiencias, si se reduce a las personas en enfermedades o intervenciones, se fragmenta a la persona y se generan estigmas que llevan a la imposibilidad de comprender el resto de las partes; agencia/ pasividad, ser responsable de sí mismo proporciona dignidad y personalidad, si se hace énfasis en las técnicas y en el aspecto biomédico se despoja a la persona el control sobre su dignidad y les genera malestar; unicidad/ homogeneización, ser humanos es tener singularidades únicas, ser más de la suma de las partes y responder de forma única en momentos particulares, pero la tendencia del modelo biomédico a clasificar a las personas en “buen paciente”

si no actúan como ellos esperan lleva a la despersonalización e indefensión al no poder retener su identidad; unión/ aislamiento, la enfermedad supone aislamiento, soledad, pérdida de intimidad y sentirse entre extraños a lo que los profesionales contribuyen mediante un lenguaje técnico, la falta de contacto o la estandarización de sus acciones; creación de sentido/ pérdida de significado, las personas dan significados a experiencias que expresan mediante narraciones que permite a los profesionales conectar con su historia; viaje personal/ pérdida del viaje personal, las personas están determinadas por su pasado y sus proyecciones de eventos futuros, pero la enfermedad los disloca evocándolos a un camino desconocido, por ello, conocer su pasado, es conocer cómo se han enfrentado a situaciones adversas y como han condicionado sus técnicas de afrontamiento presentes; sentido de lugar, ser humanos es vivir en un entorno en el que se tiene sensación de hogar, seguridad y familiaridad, por ello, las rutinas y normas de las instituciones sanitarias llevan a la confusión y la patologización de comportamientos que son vistos como molestos; por último, encarnación/ visión reduccionista del cuerpo, la visión humanizada considera el bienestar como más que la ausencia de la enfermedad, no se puede hacer un excesivo énfasis en signos y síntomas sin considerar los factores psicológicos, emocionales, sociales o espirituales de las personas aunque están no las expresen (36).

2.2.3. Humanización para los pacientes

En ocasiones, las personas que son atendidas en servicios de salud expresan que no son atendidos como personas humanas. A pesar de que la literatura ha demostrado y reconocido ampliamente los efectos terapéuticos y la importancia de una atención humanizada centrada en la persona, es una problemática que persiste en el tiempo. Sin embargo, su gran nivel de abstracción y su dificultad para medirlo hace que la mayoría de los estudios utilicen metodologías cualitativas por lo que siguen rodeado de escepticismos y no se hayan implementado protocolos para su cumplimiento (35, 37).

Los profesionales se centran exclusivamente en aspectos técnicos o biomédicos, lo que es percibido perfectamente por los pacientes generándoles sentimientos de miedo y angustia, como reducidos a objetos y como “de segunda”. Esto les lleva a no verbalizar, ocultar información valiosa para la atención, aumento de su

intranquilidad, a que se sientan desprotegidos, insatisfechos y se aumente su fragilidad (38).

2.2.4. Humanización en los profesionales sanitarios

La humanización hace referencia a las competencias de los profesionales que permiten respetar a los pacientes todas sus necesidades físicas, mentales, emocionales, espirituales o sociales. Está relacionado con variables como la sensibilidad moral, la empatía o el comportamiento prosocial. La Escala de Humanización Profesional Sanitaria (HUMAS), una novedosa y revolucionaria herramienta, permite recoger todas las actitudes de los profesionales sanitarios deben incorporar a su atención para mejorar el desarrollo de la humanización en base a diferentes variables como: el afecto, la autoeficacia, la compresión emocional, la disposición al optimismo o la sociabilidad (33).

El enfoque económico actual, que prioriza la relación coste-beneficio y que utiliza a los profesionales como herramientas, lleva a mayor carga de trabajo, limitación de la creatividad y reducción del respeto a la dignidad individual y a la no satisfacción de las necesidades profundas. Esto conlleva irremediablemente a la "cosificación" y la deshumanización. Cuando se habla de limitación de la creatividad se hace referencia al impedimento de la búsqueda de necesidades profundas, no sólo las superficiales. Se ignora como se influyen todas mutuamente y como la automatización y la reducción de la visión a exigencias económicas impiden encontrar maneras de incorporarlas al cuidado (37, 33).

Respecto a la carga de trabajo, supone menor tiempo para los profesionales que tienen que limitarse a actividades biomédicas o aquellas medibles y reconocidas por la institución. Esta actitud defensivas de los profesionales da lugar a encuentros difíciles con sus pacientes al ponerlos en dilemas morales y que les genera angustia o distrés moral y ansiedades por ignorar necesidades humanas o no saber adoptarlas a su cuidado (8). De esta forma, la falta de tiempo se ha convertido en la principal justificación de los profesionales en la subestimación de los cuidados humanizados junto a la escasez de personal y la falta de recursos y formación (39).

2.2.5. El cuidado humanizado: fundamento innato de la enfermería

La esencia epistemológica de la enfermería ha ido evolucionando a lo largo de la historia según el contexto social y las corrientes filosóficas que han ido modificando las interpretaciones de enfermería y cuidado. El cuidado humanizado significa cuidado ético. La humanización es un elemento básico de enfermería, pero en multitud de ocasiones se ve relegado a un segundo plano por factores contextuales o personales (33, 38, 40).

Las instituciones han distorsionado y reasignado las funciones propias de profesionales de salud, principalmente de las enfermeras, considerándolas como personal menos capacitado o cualificado por su defensa de los cuidados humanizados, llegando a propagar la idea que “cuanto más rápido, más enfermero”. Esta cultura impuesta lleva a las enfermeras a asimilar como propias, funciones que no le corresponde. Conjuntamente, se ha extendido que el cuidado humanizado es sinónimo de trabajo poco cualificado y poco reconocido, lo que ha llevado a las enfermeras al punto de rechazar los fundamentos de su propia disciplina y desarrollar conocimientos de otras disciplina debido a la creencia de que el cuidado humanizado es estigmatizador y no suficiente (39).

La deshumanización ha afectado notablemente a la enfermería, dificultado la relación enfermera-paciente básica para su cuidado e invisibilizando aquellas funciones no relacionadas con las exigencias administrativas o de mercado. Las enfermeras relegan la dimensión humana del paciente, esto supone una pérdida de su autonomía y una afectación o transformación de su identidad. Sin embargo, el cuidado humanizado continúa siendo fundamental y debe presentarse como una relación bidireccional en la que se debe comprender la historia, los significados adquiridos, los símbolos construidos, la dimensión estética, social, cultural, espiritual o social que llevan a la persona a vivir en su universo y con unas necesidades únicas. El cuidado humanizado y enfermería son sinónimos, por lo que no puede tratarse como una opción en su atención, sino como el fundamento de esta en sus actividades concretas. Además, el cuidado humanizado requiere experiencia, capacidad y actitud ya que no es fácil adaptarse a las demandas y expectativas de las personas con sus singularidades y especificidades especiales (37, 39).

La enfermería tiene el doble desafío de aplicar sus conocimientos en el manejo de tecnología avanzada mientras integra los valores humanísticos característicos que permiten una atención centrada en el paciente que integre sus creencias, valores, preferencias y expectativas (7).

2.2.6. La humanización en las teorías y modelos enfermeros

El humanismo es la esencia del cuidado y la fuente del empoderamiento en enfermería. Florence Nightingale ya incluyó en su libro clásico *"Notas de enfermería: qué es y qué no es"* que el cuidado enfermero "significa un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas" y como la enfermería tenía "la responsabilidad de velar por la salud de otros (…) desarrollando habilidades tales como la observación inteligente, la perspectiva y el ingenio" como una forma de determinar la importancia de los contextos únicos (4, 33, 38).

Jean Watson afirmó como la esencia de la enfermería se ha ido diluyendo con el avance de la tecnología y con ayuda de las barreras institucionales. En su Teoría Humanista del Cuidado expuso once valores del cuidado humano, el cual definió como "elemento central unificador de la práctica enfermera, la esencia de la enfermería" y como el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y el reconocimiento de la otredad como los caminos para conseguirlo. Basándose en la Teoría del Cuidado Humano de Watson, se definieron nueve componentes del cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades de la enfermera, proactividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención. Por lo tanto, cuidar significa entrar en la realidad subjetiva de las personas. Por ello, Newman refirió que el cuidado es el elemento definitorio y fundamental de la enfermera, para lo que precisa de una potente relación. También, Orem habló de cuidado humanizado como un factor íntimamente único para conseguir el autocuidado del paciente (37).

Madeleine Leininger, teórica enfermera que desarrolló la enfermería transcultural, afirmó que el cuidado humanizado era fundamental para el progreso y supervivencia de la enfermería (41). Mientras, De Souza citó en su libro *Cuidado humanizado: posibilidades y desafíos para la práctica enfermera*

que “el cuidado que no se imbrica en la humanización no es cuidado, el cuidado debe ser humano ya que se tratan con seres humanos en uno de sus momentos de mayor vulnerabilidad física y existencial” (42). Existe muchos estudios sobre la importancia de la humanización en el cuidado, pero la mayoría lo exponen desde una visión filosofía y conceptual, existiendo una gran brecha a la hora de aplicarla en la realidad. Por ello, la practica enfermera se caracteriza por la combinación del pensamiento crítico y competencias técnicas de alto nivel con una gran sensibilidad por el otro (38, 39).

Tal es su repercusión que los principios éticos y la legislación enfermera incluyen explícitamente la humanización como determinante en el cuidado. La Ley Deontológica de Enfermería afirma que “el acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia de la profesión”. Las bases deontológicas también señalan como el ser humano se caracteriza por su complejidad, ante el cual, la enfermería tiene el compromiso de conocer e integrar sus dimensiones espirituales, sociales, políticas o culturales en su atención (37).

2.2.7. ¿Qué se considera cuidado humanizado?

La humanización permite valorar a las personas en su totalidad y es un reflejo de los valores que guían las conductas de los profesionales y el compromiso ético de la institución. Permite dar visibilidad a la persona considerando sus potencialidades y limitaciones, sin repetir nuestras acciones como máquinas, y se centra en la persona, proporcionándole el papel de protagonista a todas sus dimensiones de forma equitativa. Considera esenciales las relaciones enfermera-paciente, basada en un compromiso y cercanía que no se puede observar en otras disciplinas y que rige la praxis de la profesión (7, 38, 39). Por lo tanto, implica proximidad a la persona, empatía y atención integral de forma que se vea a la persona como única e indivisible. Tiene que estar presenta en el cuidado cotidiano mediante gestos, actitudes, palabras y emociones (34).

Algunos estudios hablan de tres dimensiones, entre las que debe haber un perfecto equilibrio, que influyen en la humanización de la práctica enfermera diaria: compresión y manejo emocional adecuado de las emociones de los otros; autoeficiencia, manejar situaciones complejas y estresantes de forma exitosa, y afecto, conciencia de la vulnerabilidad debido al desajuste entre las expectativas

de los profesionales en cuanto a responsabilidad de su actuación y como los pacientes esperan que actúen. Mientras, otros estudios hablan de que los pilares de la humanización deben ser: la comunicación franca y efectiva, relación terapéutica basada en la empatía y la asertividad e información que fomente la participación. Todos ellos, tienen en común poner a la persona como eje central del cuidado (34, 40).

Por ejemplo, empatía es una herramienta fundamental para identificar necesidades únicas de cada paciente, así como la forma de expresar la importancia de la relación persona-enfermera y de crear ambientes agradables lejos de estigmas. Se ha demostrado ampliamente como la empatía supone una gran repercusión al estar relacionada directamente con el cuidado humanizado en enfermería, la reducción del agotamiento y la mejora del bienestar profesional. Además, el estrés o la ansiedad influyen negativamente a la hora de tomar decisiones ante dilemas éticos en las enfermeras (34, 40). Por su parte, la escucha activa nos permite empatizar. Permite comprender el punto de vista del otro, identificar emociones y proporcionar conocimientos de forma adecuada. Otras actitudes como el optimismos, la motivación o la autoconfianza promueven expectativas y afrontamiento ante adversidades en situaciones estresantes (33). Por último, en el estudio de Rubio et al., los profesionales sanitarios identificaron diferente categorías de gestos humanitarios: profesionalidad, información continuada de todo que se va haciendo, presentación por nombre y profesión, información a su entorno, privacidad, proporcionar alternativas, adaptarse a sus necesidades y preferencias, calidez, llamar a las personas por su nombre, preguntar sobre bienestar, proximidad, interés, tacto terapéutico, usar un vocabulario cercano, comprensible, sencillo y adecuado, saludar, intimidad, pedir permiso, reducir el número de profesionales imprescindibles, privacidad, controlar conversaciones ajenas al paciente, hacer preguntas y responder dudas, escucha activa, favorecer el desahogo, medidas de confort, hacer sentir que se está ahí o adecuar ambiente (34).

2.2.8. Humanización en el quirófano

El origen de la deshumanización, no se debe únicamente a los valores adoptados por las instituciones, sino que es multifactorial. Está relacionado con la percepción social, con factores emocionales (el síndrome de burnout predispone

a una atención deshumanizada), el ambiente laboral negativo o servicios donde la atención sanitaria es más automatizada, indirecta o donde la cultura del mercado y la tecnificación tiene una gran repercusión. Todo ello son características de gran presencia en el día a día de un quirófano (33).

La rutina imperante en el quirófano, como herramienta principal para maximizar el tiempo sin cometer errores, disminuye los cuidados humanizados. Diferentes estudios muestran la importancia de pequeños gestos humanizados como la cercanía física, la presencia, la empatía u ofrecer apoyo en una situación de gran vulnerabilidad y soledad como una intervención quirúrgica y como pueden resultar determinantes al complementar técnicas y fomentar una percepción de una atención de mayor calidad y adecuada (34, 39). Sin embargo, la comunicación es complicada en el quirófano, debido al reducido tiempo o debido a la falta de conciencia por la anestesia, por lo que se requiere grandes esfuerzos ante los que no suelen tener las habilidades, ni los recursos necesarios. De esta forma, el cuidado humanizado es fácilmente desplazado en quirófano por el impersonal y la enfermera adopta una actitud de distancia, lo cual no significa que estos pacientes no esperen amabilidad y cortesía (39).

Por ejemplo, la acogida a un bloque quirúrgico es vista por los profesionales como un simple espacio en el que las personas esperan, sin ver la oportunidad valiosa que supone, ya que es el único momento en que el que paciente está libre de los efectos de los hipnóticos y de los analgésicos, pero en el que los profesionales tienen el gran desafío de establecer una relación con sus pacientes en un breve e intenso periodo de tiempo. Para los pacientes está dotada de un significado especial y profundo, donde expresan su debilidad, su impotencia, soledad o el significado de su enfermedad en la vida y ante la que buscan encontrar solidaridad, esperanza, interés o preocupación. Según la Política Nacional de Humanización (NHP), la acogida de los pacientes a los servicios de salud, como un bloque quirúrgico, requiere de la construcción de relaciones interpersonales basadas en la escucha atenta, el compromiso ético, interés y reconocimiento de la otra persona. Una correcta bienvenida al bloque quirúrgico determinará la relación paciente-sanitario que se establezca y repercutirá en toda la atención posterior. Sin embargo, debido al gran número de pacientes,

inconsciente y automatizadamente los profesionales quirúrgicos tienden a mecanizarla (8).

Proporcionar un cuidado humanizado de forma exitosa incluso en situaciones complejas o estresantes como las que se viven constantemente en un quirófano, requiere de habilidades estrechamente relacionadas con la autoestima, la conciencia de uno mismo y de la influencia que ejerce el entorno. Por ejemplo, una mayor conciencia de las personas que nos rodean y una mayor integración permitiría aplicar un cuidado humanizado con más libertad lejos de estigmas y menosprecios (33).

2.3. Distrés moral y afectación de la identidad enfermera

Cada acción que realiza una enfermera tiene una dimensión moral y deben brindase de manera ética ya que trata con seres humanos. Las enfermeras son especialmente vulnerables en percibir actitudes deshumanizadas al ser los profesionales sanitarios con mayor sensibilidad moral y, por lo tanto, mayor sensibilidad para detectarlo debido a su mayor exposición a ellos. Los ambientes donde la densidad tecnología es grande y los pacientes se encuentran en estado crítico se encuentran los grados más altos de deshumanización. Esta situación las pone en un dilema ético y moral al encontrarse ante toma de decisiones complejas entre la corriente integral o humana y la biomédica o tecnológica. Para aplicar ambas dimensiones de forma equitativa, no basta con tener experiencia sino juicio clínico. En el quirófano, esta situación se complica considerablemente, la anestesia sitúa a los pacientes como cuerpos pasivos que permite alcanzar los niveles más altos de virtuosismo técnico, biomédico y tecnológico. La enfermera se encuentra ante una cultura que prioriza y reconoce aspectos como anticiparse a las acciones de otros compañeros o saber manejar alta tecnología, por lo que muchas veces se encuentra ante el dilema ético y moral de no saber cómo ni en qué momento aplicar de forma equitativa otras dimensiones que no sean la biomédica en su cuidado (7, 43, 44).

La conciencia y reconocimiento de acciones deshumanizadas y la comprensión de como promueve la vulnerabilidad del paciente desencadena una tensión, malestar, angustia o distrés que es común entre los profesionales sanitarios, pero interiorizada durante la práctica diaria y que se da cuando la forma de actuar

no concuerda con los valores o deberes fundamentales y éticos. Este tensión puede desembocar en una resistencia ante la adversidad que lleva a tomar decisiones en beneficio del cuidado humanizado y de los pacientes o bien puede generar pasividad, estrés, frustración, culpa y, finalmente, afectación o transformación de la esencia e identidad enfermera (40, 44, 45). En el quirófano, el agotamiento por la falta de recursos, ambiente de trabajo hostil o la falta de apoyo institucional son factores frecuentes que afecta a la angustia o distrés moral en enfermería. Además, el estudio de Robaee et al., del comité de Investigación de estudiantes de Enfermería de la Universidad Shahid Beheshti de Teherán, Irán, observaron como el clima ético también es un factor importante debido a competencias inapropiadas y responsabilidad no respetas y como esto es un foco de errores. La angustia o distrés moral de las enfermeras afecta negativamente al trabajo con sus pacientes y en su vida personal generando ansiedad, alteraciones del sueño, pasividad o desinterés (46).

Un estudio de Hakimi et al., del Centro de Investigación en Atención de Enfermería de la Universidad de Teherán, Irán, determinó como la cultura institucional y el entorno laboral desalienta y neutraliza la moral de las enfermeras, haciendo que prácticas poco éticas se adopten como normales, se justifiquen y persistan en el tiempo. Según la teoría de Thorndike, psicólogo y pedagogo estadounidense considerado antecesor de la psicología conductista, si existiera una cultura que desaprobase el cuidado inmoral y deshumano, se percibiría como desagradable y no se repetiría. Esto es fundamental ya que las enfermeras novatas basan su aprendizaje en experiencias personales o de compañeros, más que en evidencias o bases teóricas, lo que les llevan a adoptar valores diferentes y personales (43, 47).

2.4. Estrategias para la búsqueda bibliográfica

Para esta revisión se utilizaron diferentes bases de datos bibliográficas de carácter biomédico: PubMed, Cuiden, CINAHL y Scopus. Primero se realizó una búsqueda básica y sencilla para conocer si el tema a tratar se había estudiado previamente y había suficiente información al respecto como para realizar un estudio utilizando múltiples y diversas combinaciones de palabras claves con lenguaje natural. Se realizó una segunda búsqueda bibliográfica, en las mismas bases de datos para determinar sobre qué áreas relacionadas con la temática

se podía estudiar y profundizar, estableciéndose el tema del trabajo. Los cuidados humanizados han sido ampliamente estudiados en la literatura, pero su aplicación en el quirófano y como afectan al distrés moral y afecta o transforma la identidad enfermera es un tema sobre el que se encontró escasa bibliografía. Finalmente, se realizó la búsqueda bibliográfica definitiva en las citadas bases de datos siguiendo el Diagrama Prisma (figura 1). Se utilizaron múltiples y variadas combinaciones entre palabras claves, siendo las principales en inglés como: *human care, moral distress, operating room, anaesthesia nursing, patient-centered care* (anexo 1). Se realizaron estrategias de búsquedas avanzadas utilizando descriptores, tesauros y bolenanos para localizar términos e informaciones especificas ante el gran ruido documental obtenido. Los limitadores variaron según la búsqueda realizada y los resultados obtenidos, siendo los más utilizados: texto completo, acceso libre y documentos de enero del 2015 a diciembre del 2021 (anexo 2).

En la búsqueda en las bases de datos se obtuvieron 432 documentos. Ante tal considerable número de resultados y siguiendo el diagrama prisma fue necesarios un proceso de selección en diferentes fases. Primero, se utilizó el programa informático para referencias bibliográficas Mendeley que permitió eliminar documentos duplicados obtenidos en más de una base de datos. Posteriormente, se hizo una selección por título, una por resumen y, finalmente, una por criterios de inclusión/ exclusión.

Con el fin de que los documentos encontrados se adecuasen al tema de estudio y que aportasen la información más relevante, adecuada y exacta posibles, los criterios de inclusión establecidos fueron:

- Estudios cuantitativos observacionales descriptivos, ensayos cuali-experimentales, ensayos clínicos y estudios cualitativos.
- Artículos que traten sobre los cuidados humanizados, área quirúrgica, enfermería de anestesia, moral en enfermería y experiencias quirúrgicas de pacientes.
- Artículos elaborados entre 2015-2021, ampliándose este periodo en diferentes estrategias de búsqueda para responder adecuadamente a los objetivos planteados de la manera más completa posible (anexo 2).

- Artículos en inglés y español, ocasionalmente, incluyéndose estudios en otros idiomas (principalmente, en portugués) por el gran interés que suponían los estudios para la realización del trabajo (anexo 2).

Mientras, los criterios de exclusión establecidos fueron:

- Artículos de investigaciones realizados en niños o adolescentes. También, en diferentes búsquedas se incluyeron los estudios relacionados con la estrategia de búsqueda, con pacientes gestantes u otras especialidades, pero en otras estrategias de búsqueda se descartaron este tipo de estudios debido a los abundantes resultados encontrados (anexo 3).
- Artículos que no estaban disponibles en texto completo de forma gratuita o que los enlaces a dichos artículos se encontraban rotos o inhabilitados por lo que no era posible acceder a ellos en el momento de la lectura.
- Debido a las múltiples combinaciones de palabras claves y estrategias de búsqueda, con el fin de profundizar en todos los aspectos relacionados con el tema de estudio, se obtuvieron un número considerables de estudios. A pesar de los limitadores y de los criterios de exclusión propuestos anteriormente, los resultados obtenidos seguían siendo considerables. Por ello, en la revisión a texto completo se descartaron aquellos estudios que no despertaron el interés suficiente o que no aportaban información novedosa respecto a estudios previamente revisados.

La base de datos más utilizada y de la que más documentos se obtuvieron fue PubMed. Fueron 55 los artículos revisados a texto completo e incluidos en la introducción, revisión bibliográfica y marco conceptual. A los encontrados en bases de datos hay que sumar los registros adicionales obtenidos a través de otras fuentes: libros electrónicos obtenidos de la biblioteca digital de la URV y documentos obtenidos por búsquedas aisladas relacionadas con el diseño y las técnicas utilizadas posteriormente en el estudio. En total se incluyeron 69 artículos para el estudio.

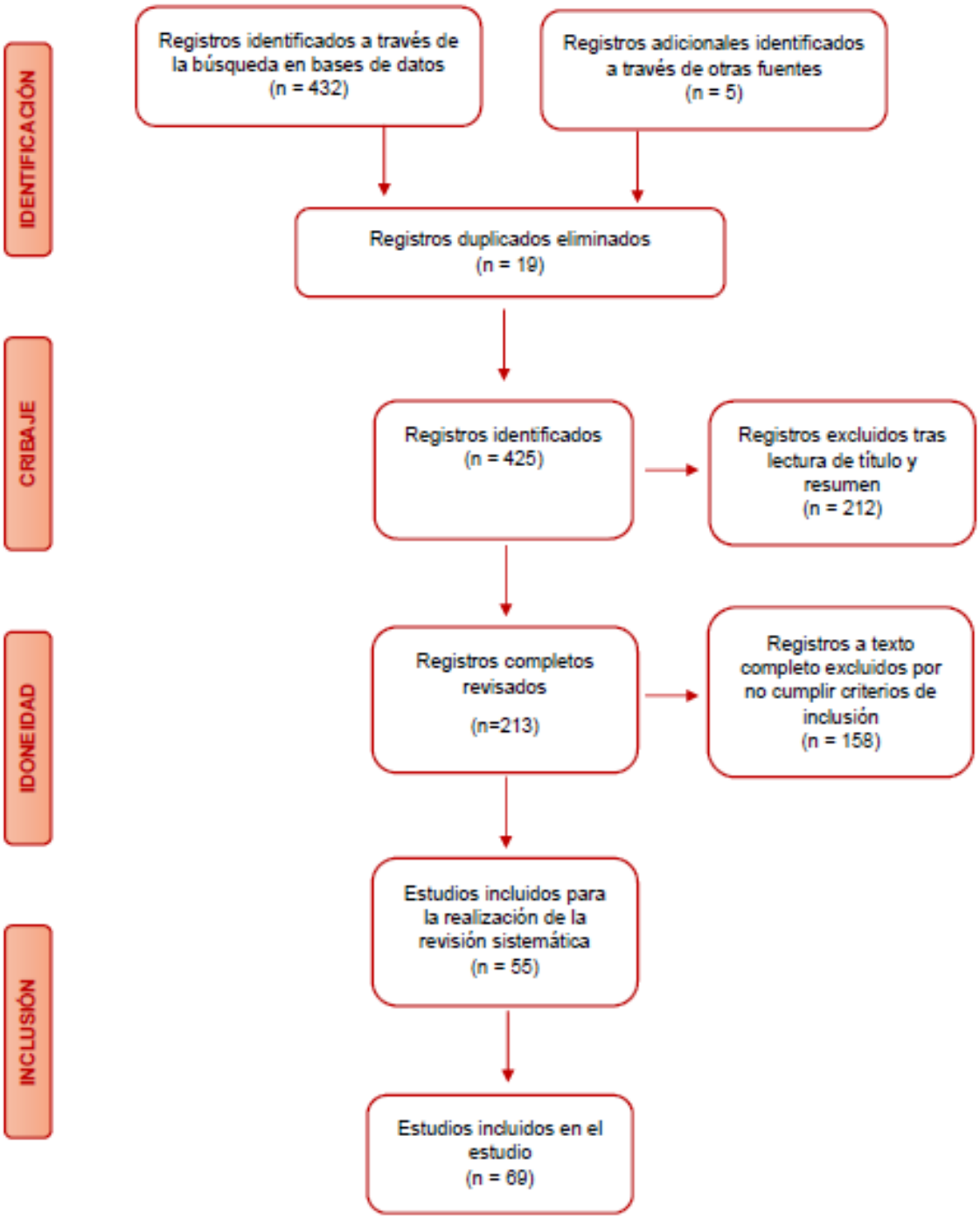

Figura 1. Diagrama Prisma

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Cuidado Centrado en la Persona

La humanización sitúa al paciente en el centro de la atención de forma que genere reflexiones de como integrar las individualidades en la técnica y es la razón de ser del sistema sanitario. El Cuidado Centrado en la Persona (CCP),

se ha convertido en el camino de aunar y materializar los fundamentos de la atención humanizada, es decir, permite el paso de la filosofía del cuidado humanizado a la construcción de un modelo aplicable en la práctica cotidiana (7, 34). En 1950, el psicoterapeuta Carl Roger desarrolló una teoría humanista de terapia centrada en el cliente, a la que posteriormente llamó centrada en la persona y que continúa siendo popular en la actualidad. El eje central era la relación de la persona con el terapeuta con el fin de reconocer su personalidad y sus recursos viéndola como una persona que "se convierte" y no como un paciente definido por sus problemas, para ello utilizaba herramientas como la escucha activa, la empatía y la aceptación. Posteriormente, Edith Balint (1969) definió el CCP como "entender al paciente como un ser humano único". Desde entonces ha sufrido múltiples variaciones y evoluciones llevando a que se hayan creado diferentes políticas para su aplicación. A pesar de que se trata de uno de los objetivos principales para mejorar la asistencia en el siglo XXI, su implementación continúa siendo un desafío tanto personal como institucional que precisa de un rediseño cultural, de roles y reestructuración de servicios. El gran desafío que supone su aplicación no debe suponer una excusa para dejarla de lado al considerarla un ideal, ya que cada vez es más frecuente las quejas a la atención médica respecto a las faltas de respeto, la mala comunicación, la falta de empatía, actitudes poco profesionales y morales, siendo un tercio de estas quejas relacionadas con la relación profesional sanitario-paciente (44, 48, 49).

La Universidad de Gotemburgo (Gotemburgo, Suecia) estableció tres rutinas como pilares fundamentales en el CCP: evocar la narrativa del paciente, la toma de decisiones compartida y documentar la narrativa y preferencias de las personas para facilitar la atención humanizada continuada. El CCP se basa en rutinas, pero las percepciones de los profesionales son igual de fundamentales. Rathert et al., de la Facultad de Medicina de la Universidad de Missouri, Estados Unidos, establecieron 7 dimensiones que siempre tienen que estar presentes y en torno a las que tiene que construirse el CCP: respetar las preferencias, coordinar cuidados, información/ educación/comunicación, confort físico, soporte emocional, participación del entorno cercano y atención continuada. Por su parte, The Health Foundation (2014), propuso unos principios similares que deberían regir este tipo de cuidado centrado en la persona como: otorgar

dignidad, compasión y respeto, ofrecer apoyo, atención coordinada y personalizada o reconocer fortalezas (49, 50).

La lógica médica de los profesionales sanitarios y la lógica económica de las instituciones supone un choque con el CCP. Sin embargo, se ha argumentado ampliamente como el CCP es un camino no sólo hacia la humanización sino hacia un sistema más eficiente al otorgar a los pacientes roles de responsabilidad (50).

3.2. El Cuidado Centrado en la Persona para enfermería

McCormack y McCance (2006-2010), del Centro de Investigación del Cuidado Centrado en la Persona de la Universidad de Queen Margaret en Edimburgo, Escocia, elaboraron conjuntamente el Marco de Enfermería Centrado en la Persona en base a conceptos humanísticos previamente citados. Veían el CCP como “acción y actitud” y como para el cual es necesario construir una relación interpersonal. McCormack hace referencia a Kant al afirmar que existen deberes imperfectos menos exigibles que deberes perfectos, es decir, cuando habla de deberes imperfectos hace referencia al cuidado humanizado ya que, a pesar de ser un deber moral y ético, es menos exigible al ser más difícilmente reconocido, medible, no proporcionar beneficios económicos directos y al depender de valores personales, creencias y experiencias individuales de cada enfermera (48, 51). Esto llevó a que Simone Roach (1999), de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto, Canadá, afirmase que el cuidado centrado en la persona es “un modo de ser humano” y es “único en enfermería” (52).

3.3. La filosofía del Cuidado Centrado en la Persona de Benner y Wrubel

Para este estudio, nos centraremos en el modelo planteado por Patricia Benner y Judith Wrubel, en su libro *The Primacy of Caring: Stress and coping in health and illness* (1989), en el que afirmaban como en el cuidado es esencial entender las distinciones de significado del mundo en el que viven las personas. El cuidado establece lo que nos importa y preocupa del ser humano al que se cuida. Para ello la enfermera debe intentar colocarse en el punto de vista de las personas para saber qué les preocupa y qué le produce tensión para conocer las opciones de afrontamiento aceptables por la persona. Según las autoras, no es posible

separar la vida de las situaciones clínicas para entender el estado de vulnerabilidad (53, 54).

Benner y Wrubel se basan en la premisa de que los significados implícitos en las habilidades, prácticas, expectativas y resultados enfermeros son interpretados y compartidos por personas que comparten una base cultural similar. Además, determina que los seres humanos son holísticos e integrados, pero considerarlos de esta forma se adquiere mediante la experiencia que transforma las habilidades. De esta forma, las enfermeras comprenden como las situaciones prácticas son mucho más complejas cuya comprensión se trata de una actividad intelectual y reflexiva que se aleja de los modelos y teorías biomédicas imperantes. En base a esto, Benner y Wrubel (1989), plantearon como el cuidado es una ciencia humana, moral y ética que considera a la persona como: “un ser autointerpretativo (…), no viene al mundo predefinida, sino que se va definiéndose con las experiencias vitales”. En base a esta definición, tomada de Heidegger, conceptualizaron cuatro aspectos principales para la compresión de una persona y su situación en el mundo, superando la idea de que mente y cuerpo son entidades diferentes e independientes: el rol de la situación, el rol del cuerpo, el rol de los problemas personales y el rol de la temporalidad (54).

Cinco son los componentes claves sobre los que se sustenta la atención humanizada mediante el Cuidado Centrado en la Persona propuesto por Benner y Wrubel y que servirán de guía en el presente estudio (53): conocer el significado de la enfermedad en la vida de la persona, sus preferencias o valores; mediante la narrativa reconocer lo que sucede para anticiparte a riesgos, calmar miedo y revelar información oculta, pero importante; el compromiso en establecer una relación enfermera-paciente mediante la comunicación para fomentar la participación en la toma de decisiones, fomentar la autogestión, fortalecer la confianza e identificar recursos y barreras; adecuar el contexto en la que se sitúa al paciente en el centro de la atención y, por último, compartir información con el resto del equipo, coordinar y registrar para legitimar el cuidado humanizado.

3.4. La aplicación del CCP en el quirófano por la enfermería de anestesia

La anestesia, tanto general como sedación o loco-regional, impide que los pacientes puedan tomar decisiones mínimas sobre su cuerpo y dificultan su comunicación. La protección de su persona recae en la enfermera de anestesia, quien en colaboración con el resto de los miembros del equipo quirúrgico debe mantener su dignidad, seguridad y bienestar. La actuación de la enfermera de anestesia es en múltiples veces discreta y pasa desapercibida, por lo tanto, no es reconocida y es menospreciada. Por ello, es fundamental establecer unas rutinas que incorporen y aseguren el cuidado humanizado centrado en la persona dentro del quirófano en la práctica diaria (55).

El marco teórico que guiará el presente estudio, en base a la bibliografía revisada sobre el cuidado humanizado y a la filosofía de Benner y Wrubel, será:

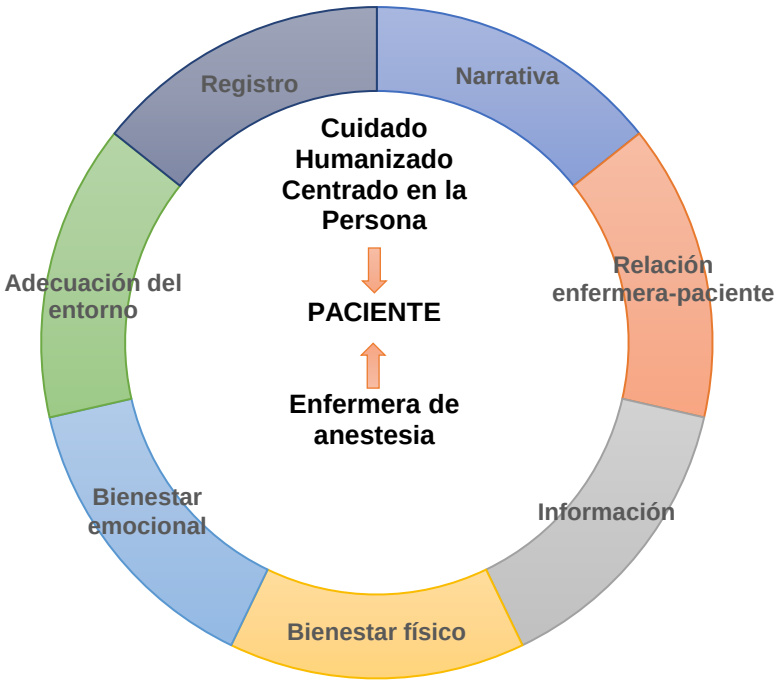

Figura 2. Modelo de Cuidado Humanizado Centrado en la persona.

4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO

El presente estudio busca esclarecer que relevancia tiene la cultura de quirófano en la importancia que se les otorga a los cuidados humanizados dentro de un ambiente de alta densidad tecnológica y hegemonía biomédica. Existen múltiples estudios del empoderamiento de esta atención en otro tipo de servicios con estas características como las unidades de cuidados críticos o los servicios de urgencias. Sin embargo, existen escasos estudios que hablen de su presencia en el quirófano. A pesar de los demostrados efectos terapéuticos de una atención humanizada centrada en la persona, su aplicación es extraña y estigmatizada, considerándose secundaria o prescindible.

Las teorías y modelos modernos de enfermería tienen como fundamento un cuidado transpersonal considerando a las personas como un ser unitario, único y estableciendo este aspecto como un fundamento moral y ético. Sin embargo, las enfermeras de anestesia, que ejercen un papel de rol defensor de los pacientes en el quirófano al encontrarse estos en una situación de indefensión, se encuentran ante conflictos teniendo que renunciar a sus fundamentos enfermeros al no ser reconocidos. Este estudio busca conocer la importancia que las enfermeras de anestesia les dan a los cuidados humanizados, si perciben su disminución y como les afecta en su identidad enfermera. El fin último es el empoderamiento del cuidado humanizado invisible de las enfermeras de anestesia proporcionan y remarcar su importancia para no perpetuar y generar actitudes de reduccionismo y paternalismo hacia los pacientes, actitudes cada vez más frecuentes entre las enfermeras.

5. PREGUNTA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1. Preguntas de investigación

5.1.1. ¿Cuáles son las prácticas, repercusión y creencias por parte de enfermería de anestesia del cuidado humanizado en un ambiente de hegemonía tecnológica y biomédica, como un quirófano?

5.1.2. ¿Cómo afecta un ambiente deshumanizado a la identidad enfermera de anestesia que no sólo es considerada con el rol de defensor del paciente en el perioperatorio, sino que es contrario a los fundamentos modernos de enfermería basados en un cuidado

centrado en la persona, cercano, individualizado y holístico complementando equitativamente con el saber biomédico y la habilidad técnica?

5.1.3. ¿La cultura de quirófano propicia un cuidado deshumanizado, impersonal y reduccionista por parte de las enfermeras o cuál es la naturaleza de esta disminución del cuidado humanizado?

5.2. Hipótesis inductiva

La subestimación, menosprecio e invisibilización del cuidado humanizado en un ambiente tan tecnificado como es el quirófano aumenta la vulnerabilidad e impide un correcto afrontamiento por parte de los pacientes. Tal es su repercusión que se trata de una fuente importante de graves complicaciones y dificultades, como la ansiedad preoperatoria. Las enfermeras de anestesia sufren una angustia o distrés moral y crisis de identidad ante este dilema ético al chocar con los fundamentos innatos de la profesión y decantándose irremediablemente por la explotación de la dimensión biomédica al ser la única reconocida dentro del ámbito sanitario fomentando la indefensión y vulnerabilidad de los pacientes.

5.3. Objetivos generales

5.3.1. Conocer las creencias, importancia y significados que les otorgan las enfermeras de anestesia de un bloque quirúrgico a los cuidados humanizados y como afectan a su distrés moral e identidad como enfermeras.

5.3.2. Determinar la efectividad de una intervención basada en prácticas humanizadas básicas con el distrés moral y la afectación de la identidad de las enfermeras de anestesia.

5.4. Objetivos específicos

5.4.1. Describir cómo se aplican los cuidados humanizados en la dinámica de un bloque quirúrgico por parte de las enfermeras de anestesia.

5.4.2. Especificar barreras y dificultades de la cultura quirúrgica en la aplicación de los cuidados humanizados por parte de las enfermeras de anestesia.

5.4.3. Conocer como perciben las enfermeras de anestesia la influencia de la cultura quirúrgica, de la alta densidad tecnológica y de la

hegemonía del modelo biomédico en la aplicación de sus cuidados humanizados, en su distrés moral e identidad enfermera.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño, metodología y justificación

6.1.1. Marco de referencia

El marco teórico que se utilizará como enfoque en la recogida de datos y análisis del estudio será el Cuidado Centrado en la Persona de Benner y Wrubel integrado con los conceptos acerca del cuidado humanizado definidos en la búsqueda bibliográfica.

6.1.2. Propuesta global de la metodología seleccionada

Investigación que utilizara el método mixto, con una parte cuantitativa y una parte cualitativa. Este método permitirá otorgar mayor evidencia y abordar simultáneamente datos de orígenes diferentes, pero relacionados al tratarse de un ámbito de gran complejidad y multifactorial como es un bloque quirúrgico. Con este método se busca comprender mejor cómo la cultura de quirófano, caracterizada por una cada vez mayor densidad tecnológica y hegemonía biomédica influye en los cuidados humanizados cotidianos mediante creencias, prácticas, comportamientos y expresiones de las enfermeras de anestesia. Se relacionará con el hecho de que su disminución genere angustia o distrés moral y afectación o transformación de los fundamentos innatos de la identidad enfermera (56).

El enfoque mixto utilizado será un diseño de triangulación concurrente, ya que tanto los datos cualitativos como los cuantitativas se recopilarán simultáneamente y se les dará una prioridad igual, pero se analizarán de forma independiente. Finalmente, la interpretación de los resultados implicará discutir como los datos obtenidos convergen para confirmar el marco teórico elegido (56). La triangulación proporcionará mayor validación e inmersión total al combinar diferentes fuentes y técnicas que permitan la perfecta armonía entre los múltiples enfoques, interpretaciones y versiones que determinan los fenómenos de estudios propuestos. De esta forma, el estudio se dividirá en dos partes fundamentales: una cualitativa siguiendo el diseño de Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin que utilizará como técnicas la observación

participante y el grupo de discusión y una fase cuantitativa observacional descriptiva y transversal que utilizará como herramientas un cuestionario y un ensayo clínico aleatorizado (56, 57).

6.1.3. Ámbito de estudio

Bloque quirúrgico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, Aragón. El bloque quirúrgico consta con 19 quirófanos de diferentes especialidades y es el servicio hospitalario donde se encuentra la variedad de profesionales de diferentes naturalezas más grande. Las zonas del bloque quirúrgico en las que se va a centrar el estudio son: la acogida, el quirófano, la Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA) y la Unidad de Reanimación (REA).

Se trata de un hospital terciario que cuenta con una supervisión de enfermería de anestesia y enfermeras de anestesia que colaboran en la inducción y mantenimiento anestésico, atención en la recuperación inmediata y en el dolor agudo postoperatorio, un hecho poco habitual en los hospitales nacionales, caracterizados por la combinación entre enfermeras instrumentistas, circulantes y de anestesia. En el bloque quirúrgico del hospital se realizan 21.000 actos anestésicos al año en el quirófano y se atienden 11.000 pacientes en su postoperatorio inmediato (58).

Para la realización de este estudio se contactará con la Dirección de Enfermería del Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza y con la supervisión de enfermería de anestesia del bloque quirúrgico para acceder, no sólo el registro con el número de enfermeras que trabajan en la actualidad en el servicio, sino para conseguir su aprobación y permiso.

6.1.4. Periodo de estudio y presupuesto

El presente estudio durará veinte meses durante dos cursos académicos, empezando en septiembre del 2020 y terminando en junio del 2022. Se dividirá en dos fases de la misma duración, inicio y finalización: una primera fase conceptual y segunda fase metodológica. La fase conceptual consistirá en la recopilación de datos bibliográficos con el fin de determinar áreas de estudio desconocidas, se tratará de un proceso lineal, comenzando por una búsqueda

básica de documentación hasta el diseño minucioso y detallado de la metodología del estudio. Por último, la fase metodológica será un proceso circular que consistirá en la aplicación de la metodología para la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos, su posterior análisis, comparación con la documentación bibliográfica, refutación del marco teórico y descubrimiento de futuras líneas de investigación (apartado 10).

Respecto al presupuesto, se tratará de un estudio en la que se tendrá que hacer una inversión monetaria mínima, suponiendo los mayores costes en los permisos para la publicación en una revista científica y en la traducción del estudio. La mayor inversión se realizará en el tiempo del investigador, lo que muestra que se trata de un trabajo ampliamente reflexivo (apartado 11).

6.1.5. Población objetivo/ diana

La población objetivo de este estudio son las enfermeras de anestesia de un bloque quirúrgico. Los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica y el resto de los profesionales sanitarios serán considerados como parte fundamental para el estudio de la cultura propia y la dinámica de un bloque quirúrgico que determinan la repercusión de los cuidados humanizados y afectan directamente a la identidad de la enfermera de anestesia.

6.2. METODOLOGÍA CUALITATIVA

El método cualitativo será un proceso circular que permitirá reflexionar al interpretar los datos obtenidos sobre el marco e hipótesis planteadas inicialmente. Lo que se busca estudiar es las creencias y prácticas de las enfermeras de anestesia sobre los cuidados humanizados en un bloque quirúrgico y cómo transforma su identidad enfermera. A pesar de que se utilizaran las metodologías de forma simultánea y dándoles la misma prioridad, es indudable el gran valor significativo de la metodología cualitativa en este estudio por la definición propuesta por Taylor y Bogdan en su libro *Introducción a los métodos cualitativos:* "los métodos cualitativos son humanistas (…), cuando reducimos las palabras y actos de la gente a ecuaciones estadísticas, perdemos de vista el aspecto humano de la vida social, (…) cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad". Por ello, parece paradójico que un entorno cada vez

más tecnificado, en el que se consiguen cada día auténticos y extraordinarios logros biomédicos, se utilicen métodos cualitativos para estudiar un hecho reflejado en números estudios como es la disminución de un trato humanizado. Además, se ha demostrado ampliamente los efectos negativos que tiene en los pacientes, como la ansiedad preoperatoria, de la que numerosos estudios hablan por su alta prevalencia y por las múltiples complicaciones que produce peroperatoriamente, hallando su origen en la vulnerabilidad humana que supone una intervención quirúrgica. Utilizar métodos cualitativos nos permitirá estudiar el entorno cultural en el que se mueve una enfermera de anestesia, con el rol de defensor del paciente durante el peroperatorio, así como descubrir naturalezas ocultas de esta disminución de su atención humanizada y su repercusión en la identidad enfermera, una temática abstracta que precisa un análisis cualitativo (59).

A pesar de que el estudio parte de una teoría, basada en la bibliografía encontrada y en la familiaridad del investigador con el ámbito de estudio, se seguirá el proceso de investigación cualitativa de la Teoría Fundamentada de Strauss y Corbin (1967), según la cual se da preferencia a los datos y al campo de estudio y a los supuestos teóricos con el fin de conocer naturalezas desconocidas de la disminución del cuidado humanizado en quirófano y como está afectando a la imagen histórica de la enfermería (60). El fin último es conocer el significado simbólico que las enfermeras de anestesia le otorgan desde acciones, gestos o palabras hasta normas, técnicas, rutinas o jerarquías del quirófano que pueden considerarse, cada vez más, no lo suficientemente humanizadas al no centrarse en el paciente y cómo las adoptan en su identidad enfermera. Esta teoría es fundamental para conocer este fenómeno ya que se podría considerar como uno fenómeno relacionado con la conducta humana dentro de una cultura determinada como es la de quirófano (61).

6.2.1. Población de estudio/ accesible

Entre los sujetos seleccionados para la observación participante, se encuentran involucrados dos grupos claramente definidos: por un lado, los profesionales sanitarios y, por otro lado, los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica. Estos últimos, no solo presentan una gran variedad de factores psicológicos, emocionales, espirituales o culturales sino también

presenta una gran variedad de edades, patologías, procedimientos quirúrgicos, pronósticos, etc. Esto solo es un reflejo de la gran variedad de factores que hacen de la experiencia quirúrgica un complejo proceso y único.

Respecto a la discusión grupal, se seleccionarán a ocho enfermeras de anestesia del bloque quirúrgico de estudio que cumplan con los criterios de inclusión/exclusión.

6.2.2. Diseño del muestreo

El muestreo en la parte cualitativa será de tipo teórico, de forma que se seleccionarán la información que más se adecue a la teoría y temática de estudio, sin conocer el número exacto a desarrollar. El muestreo teórico en la parte cualitativa del estudio se realizará en tres fases (57, 62):

- Durante la recogida de datos. En la observación participante no se conocerá los individuos a observar, mientras que para la discusión grupal también se realizará un muestreo teórico, pero según el cual se seleccionaran 8 enfermeras de anestesia a conveniencia.
- Durante la interpretación. El muestreo del material obtenido mediante la transcripción lo más detalladamente posible e interpretación continua y cíclica.
- Durante la presentación de los resultados. Aquellas partes de los textos que se puedan utilizar para demostrar los hallazgos.

6.2.3. Tamaño muestral

El tamaño muestral para la observación participante no se conocerá de antemano, siendo los principales agentes las enfermeras de anestesia. También, serán susceptible sus relaciones con otros profesionales y pacientes que intervengan en la dinámica de un bloque quirúrgico dentro de las áreas de estudio. El muestreo cualitativo en la observación participante permitirá identificar la diversidad de individuos que intervienen en la atención humanizada dentro de un bloque quirúrgico.

6.2.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la metodología cualitativa serán:

- Enfermeras de anestesia como defensoras de los pacientes durante el proceso quirúrgico: expresión de sentimientos y opiniones sobre el cuidado humanizado dentro de un bloque quirúrgico, así como, las prácticas humanizadas que realizan en su asistencia cotidiana, que creencias les otorgan y como lo aplican en diferentes ámbitos, desde la acogida del paciente, en el intraoperatorio (este consciente o no el paciente) y en su recuperación en la URPA o REA.
- La dinámica, cultura y ambiente de un bloque quirúrgico, las relaciones de las enfermeras de anestesia con el resto de los profesionales y pacientes que intervienen, los recursos y las barreras que tienen, las experiencias y situaciones particulares que se dan y como todo determina en las prácticas y creencias ante el cuidado humanizado.
- Para el grupo de discusión, las enfermeras tendrán más de dos años de experiencia como enfermeras de anestesia, concluyendo que ya poseen los conocimientos teóricos y técnicos adecuados para la colaboración en la inducción y mantenimiento anestésica y tratamiento en la recuperación inmediata y el dolor.
- También, para la discusión grupal, se seleccionaron enfermeras a conveniencia con relación de familiaridad y de confianza entre ellas para aportar naturalidad y “mordacidad” al debate.
- Con el fin de que el grupo de enfermeras de anestesia para la discusión sea lo más heterogéneo posible y así fomentar un debate más profundo se incluyeron las siguientes características:
    - Dos enfermeras con más de diez años de experiencia en el bloque quirúrgico.
    - Dos enfermeras con más de diez años de experiencia en otros servicios de alta densidad tecnológica o hegemonía biomédica (como una unidad de cuidados críticos o urgencias).
    - Dos enfermeras con más de cinco años de experiencia en atención primaria o servicios de hospitalización donde la atención humanizada juega un papel fundamental.
    - Dos enfermeras noveles con menos de cinco años de experiencia laboral.

Los criterios de exclusión serán:

- Manifestaciones, situaciones y declaraciones que no respeten la privacidad y el anonimato de pacientes o profesionales, faltas de respeto o salidas de tono.
- Aquello que no guarde relación con el cuidado humanizado, las enfermeras de anestesia o la cultura de un bloque quirúrgico.

6.2.5. Instrumentos de recogida de información

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Permitirá el contacto estrecho y natural con los cuidados humanizados de las enfermeras de anestesia en su atención habitual mediante conversaciones y observaciones. El objetivo del investigador es obtener una perspectiva interna de los cuidados humanizados en un bloque quirúrgico (57, 63).

La observación participante se realizará a lo largo de seis meses durante dos a tres horas al día, cinco días a la semana aproximadamente. Las horas en las que se observará variará con el fin de observar diferentes situaciones como la acogida del paciente al bloque quirúrgico, la inducción anestesia, el mantenimiento de una anestesia general o la recuperación inmediata. Las anotaciones se realizarán en un cuaderno de campo mediante expresiones, situaciones, descripciones y conversaciones combinados con pensamiento, interpretaciones y sentimientos del observador. Estas anotaciones se realizarán lo más “in situ” posible, para superar errores, artificialidad y olvidos. La transcripción posterior que captará los aspectos verbales, no verbales y contextuales seguirán el glosario propuesto por Drew, 1995 (anexo 3) (57).

¿Cómo se accederá al campo de estudio?

En primer lugar, para la realización de la observación participantes, a pesar de que se perturbará la actividad cotidiana del ambiente quirúrgico de forma mínima y lo menos invasiva posible, se pedirán permisos a dos niveles: primero, a la institución mediante un comité de ética, dirección de enfermería y la supervisión de enfermería de anestesia del bloque quirúrgico y, segundo, a los profesionales a los que se les realizará la observación, a las enfermeras de anestesia,

mediante un consentimiento informado que se proporcionara a las 68 enfermeras que formar el servicio (anexo 4). En este permiso, quedará reflejado el fin del estudio con una breve explicación, así como, el investigador remarcará explícitamente que se comprometerá a mantener en todo momento el anonimato y la privacidad de los participantes asegurando que no se revelará información comprometida o aquella que el participante exprese que no quiere que quede reflejada en el trabajo. En segundo lugar, el acceso del investigador en el campo de estudio será sencillo debido a la familiaridad con el campo, al ser enfermera de anestesia en el bloque de estudio desde hace más de dos años (57).

El rol del investigador

Seguirá los postulados de la Escuela de Chicago, de forma que se interacciona de forma abierta y dirigida hacia los miembros del campo, mientras se observa y se participa con ellos. El grado de implicación seleccionado para esta observación es una inmersión total en la que el investigador es un miembro más, una enfermera de anestesia más dentro de un bloque quirúrgico será “alguien de dentro”, se convertirá en nativo. Sin embargo, debido a la familiaridad con el ambiente, adoptará una postura de reflexión constante con el fin de obtener conocimiento adicional y mantener una perspectiva de extrañeza frente a actividades rutinarias que le permitan reflexionar y alcanzar nuevas áreas de estudio de mayor abstracción. Por otro lado, al ser un miembro habitual gozará con una serie de ventajas que podrían permanecer ocultas ante un investigador con un rol de “extraño”, le permitirá centrarse en aspecto más profundo y reducirá la duración del estudio al estar aumentada la accesibilidad al campo y la transparencia (57).

Fases de la observación (57):

- Selección del entorno, donde y cuando, según los criterios mencionados previamente. Al ser imposible una observación durante todo el turno, ya que produciría una sobresaturación de información, se seleccionarán diferentes momentos, personas y situaciones claves a observar sin abandonar una visión abierta.
- Observación descriptiva: presentación general e inicial del bloque quirúrgico respecto a los cuidados humanizados y la enfermería de

anestesia de forma que genere preguntas y líneas de investigación concretas: definición de la dinámica cotidiana del bloque quirúrgico, descripción superficial de la cultura tecnológica y biomédica, así como, presencia de la atención humanizada, explicaciones prácticas humanizadas concretas de las enfermeras de anestesia y su actitud ante las mismas. Se seguirán las nueve dimensiones de observación de Spradley, 1980 (anexo 5).

- Observación focalizada: centrarse en aspectos que se hayan detectado como más relevantes y de mayor abstracción como influencia de la cultura quirúrgica, repercusión de las normativas de la institución, repercusión de los valores sociales como barreras en los cuidados humanizados, repercusión en la vulnerabilidad y afrontamiento del paciente o cómo la transforma la identidad enfermera.
- Cuando se alcance una saturación teórica durante una observación, es decir, que no proporcione conocimiento adicional, se dará por concluida en ese momento.

DISCUSIÓN GRUPAL

El grupo de discusión de enfocará exclusivamente en los significados y símbolos que las enfermeras de anestesia otorgan a los cuidados humanizados. Permitirá tratar temas tabús, percibidos en la observación o en la búsqueda de documentación bibliográfica, de forma natural a los que mediante la observación participante o mediante una entrevista individual son más difíciles de abordar, ya que la interacción entre diferentes miembros, la familiaridad y el ambiente más calmado invita a una mayor reflexión y debate que en la vida cotidiana no se consideran. Por ejemplo, cómo consideran que el cuidado humanizado afecta a su identidad enfermera, si les afecta negativamente o las transforma. El objetivo de la utilización de esta técnica es la negociación de significados sobre el cuidado humanizado y la identidad enfermera dentro de un bloque quirúrgico y la producción de ideas: sentimientos o pensamiento que les generan la humanización o deshumanización en el quirófano, la importancia que les dan respecto a la vulnerabilidad del paciente o las complicaciones que genera o como creen que pueden repercutir en su identidad, etcétera (57).

El grupo de discusión permitirá esclarecer y explicar si lo observado acerca de los cuidados humanizados en un bloque quirúrgico corresponde realmente a lo percibido por las enfermeras de anestesia (64).

Disposición de la escena

Se reservará una sala de reuniones que se caracterizará por ser una atmósfera relajada, acogedora, tranquila, sin ruidos ni interrupciones y que permita el respeto a la privacidad y la confidencialidad. Estará dotada de seis sillas, una mesa central donde se colocará la grabadora, otra mesa con refrigerios y un tentempié, así como, grandes ventanas que proporcionaran abundante luminosidad a la sala y sistema de ventilación que proporcione una temperatura que se adecue a las preferencias de los entrevistados. Los participantes se colocarán en circulo junto al moderador que tomará notas en un diario de campo donde se reflejarán las declaraciones, el tono, expresiones faciales, gestos, comunicación no verbal, así como impresiones y sentimientos personales del moderador.

El moderador estará acompañado de un miembro ajeno al sistema de salud. La función de este segundo moderador será realizar preguntas que pueden estar sobreentendidas por el investigador principal y proporcionar una visión diferente al no estar familiarizado con la temática de estudio otorgando profundidad al debate. Este moderador contara con un diario de campo propio donde, como el investigador principal, reflejara declaraciones, tonos, expresiones faciales o comunicación no verbal de los entrevistados junto a sus propias impresiones, pensamientos y sentimientos.

Fases en la discusión grupal (57, 64):

1. Presentación del investigador como enfermera de anestesia que está realizando un estudio sobre los cuidados humanizados en un bloque quirúrgico y su acción transformadora en la identidad enfermera. Se explicará que el investigador principal que va a moderar y fomentar la discusión grupal, junto la explicación del propósito del mismo de empoderar las funciones de la enfermería de la anestesia volviendo a los principios naturales e innatos de la enfermería: la relación interpersonal

con el paciente y el cuidado holístico. Se acordará el respeto y el turno de palabra entre los participantes.

2. Información introductoria. Se informará que la conversación está siendo grabada para su redacción y análisis posterior. También, se especificará que si en algún momento se sienten incomodos la grabación será interrumpida. De la misma forma, se les informará que una vez redactado el informe y tras la lectura de los miembros de este, si observan algún punto con el que estén en desacuerdo será modificado o eliminado.
3. Calentamiento y presentación de los participantes. El objetivo es la presentación básica de los participantes: el nombre de cada uno, tiempo trabajado como enfermeras, experiencia previa en otros servicios, experiencia como enfermera de anestesia, enumeraciones de las que consideran sus funciones más importantes como enfermeras de anestesia y satisfacción actual como enfermera de anestesia.
4. Explicación de conceptos claves del estudio sobre los que se busca debatir y compartir experiencias: los cuidados humanizados en un ambiente de alta densidad tecnológica, hegemonía biomédica, factores de riesgo para el agotamiento o distrés moral enfermero, la repercusión de un ámbito deshumanizado en la identidad enfermera y cómo se podrían aplicar prácticas básicas de cuidado humanizado centrado en la persona siguiendo el marco teórico elaborado en base a la filosofía de Benner y Wrubel.
5. Debate y preguntas. Se realizará una entrevista semiestructurada con siete preguntas sobre la temática de estudio que estimulen el debate y la reflexión. Primero se harán preguntas más abiertas e “inofensivas” para que los participantes se familiaricen con el ambiente y la técnica para posteriormente pasar a preguntas más comprometidas y abstractas (anexo 6). Siendo las principales:
    - ¿En qué cree que consiste el trabajo de enfermería de anestesia?
    - ¿Cómo ve la posición de la enfermera de anestesia dentro de un bloque quirúrgico?
    - ¿Cómo definiría los cuidados humanizados?

- ¿Considera que el modelo biomédico es una barrera para su aplicación? ¿Y la alta densidad tecnológica?
- ¿Ha presenciado alguna situación deshumanizada dentro de quirófano que le ha generado malestar o frustración?
- ¿Cuál cree que es papel de enfermería sobre los cuidados humanizados en el quirófano?
- ¿Ha sentido malestar, angustia, tensión o frustración, es decir, distrés moral con frecuencia debido a la cultura particular del quirófano? ¿Cree que este hecho ha modificado su significado de enfermería o su identidad enfermera?

6. Agradecimiento, información de cómo y cuándo el investigador se pondrá en contacto con ellas para proporcionar la transcripción de la discusión y despedida.

6.2.6. Análisis de datos

Para el análisis se seguirá el método comparativo constante propuesto por Strauss y Corbin (2002). Este método de análisis utilizado en la Teoría Fundamentada consiste en la codificación y análisis constante y simultáneo de los datos recogidos durante la observación participante y la discusión grupal. Tras la transcripción de los datos obtenidos se pasará al análisis de estos siguiendo las siguientes fases (57, 61):

Fase de descubrimiento o inmersión. Lectura detenida de los datos transcritos con el fin de obtener conocimiento más aproximados, junto a la anotación de reflexiones, ideas o intuiciones personales.

Fase de análisis. Comparación constante de datos y formulación de preguntas. Ante el gran contenido a analizar primero se realizará una codificación temática en unidades mínimas analizables mediante la segmentación del texto por párrafos, frases, líneas o palabras según el marco teórico y objetivos del estudio. Estos códigos irán acompañados de una pequeña definición y, posteriormente, se validarán comparándolos, eliminando repetidos o irrelevantes y aglutinando similares. Para facilitar el proceso se seguirá el siguiente esquema de codificación abierta, según el cual se expresarán datos y fenómenos tal y como

los dicen las enfermeras de anestesia y se dividirán en: construidos o culturales (conceptos conocidos en estudios previos y presentados en la revisión bibliográfica) o códigos autóctonos o “in vivo” desconocidos al ser propios del campo de este estudio. Como guía se seguirá las preguntas básicas elaboradas por Böhm para la codificación abierta (anexo 7).

Posteriormente se categorizarán los conceptos superiores. Se agruparán los códigos obtenidos y se les otorgara un enunciado de mayor nivel de abstracción a lo que denominara subcategorías. Luego, se realizará una última reagrupación en mayores niveles de abstracción denominándolos temas centrales de estudio. Para este proceso se realizará lo denominado como codificación axial, es decir, se seleccionan los códigos más prometedores y se establecerán relaciones entre fenómenos, causas y consecuencias según el modelo que proponen Straus y Corbin, 1990 (anexo 8).

Fase de verificación/interpretación. Se contrastarán estos temas centrales hallados con los objetivos de estudio y el marco teórico. Siguiendo para ello la codificación selectiva se elaborarán la categoría y fenómenos centrales que permitan decir al investigador: “en estas condiciones (categoría central), esto sucede (fenómenos centrales)”. Por último, se elaborará la teoría final detalladamente.

6.3. METODOLOGÍA CUANTITATIVA

Buscará proporcionar datos estadísticos de una muestra de población como son las enfermeras de anestesia y su relación con el cuidado humanizado dentro un bloque quirúrgico para conocer cómo les genera angustia o distrés moral y afectación de su identidad enfermera. El método cuantitativo buscará restar estigmatización a la temática subjetiva de estudio al proporcionar datos estadísticos irrefutables.

6.3.1. Población de estudio/ accesible

Para los cuestionarios y el ensayo clínico se contarán con las enfermeras que conforman actualmente el servicio de anestesia, formado por 68 enfermeras. Dentro de este número y con el objetivo de aumentar la fiabilidad del estudio, se decidió incrementar el número de la muestra de estudio localizando enfermeras

instrumentistas y circulantes, que ocasionalmente ejercen como enfermeras de anestesia por necesidades del servicio.

6.3.2. Diseño del muestreo

Para el cuestionario se realizará un muestreo de tipo no probabilístico consecutivo, ya que se seleccionarán a todas las enfermeras de anestesia que forman en la actualidad el servicio de anestesia. Mientras para el ensayo clínico se realizará un muestreo aleatorio simple (65).

La distribución al azar de la intervención utilizada para el ensayo clínico es la herramienta metodológica más equilibrada, lo que proporcionará datos estadísticos irrefutables a la temática abstracta del estudio. A pesar de la pequeña muestra en la que se va a realizar el estudio, pero gracias a la gran homogenización que permiten los criterios de inclusión y exclusión, se utilizará la aleatorización simple. Este proceso consiste en el empleo del programa informático Research Randomizer®, un recurso gratuito que permitirá la asignación aleatoria, rápida y sencilla de números identificativos a las enfermeras de anestesia según el orden en el que están registradas (66).

6.3.3. Tamaño muestral

Los cuestionarios se distribuirán a todas las enfermeras de anestesia que forman parte en la actualidad del servicio del Hospital Clínico Lozano Blesa siguiendo el orden establecido en el registro que nos proporcione desde la supervisión de enfermería. En la actualidad está formado por 68 enfermeras, posteriormente utilizando la fórmula habitual se conocerá que el tamaño muestral necesario para nuestro estudio será de 58 enfermeras de anestesia en las que se aplicará la aleatorización simple. Estas enfermeras si deciden abandonar el estudio, no serán sustituidas por otras y se considerara en la discusión final de los resultados.

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Intervalo de confianza: Z=95%->1.96

Proporción verdadera: p= 0.5 (al no conocerse se asume que es el 50%)

Error de muestreo aceptable: e=0.05

Tamaño población: N= 68

6.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para la metodología cuantitativa serán:

- Enfermeras de anestesia que están trabajando en la actualidad en el servicio de estudio.
- Enfermeras que están trabajando actualmente en el servicio quirúrgico de estudio como enfermeras instrumentistas o circulantes, pero que frecuentemente ejercen como enfermeras de anestesia.

Respecto a los criterios de exclusión serán:

- Enfermeras que expresaron que no quieran participar.
- Enfermeras con contratos inferiores a tres meses en el servicio.
- Respecto al ensayo clínico, se descartará su aplicación es situaciones de urgencia vital.

6.3.5. Variables del estudio

Las variables que se utilizaran para la metodología cuantitativa del estudio quedan recogidas en la siguiente tabla:

Variables independientes
• **Edad en años.** Variable cuantitativa discreta. • **Sexo.** Variable cualitativa dicotómica. • **Estado civil.** Variable cualitativa nominal. • **Situación ocupacional.** Variable cualitativa nominal. • **Tipo de contrato.** Variable cualitativa nominal. • **Tipo de jornada**. Variable cualitativa nominal. • **Horario laboral.** Variable cualitativa nominal. • **Años trabajados como enfermera.** Variable cuantitativa discreta. • **Años trabajados en un bloque quirúrgico o como enfermera de anestesia.** Variable cuantitativa discreta. • **Tipo de práctica enfermera predominante anterior.** Variable cualitativa nominal.

Variables dependientes
• **Satisfacción como enfermera de anestesia.** Variable cualitativa ordinal. • **Satisfacción con la atención humanizada proporcionada dentro de un bloque quirúrgico.** Variable cualitativa ordinal. • **Agotamiento moral.** Variable cualitativa ordinal.

Tabla 1. Variables del estudio

6.3.6. Instrumentos de recogida de información

MORAL DISTRESS RISK SCALE (MDRS)

El cuestionario que permitirá relacionar el cuidado humanizado proporcionado por enfermeras de anestesia dentro de un bloque quirúrgico con el riesgo de agotamiento moral y afectación de identidad enfermera será el *Moral Distress Risk Scale* (MDRS) y se pasará antes de la aplicación de la intervención y después de la misma, con una separación de cuatro meses. La primera ocasión en la que se distribuirá será en septiembre de 2021 y la segunda será en febrero de 2022, en ambas ocasiones se dará un mes para su cumplimentación con un recordatorio en forma de mensaje electrónico cuando quede una semana para la finalización del plazo. Se proporcionarán dos cuestionarios a las 68 enfermeras que se enviarán a través de correo electrónico mediante el siguiente enlace: https://forms.office.com/r/QZpq3ku6jr

El primero será un cuestionario sociodemográfico y clínico para obtener características básicas de los participantes (anexo 9): edad, sexo, estado civil, situación ocupacional, tipo de contrato, tipo de jornada, horario laboral, años trabajados como enfermera, años trabajados en un bloque quirúrgico o como enfermera de anestesia, tipo de práctica enfermera predominante anterior (atención primaria, planta de hospitalización, unidad de cuidados intensivos, servicio de urgencias, servicio quirúrgico u otros), satisfacción como enfermera de anestesia y satisfacción con atención humanizada dentro de un bloque quirúrgico. El segundo cuestionario será el *Moral Distress Risk Scale (MDRS)* que evalúa el sufrimiento de las enfermeras cuando experimentan situaciones y actúan de forma que consideran incompatibles con sus valores morales y éticos como enfermeras (67). Se decidió la elección de este cuestionario debido a que

sus siete ítems coinciden con factores característicos de la cultura de un bloque quirúrgico y que son de gran determinación al poner en peligro la atención humanizada según la búsqueda bibliográfica (anexo 10). La angustia o distrés moral propuesta por esta escala se basa en el término definido por Jameton (1984), del Departamento de Promoción de la Salud Social y del Comportamiento de la Universidad de Nebraska, Estados Unidos, quien afirmó que "surge cuando uno sabe lo que es correcto hacer, pero las limitaciones institucionales hacen que sea casi imposible seguir el curso de acción correcto" (68). Esto los lleva a un "sufrimiento psicológico-emocional-fisiológico que las enfermeras experimentan cuando, limitadas por las circunstancias, participan en una infracción percibida por acción u omisión". La cultura propia de un bloque quirúrgico pone a las enfermeras de anestesia constantemente en dilemas morales al anteponer beneficios individuales a los del propio paciente. Esto genera insatisfacción laboral, impotencia y frustración al invisibilizar los fundamentos innatos de la profesión para, finalmente, si se perpetua en el tiempo, una transformación de la identidad enfermera (67).

La MDRS se construyó en base a los factores de riesgo más relevantes para la angustia o distrés moral que afectan a las enfermeras que trabajan en diferentes servicios de salud. Consta de 7 factores que influyen en el distrés moral y 30 ítems que se adaptarían perfectamente a un bloque quirúrgico. Se trata de una escala tipo Likert con frecuencia de 1 (nunca) a 10 (siempre) y considerando los resultados entre 1 a 3 como menor riesgo de angustia moral, de 4 a 7 como riesgo moderado y de 8 a 10 como mayor riesgo. El objetivo de su aplicabilidad en el presente estudio es estudiar cuál de estos factores es el que mayor repercusión tiene en las enfermeras de anestesia, así como, conocer el riesgo moral en las enfermeras de anestesia al ser su cuidado humanizado centrado en la persona invisibilizado y estigmatizado por el ambiente de alta densidad tecnológica y hegemonía biomédica como es característico en un bloque quirúrgico. Su realización es rápida abarcando entre 10-15 minutos.

ENSAYO CLÍNICO

El presente ensayo clínico aleatorio y no enmascarado será un proceso prospectivo en el que se comparará el efecto de una intervención, en este caso la aplicación de un “checklist” o lista de verificación de prácticas humanizadas básicas que las enfermeras de anestesia incorporaran a su cuidado cotidiano (anexo 11). De esta forma se comparan dos grupos, uno control de enfermeras de anestesia que realizarán su cuidado con normalidad y un grupo de intervención cuyos miembros serán seleccionados de forma aleatoria (69).

El “checklist” irá acompañado de un consentimiento informado en el que se asegure la privacidad y la voluntariedad de las enfermeras, así como, una breve explicación de la finalidad del ensayo clínico (anexo 4).

El objetivo de esta intervención en forma de “checklist” es darle un espacio e importancia real a gestos humanizados que pueden ser determinantes dentro de un bloque quirúrgico equiparándolo de forma equitativa al checklist quirúrgico tradicional centrado en la asepsia y seguridad del paciente. Además, podría suponer el reconocimiento, reforzamiento y garantía de actividades invisibles humanizadas que las enfermeras de anestesia realizan de forma cotidiana, mostrando sus beneficios y las complicaciones de su ausencia. Estos gestos mínimos humanizados no se tratan de una obligación, sino una guía de esfuerzos individuales, como una representación que es posible un cuidado quirúrgico humanizado, integral y centrado en la persona como primer paso para alcanzar el ideal de un esfuerzo colectivo y un cambio cultural hacia su reconocimiento.

Duración y ámbito de estudio

La intervención se podrá aplicar por las enfermeras de anestesia durante cuatro meses, iniciándose en octubre del 2021 y finalizándose en enero del 2022 (apartado 10). Las enfermeras podrán aplicar el “checklist” tantas veces como consideren oportuno durante su actividad cotidiana durante este periodo de tiempo y registraran cuales de estas prácticas han podido ser realizadas marcando la casilla correspondiendo o si no ha sido posible dejándola en blanco y anotando en el apartado “observaciones” cualquier motivo para ello o datos significativos del paciente fomentado la atención continuada. Lo podrán aplicar en tres ámbitos distinto: en la acogida, dentro de quirófano y en la URPA o REA.

A lo largo de enero del 2022, los “checklist” serán recogidos por el investigador principal con la finalidad de salvaguardar el anonimato de los pacientes, aunque no contengan ninguna información que releve la identidad de los mismo, sino con la finalidad de conocer que han sido realizados.

Descripción de pérdidas y abandonos

Se recogerán el número de enfermeras que decidan no realizar o abandonar el estudio y, si es posible, la causa de su pérdida, lo cual se valorara en la discusión del estudio para considerar el sesgo de seguimiento. Las enfermeras que abandonen el estudio durante su proceso no serán sustituidas por otras.

Fases del ensayo clínico

Fase 1. Primera distribución del *Moral Distress Risk Scale (MDRS)* a las 68 enfermeras de anestesia del servicio.

Fase 2. Información a las enfermeras de anestesia seleccionadas aleatoriamente mediante documentación escrita distribuida mediante correo electrónico con la explicación de conceptos básicos y de la intervención:

- Definición e historia del cuidado humanizado.
- Cultura de quirófano y de la anestesia: repercusión en el cuidado humanizados y en la identidad enfermera
- Ansiedad preoperatoria y otras consecuencias del aumento de la vulnerabilidad de los pacientes ante una atención biomédica, paternalista y reduccionista como la de quirófano
- Cuidado centrado en la persona y prácticas básicas humanizadas
- Ejemplos de experiencia, estudios y formas de aplicar cuidado humanizado dentro de un bloque quirúrgico
- Explicación de la intervención

Fase 3. Distribución del “checklist” o lista de verificación quirúrgica para el cuidado humanizado centrado en la persona. Las fotocopias con el “checklist” estarán dispuestas junto al resto de documentación del quirófano en la acogida, quirófano y URPA/REA. Las enfermeras de anestesia seleccionadas tendrán que invertir mínimo 10 minutos en su realización en cada uno de los ámbitos de aplicación y tras el alta del paciente del bloque quirúrgico los depositarán en un

buzón en la URPA/REA con la fecha de su aplicación (sin nombre del paciente ni de la enfermera).

Fase 4. Agradecimiento y comunicación de la finalización de la intervención.

Fase 5. Segunda distribución del *Moral Distress Risk Scale (MDRS)* a las 68 enfermeras de anestesia del servicio.

Figura 2. Metodología del ensayo clínico

6.3.7. Análisis de datos

Los datos cuantitativos obtenidos de las dos distribuciones del cuestionario MDRS se introducirán en la base de datos Excel para posteriormente exportarse al programa estadístico informático SPSS.

Primero se realizará un análisis descriptivo de todas las variables sociodemográficas y las incluidas en el MDRS mediante estadística descriptiva expresando los resultados de las variables cualitativas en porcentajes y frecuencias y la media y desviación típica para las variables cuantitativas.

El cuestionario MDRS está formado por variables cualitativas que siguen una distribución multinomial por lo que se utilizará la prueba de chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95% para analizar los resultado pre y post-intervención.

7. ASPECTOS ÉTICOS

7.1. Consideraciones éticas

Debido a que el proyecto de investigación trata con personas y datos personales en una institución sanitaria pública tendrá que pasar el Comité de Ética de Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) en el Sistema Sanitario Público Aragonés y situado en la Universidad de Zaragoza, Aragón.

Durante la observación participante se informará de la labor investigativa del investigador y como se podría usar lo que se observará y las conversaciones escuchadas, siendo los participantes conscientes de que se estará realizando un estudio. En la discusión grupal, debido a que se grabó las conversaciones, se les proporcionará a los participantes un consentimiento escrito y se les hará una charla introductoria de cómo se utilizará sus palabras en la investigación.

Por último, en los cuestionarios y en el “checklist” del ensayo clínico se reflejará una breve introducción con el propósito del estudio. A pesar de ser anónimo, los profesionales darán su consentimiento por escrito y se les dejara claro su libertad individual de rellenar el cuestionario y su capacidad de negarse sin ser insistentes e incomodados.

7.2. Limitaciones del estudio

La principal y de gran determinación limitación que encontrará el estudio será las consecuencias y situación particulares que ha provocada la pandemia mundial por el virus SARS-CoV-2. Dicha situación excepcional ha provocado modificaciones continuas desde su llegada al servicio de salud de estudio en marzo del 2020, como la instauración de una unidad de reanimación que se instala de forma intermitente según la incidencia de los casos por Covid 19 y el colapso de la Unidad de Cuidados Intensivos. También ha supuesto cambios a nivel individual en el servicio de estudio, no solo por la mayor carga de trabajo asumida, condiciones de trabajo de mayor complejidad, rotación y horas de trabajo. Todo ello, ha supuesto un cambio a nivel personal y emocional en muchos compañeros, exacerbando sentimientos de agotamiento, fatiga y ansiedad, lo cual ha afectado a su forma de trabajar disminuyendo la implicación

como una forma de ahorrar esfuerzos. Aunque este aspecto no se estudiará en el presente estudio, podría influir gravemente en los resultados del estudio al justificar algunas actitudes o condiciones deshumanizadas.

Otra limitación que encontramos en el estudio es la representación de la enfermera de anestesia en el ámbito de estudio seleccionado. Dicha figura de enfermera de anestesia no existe en todos los hospitales nacionales, por lo que los resultados obtenidos pueden no ser representativos de la posición de la enfermería de anestesia en otros bloques quirúrgicos.

Respecto a las técnicas utilizadas, la observación participante realizada supone un grado de implicación total. Este hecho, según Adler y Adler, puede hacer que el investigador este demasiado comprometido con el "objeto" de estudio generando prejuicios y omitiendo áreas de conocimiento emergentes. En cuanto al grupo de discusión, al tratarse de un grupo de enfermeras entre las que existe una relación de familiaridad se pueden dar supuestos implícitos (57).

8. APLICABILIDAD

El bloque quirúrgico es el servicio donde se alcanza diariamente extraordinarios logros biomédicos acompañados de una avanza tecnología y de una alta complejidad. Para ello se han adoptado rutinas sociales y culturales entorno a intervenciones quirúrgicas cuyo fin es conseguirlas de la forma más rápida posible, pero sin error. Este pensamiento único está anclado en el colectivo quirúrgico relegando aspectos básicos como la humanidad de los pacientes que no solo conlleva consecuencias negativas en ellos, sino que está transformando la imagen histórica de las enfermeras. Mientras a nivel mundial se fortalecen y fomentan los fundamentos de la enfermería moderna basados en la relación interpersonal con el paciente y el cuidado holístico, el quirófano mantiene su propia dinámica en la que cada vez se reduce más la cercanía con el paciente, dotando al cuidado humanizado etiquetas de idealismos, poco cualificado o secundario al no reportar un beneficio directo, al no estar reconocido y al ser invisible. Esto lleva a que las enfermeras asuman funciones que no se les son propias, viendo esta dimensión como secundaria e insuficiente.

Los resultados de este estudio pretenden otorgar datos explícitos e irrefutables, para lo que utiliza un método mixto, de las naturalezas de esta problemática y de sus consecuencias directas en la afectación o transformación de la identidad enfermera que conlleva el distrés moral, la insatisfacción laboral o la frustración. Propone un camino cuyo eje son prácticas humanizadas básicas que se pueden adoptar fácilmente en la actividad quirúrgica y que no solo buscan centrar la atención en el paciente, sino empoderar la figura de la enfermera de anestesia al remarcar el importante papel que juega dentro de quirófano.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Melchior LMR, Barreto RA dos SS, Prado MA, Caetano KAA, Becerra ALQ, Sousa TV de. Preditores para ansiedade pré-operatória moderada e grave em pacientes cirúrgicos hospitalizados. Enfermería Glob. 2018; 17 (4): 64–96. Available from: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.17.4.309091
2. Crenças AE, Torno EM, Prática ASUA, Cartagena EM, Del M, Rubio T, et al. Social representations of professional nurse autonomy in the operating rooms. Rev Cuid. 2017; 8 (1): 1509–18. Disponible en: https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/849/1442
3. Ralph AN, Norris P. Current opinion about surgery-related fear and anxiety. J Perioper Nurs. 2018; 31 (4).
4. Moreno-Fernández MT. Influencia de la visita prequirúrgica de enfermería en la ansiedad del paciente. Revisión bibliográfica. Nuberos Científica. 2018; (1): 34–8. Available from: http://www.index-f.com/nuberos/2017pdf/2333.pdf7
5. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: What can we do to change our history. Vol. 84, Minerva Anestesiologica. 2018. p. 1307–1317.
6. Sampaio CEP, Costa TMN, de Araújo D, Santoro DC. Mecanismos de enfrentamento desencadeados por pacientes em situações estressoras: Cirurgia ambulatorial. Rev Enferm. 2013; 21 (4): 515–20.

7. Escobar-Castellanos B, Cid-Henriquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Acta Bioeth. 2018; 24 (1): 39–46.

8. Sato M, Ayres JR de CM. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. Interface Commun Heal Educ. 2015; 19 (55): 1027–38.

9. Hoeper K, Kriependorf M, Felix C, Nyhuis P, Tecklenburg A. Role-specific targets and teamwork in the operating room. Anaesthesist. 2017; 66 (12): 953–60.

10. Trajano M de FC, Gontijo DT, da Silva MW, De Aquino JM, Monteiro EMLM. Interpersonal relationships in the surgical unit from the perspective of nursing workers: An exploratory study. Online Brazilian J Nurs. 2017; 16 (2): 159–69.

11. Van Oostveen CJ, Vermeulen H, Van Dijkum EJMN, Gouma DJ, Ubbink DT. Factors determining the patients' care intensity for surgeons and surgical nurses: A conjoint analysis. BMC Health Serv Res. 2015; 15 (1): 1–8. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-1052-4

12. Jones LK, Jennings BM, Higgins MK, de Waal FBM. Observaciones etológicas del comportamiento social en el quirófano. Proc Natl Acad Sci USA. 2018; 115: 7575–7580.

13. Keller S, Tschan F, Semmer NK, Timm-Holzer E, Zimmermann J, Candinas D, et al. "Disruptive behavior" in the operating room: A prospective observational study of triggers and effects of tense communication episodes in surgical teams. Vol. 14, PLoS ONE. 2019.

14. Tørring B, Gittell JH, Laursen M, Rasmussen BS, Sørensen EE. Dinámica de comunicación y relación en equipos quirúrgicos en el quirófano: un estudio etnográfico. BMC Health Serv Res. 2019; 19: 528.

15. Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. J Adv Nurs. 2002; 39 (4): 316–324.

16. Dawes B. Perspectives on priorities, time management, and patient care. AORN Journal. 1999; 70: 374.

17. Schlich T. The history of anaesthesia and the patient-reduced to a body? Lancet. 2017; 390 (10099): 1020–1021. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32362-0

18. Sanclemente M, Gómez R, Rubinat E, Galbany P. Enfermeras de anestesia en españa : ¿pueden considerarse de práctica avanzada? Enferm anestesia, Reanim y Ter del dolor. 2018; 3 (2): 2529–9670.

19. Lemos C, Poveda V, Peniche A. Construction and validation of a nursing care protocol in anesthesia. Rev Lat Am Enfermagem. 2017; 25: 2952.

20. Beecher HK. Anxiety and pain. JAMA. 1969; 209: 1080

21. Íhsan Uysal A, Altıparmak B, Korkmaz Toker M, Dede G, Sezgin Ç, Demirbilek SG. The effect of preoperative anxiety level on mean platelet volume and propofol consumption. BMC Anesthesiol. 2020; 20 (34): 2–6. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12871-020-0955-8

22. Carroll JK, Cullinan E, Clarke L, Davis NF. The role of anxiolytic premedication in Reducing Preoperative Anxiety. Br J Nurs. 2012; 21 (8): 479–83.

23. Renouf T, Leary A, Wiseman T. Do psychological interventions reduce preoperative anxiety? Br J Nurs. 2014; 23 (22): 1208–12.

24. Cláudia A, Garcia M, Peters M, Pereira MG. Translation, Cultural Adaptation, and Psychometric Properties of the Surgical Fear Questionnaire in Brazilian Surgery Patients. MEDSURG Nurs. 2019; 28 (5): 471636.

25. Manou-Stathopoulou V, Korbonits M, Ackland GL. Redefining the perioperative stress response: a narrative review. Br J Anaesth. 2019; 123 (5): 570–83.

26. Kil HK, Kim WO, Chung WY, Kim GH, Seo H, Hong JY. La ansiedad preoperatoria y la sensibilidad al dolor son predictores independientes de los requerimientos de propofol y sevoflurano en anestesia general. Hno. J Anaesth. 2012; 108 (1): 119–25

27. Akkamahadevi P, Subramanian V. La eficacia de diferentes métodos de asesoramiento preoperatorio sobre la ansiedad perioperatoria en pacientes sometidos a anestesia regional. Indian J Anaesth. 2016; 60 (1): 58–60.

28. Boselli E, Demaille N, Fuchs G. Assessment of the therapeutic communication in order to improve the welcoming of patients in the operating room: impact study. Can J Anaesth. 2018; 65: 1158–1146.

29. Cuadros R. Perspectiva sobre el humanismo. Ibagué: Universidad de Ibagué, 2012. Disponible en: https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/70131?page=14

30. Colegio24hs. El humanismo. S.l: Colegio24hs, 2004. Disponible en: https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/33388

31. Amigo ML. Humanismo para el siglo XXI: propuesta para el Congreso Internacional "Humanismo para el siglo XXI". Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto, 2003. Disponible en: https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereAmiader/urv/34072

32. Lara D. La melancolía en tiempos de la modernidad. México D.F: Plaza y Valdés, S.A. de C.V. 2001. Disponible en: https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/73344

33. Pérez-Fuentes MD, Herera-Peco I, Molero-Jurado MD, Oropesa-Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Linares JJ. The development and validation of the healthcare professional humanization scale (HUMAS) for nursing. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16 (20): 10–2.

34. Rubio-González B, Gálvez-Puerma LC, Ramírez-González ÁS, Amezcua M. 12 Gestos Para Un Cuidado Humanizado En El Entorno Hospitalario. Ética los Cuid. 2018; 11: 12066. Disponible en: http://ciberindex.com/p/et/e12066

35. Galvin KT, Pound C, Cowdell F, Ellis-Hill C, Sloan C, Brooks S, et al. A lifeworld theory-led action research process for humanizing services: improving "what matters" to older people to enhance humanly sensitive care. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020; 15 (1): 1–16. Disponible en: https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1817275

36. Todres L, Galvin KT, Holloway I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. Int J Qual Stud Health Well-being. 2009; 4 (2): 68–77.

37. Espinosa Á, Enríquez C, Leiva F, López M. Collective building of a concept in nursing humanized care. Cienc y Enferm. 2015; 21 (2): 39–49.

38. Yaquelin M, Concepción E, María M, Jiménez P, Bautista J, González B. Phenomenology as a Methods for Studying Humanized Care. Rev Cubana Enferm. 2019; 35 (1).

39. Salazar OAB. Impersonal care or humanized care: A decision made by nurses? Hourglass model. Investig y Educ en Enferm. 2016; 34 (3): 444–455.

40. Suazo I, Pérez-Fuentes MC, Jurado MD, Martínez ÁM, Márquez MS, Martín ABB, et al. Moral sensitivity, empathy and prosocial behavior: Implications for humanization of nursing care. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17 (23): 1–14.

41. Leininger M, McFarland M. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3rd ed. New York: McGraw Hill; 2002. P. 72

42. De Souza M. Cuidado humanizado: Possibilidades e desafios para a prática da enfermagen. Florianópolis: Ciudad futura; 2003. P.5-7.

43. Hakimi H, Joolaee S, Ashghali Farahani M, Rodney P, Ranjbar H. Moral neutralization: Nurses' evolution in unethical climate workplaces. BMC Med Ethics. . 2020; 21 (1): 1–10. Available from: https://doi.org/10.1186/s12910-020-00558-3

44. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. Heal Expect. 2018; 21 (2): 429–40.

45. Britten N, Moore L, Lydahl D, Naldemirci O, Elam M, Wolf A. Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. Heal Expect. 2017; 20 (3): 407–18.

46. Robaee N, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Baghestani A, Barkhordari-Sharifabad M. Perceived organizational support and moral distress among nurses. BMC Nurs. 2018; 17 (1): 1–7.

47. Nevin JA. Analizando la ley del efecto de Thorndike: la cuestión de los vínculos estímulo-respuesta. J Exp Anal Behav. 1999; 72 (3): 447–50.

48. Edgar D, Wilson V, Moroney T. Which is it, person-centred culture, practice or care? It matters. Int Pract Dev J. 2020; 10 (1): 1–17.

49. Rathert C, Williams ES, Mccaughey D, Ishqaidef G. Patient perceptions of patient-centred care: Empirical test of a theoretical model. Heal Expect. 2015; 18 (2):199–209.

50. Britten N, Moore L, Lydahl D, Naldemirci O, Elam M, Wolf A. Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. Heal Expect. 2017; 20 (3): 407–18.

51. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. J Adv Nurs. 2006; 56 (5): 472-479. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1365- 2648.2006.04042.x.

52. Roach S. Caring: The Human Mode of Being. Toronto: University of Toronto; 1984.

53. Acebedo MS. Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras "expertas" en UCI. Once relatos y veintitantas historias. Tesis Doctoral. Universitat Rovira i Virgili: Departament d´infermeria; 2012. Disponible en: https://www.tdx.cat/handle/10803/96268#page=1

54. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. P. 98-120.

55. Sundqvist A-S, Nilsson U, Holmefur M, Carlsson AA-. Promoting person-centred care in the perioperative setting through patient advocacy: An observational study. J Clin Nurs. 2017; (27): 2403–2415.

56. Hanson WE, Creswell JW, Plano VL, Petska KS, Creswell JD. Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology. Journal of Counseling Psychology. 2005; 52 (2): 224-235.

57. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 3ª ed. Madrid: Ediciones Morata, S.L; 2012. Disponible en: https://ebookcentral-proquest-com.sabidi.urv.cat/lib/urv/reader.action?docID=3217765

58. Hospital Universitario Lozano Blesa [Internet]. Zaragoza, Aragón. [Consultado 3 abril 2021]. Disponible en: https://anestesiahculb.wordpress.com/

59. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1992: 15-27.

60. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia; 2002. Disponible en: https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf

61. Giraldo M. Abordaje de la Investigación Cualitativa a través de la Teoría Fundamentada en los Datos. Ingeniería Industrial: Actualidad y Nuevas

Tendencias. 2011; 2 (6): 79-86. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2150/215021914006.pdf

62. Glesser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory estrategies for Qualitative Research. 17ed. New York: Aldine Publishing Company; 1969. Disponible en: file:///C:/Users/vanes/Downloads/Anexo%2017%20-%20Glasser%20-%20The%20discovery%20of%20.pdf

63. Angrosino M. Etnografía y observación participante en investigación cualitativa [En línea]. Madrid: Ediciones Morata; 2012. Disponible en: https://ebookcentral-proquest-com.sabidi.urv.cat/lib/urv/reader.action?docID=3218197

64. Barbour R. Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa [En línea]. Madrid: Ediciones Morata; 2013. Disponible en: http://search.ebscohost.com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=847243&site=ehost-live&scope=site

65. Seoane T, Martín JLR, Martín-Sánchez E, Lurueña-Segovia S, Alonso-Moreno FJ. Selección de la muestra: técnicas de muestreo y tamaño muestral. SEMERGEN. 2007; 33 (7): 356-361. Disponible en: https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3217058/mod_book/chapter/18637/tema8_capitulo5_selecci%C3%B3n%20de%20la%20muestra.pdf

66. Urbaniak GC, Plous S. Research Randomizer. Wesleyan University: Plous S; 2021. Disponible en: https://www.randomizer.org/

67. Schaefer R, Zoboli E, Vieira MM. Psychometric evaluation of the Motal Distress Risk Scale: A methodological study. Nursing Ethics. 2019; 26 (2): 434-442. Disponible en: https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/doi/pdf/10.1177/0969733017707347

68. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.

69. Martín-Sánchez E, Martín JLR, Seoane R, Lurueña-Segovia S, Alonso-Moreno FJ. El ensayo clínico. Metodología de calidad y bioética. SEMERGEN. 2007; 33 (6): 296-304. Disponible en: https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3217055/mod_book/chapter/18633/tema6_capitulo4_el%20ensayo%20clinico.pdf

10. CRONOGRAMA

		2020 - 2021										2021-2022									
		Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	Mar	Jun
	Pregunta de investigación 1ª búsqueda básica Elección tema																				
	Objetivo general Metodología prevista 2ª búsqueda																				
FASE CONCEPTUAL	*3ª búsqueda:* *Diagrama Primas* *Objetivos/ Hipótesis*																				
	Introducción Revisión bibliográfica Marco teórico																				
	Definición y diseño de la metodología																				
	Planificación de la fase metodológica y preparativos																				
	Artículo y presentación																				
	Obs. Participante																				
FASE METODOLÓGICA	*Discusión grupal*																				
	Cuestionarios Pre																				
	Ensayo clínico																				
	Cuestionarios Post																				
	Análisis/interpretación																				
	Resultado y discusión																				
	Conclusión																				

11. PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	MATERIAL	INVERSIÓN MONETARIA	INVERSIÓN TEMPORAL
Fase conceptual	Libros Ordenador portátil	200 euros 300 euros	2h/ día durante 10 meses* 500 horas
Observación participante	1 cuaderno 1 bolígrafo x consentimientos** impresos	4 euros 1 euros 2 euros	2h/ día durante 6 meses 300 horas
Discusión grupal	1 cuaderno 1 bolígrafo 1 grabadora 1 estancia 3h Refrescos y tentempié 8 folletos informativos 8 consentimientos impresos	4 euros 1 euros 17 euros 33 euros 20 euros 10 euros 1 euro	3h durante 2 días 6 horas
Elaboración y distribución de cuestionarios	App móvil	0 euros	5 horas
Ensayo clínico	X “Checklist” impresos** X folletos informativos** X consentimientos impresos**	5 euros 15 euros 5 euros	3h/día durante 4 meses 300 horas
Análisis cualitativo	Ordenador portátil	0 euros	2h/día durante 6 meses 300 horas
Análisis estadístico	SPSS Ordenador portátil*** Ayuda externa	0 euros 0 euros 100 euros	2h/día durante 2 meses 100 horas
Resultados/ discusión/Conclusión	Ordenador portátil	0 euros	2h/día durante 3 meses 150 horas
Traducción	Ayuda externa	500 euros	
Permiso de revista	Ordenador portátil	2.000 euros	
		3. 218 euros	**1.661 horas**

* Se considera que no todos los días del mes se realizara el estudio por imposibilidades laborales o descanso personal por eso se pone un número de 25 días al mes.

** Se representa con una “x” el número de consentimientos al no conocerse el número de enfermeras de anestesia que serán observadas o para el ensayo clínico

*** Se utilizará el mismo ordenador portátil para todo el estudio

Recursos electrónicos utilizados (Word, Mendeley o bases de datos), no quedan reflejados, su acceso será gratuito al contarse con permisos con la Universidad Rovira i Virgili.

12. ANEXOS

ANEXO 1. PALABRAS CLAVES

	Palabras claves	Sinónimos
Principales	Human care	Humanization, humanist
	Operating room	Operating theatre, surgical procedures, surgery
	Anesthesia nursing	Postanesthesia Nursing
	Moral distress	Identity
	Perioperative Nursing	Preoperative Care, Intraoperative Care, Perioperative care
	Patient-Centered Care	Comprehensive Health, care, holistic Nursging, holistic Health
	Anxiety preoperative	Anxiety perioperative, stress
Secundarias	Biomedical	Technology, technified, medical care
	Ethics	Morality, compassion, dignity, empathy, communication, coping, beliefs, wellnes
	Vulnerability	Fear, fragility
	Satisfaction	Autonomy, competence

ANEXO 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

PUBMED	CINAHL	SCOPUS	CUIDEN
***Nurse, nursing,* enfermera, enfermería / *Care, caring,* cuidado, cuidar / *Anaesthesia,* anestesia**			
Estrategia de búsqueda: *(nurse anesthesia[Title/Abstract]) OR (anaesthesia nursing[Title/Abstract])* **Resultados:** ○ Total: 37 ○ Por título: 9 ○ Por resumen: 7 ○ Por criterios: 3 **Limitadores**: 2010-2020, free full text, Journal article, English – Spanish	**Estrategia de búsqueda:** *anaesthesia nurse role* **Resultados:** ○ Total: 39 ○ Por título: 11 ○ Por resumen: 7 ○ Por criterios: 1 **Limitadores:** ○ Full text ○ 2015-2021 ○ Encuentra todos los términos de búsqueda	**Estrategia de búsqueda:** *"anaesthesia nurse"* **Resultados:** ○ Total: 12 ○ Por título:1 ○ Por resumen: 1 ○ Por criterios: 0 **Limitadores:** 2010-2021**,** todo acceso abierto. **Nota:** se amplió el periodo de año por escasos resultados	**Estrategia de búsqueda:** *(([tit=enfermería])AND ([tit=anestesia]))OR (([tit=cuidado])AND ([tit=anestesia]))* **Resultados:** Total: 23 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 5 ○ Por criterios: 2 **Limitadores:** 2015-2021**,** **t**exto completo**, a**rtículo de revista
***Care, caring,* cuidado / *Nurse, nursing,* enfermera, enfermería / *Humanized, humanist,* humanización, humanista**			
Estrategia de búsqueda: *((care[Title]) OR (nurs*[Title])) AND (humaniz*[Title])* **Resultado:** ○ Total: 47 ○ Por título: 26 ○ Por resumen: 9 ○ Por criterios:4 **Limitadores:** 2015-2021, free full text **Nota:** se descartan servicios específicos	-	**Estrategia de búsqueda:** *TÍTLE (humaniz* AND (care OR nurs*)* **Resultado:** ○ Total: 61 ○ Por título: 16 ○ Por resumen; 11 ○ Por criterios: 2 **Limitadores:** todo acceso abierto, 2015-2021	**Estrategia de búsqueda:** *([tit=humanizado])OR(([tit=humanista])AND(([tit=enfermería])OR([tit=cuidado])))* **Resultado:** Total: 56 ○ Por título: 30 ○ Por resumen: 15 ○ Por criterios: 6 **Limitadores:** 2015-2021, texto completo, articulo
***Operating room, operating theatre, surgical procedures*, quirófano, área quirúrgica, intervención quirúrgica** ***Nurse, nursing,* enfermera, enfermeria**			

Estrategia de búsqueda: *(surgical nurse[Title]) OR (operating room nurse[Title])* **Resultados:** ○ Total: 34 ○ Por título: 9 ○ Por resumen: 5 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: 2000-2021, texto completo	**Estrategia de búsqueda:** *TI operating room nurse OR TI operating theatre nursing OR TI surgical nursing* **Resultados:** Total: 37 ○ Por título: 14 ○ Por resumen: 4 ○ Por criterios: 1 **Limitadores:** texto completo, PDF texto completo, 2015-20217	**Estrategia de búsqueda:** *TÍTLE ("enfermeras de quirófano*" OR "enfermeras quirúrgicas *")* **Resultados:** Total: 41 ○ Por título: 7 ○ Por resumen: 5 ○ Por criterios: 1 **Limitadores:** 2015-2021**, t**odo acceso abierto**, a**rtículo	**Estrategia de búsqueda:** *([cla=Atención postoperatoria])OR([cla=Atención preoperatoria])* **Resultados**: Total: 40 ○ Por título: 15 ○ Por resumen: 6 ○ Por criterios: 0 **Limites**: 2015-2021, articulo, texto completo
***Surgical,* quirúrgico, quirófano / *Ethics,* ética / *Humanized, humanist*, humanizado, humanista**			
Estrategia de búsqueda: *(surgical[Title]) AND ((ethics[Title]) OR (humaniz*[Title]))* **Resultados:** ○ Total: 12 ○ Por título: 7 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: 2010-2021, free full text	_	**Estrategia de búsqueda:** *TÍTLE* (*surgical AND* (*ethics OR humaniz**) **Resultados**: ○ Total: 20 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 2 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: ○ 2010-2021 ○ Todo acceso abierto	**Estrategia de búsqueda:** *([tit=quirófano])OR(([tit=quirúrgico])AND(([tit=ética])OR([tit=humanizado])))* **Resultados**: ○ Total: 27 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: 2015-2021, texto completo, artículo
***Fear*, miedo / *Operating room, operating theatre,* quirófano / *Surgical*, quirurgico**			
Estrategia de búsqueda: *(fear[Title]) AND ((operating room[Title]) OR (operating theatre[Title]) OR (surgical[Title]))* **Resultados**: Total: 5 ○ Por título: 3 ○ Por resumen: 2 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: 2005-2021, full text **Nota:** se amplió los años de búsqueda	**Estrategia de búsqueda:** *TI fear AND TI(operating room ORoperating theatre OR surgical)* **Resultados:** Total: 9 ○ Por título: 4 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 2 **Limitadores**: 2010-2021, texto completo	**Estrategias de búsqueda**: TITLE (*fear* AND *surgica*) **Resultados**: Total: 12 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 4 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: ○ Texto complete ○ 2010-2021	_

Coping, beliefs, empathy, dignity, communication, wellness, compassion / Operating room, operating theatre, surgery			
–	**Estrategia de búsqueda:** *TI (coping strategies OR coping skills or coping or cope OR belief OR empathy) AND TI (operating room or operating theatre or surgery)* **Resultados**: ○ Total: 10 ○ Por título: 4 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: ninguno	**Estrategia de búsqueda:** *TÍTLE ((dignity OR empathy OR beliefs OR coping OR compassion OR* wellness *OR communication) AND (operating room OR operating theatre OR surgery))* **Resultados**: ○ Total: ○ Por título: 5 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 2	**Estrategia de búsqueda:** *("comunicación") AND ("quirófano")* **Resultado**: ○ Total: 19 ○ Por título: 4 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: ○ 2015-2021 ○ Texto completo
Holistic, comprehensive, holistico, integral / Operating room, quirúrgico, quirófano, quirúrgico			
Estrategia de búsqueda: *(holistic[Title]) AND ((operating room[Title]) OR (surgical[Title]))* **Resultado**: Total: 4 ○ Por título: 1 ○ Por resumen: 1 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: ninguno	–	–	–
***Technological, technified, biomedical, medical care*, tecnológico, tecnificado, biomedico, cuidado médico** ***Humanized, humanist*, humanización, humanista**			
Estrategia de búsqueda: *(tecnology[Title]) AND (humaniz*[Title])* **Resultados**: Total: 13 ○ Por título: 4 ○ Por resumen: 2 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: full text, 2010-2021	–	**Estrategia de búsqueda:** *TITLE(technological AND nurs*)* **Resultados**: Total: 19 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 2 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: all Open Access, 2015-2021	–

Morality, moral / _Nurse_, _nursing_, enfermera, enfermería			
–	–	**Estrategia de búsqueda:** *TITLE (moral* AND nurs*)* **Resultados**: ○ Total: 71 ○ Por título: 12 ○ Por resumen: 6 ○ Por criterios: 2 **Limitadores**: all open access, 2015-2021, nursing, article	–
Satisfaction, autonomy, autonomía, satisfacción / Operating room, quirófano Anaesthesia nurse, enfermera de anestesia			
Estrategia de búsqueda: *((satisfaction[Title]) OR (autonomy[Title])) AND ((operating room[Title]) OR (anaesthesia nurs*[Title]))* **Resultados**: ○ Total: 33 ○ Por título: 7 ○ Por resumen: 0 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: texto completo, 2010-2021	–	–	**Estrategia de búsqueda:** *([tit=autonomía])OR(([tit=satisfacción])AND([tit=quirófano]))* **Resultados**: ○ Total: 79 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 5 ○ Por criterios. 2 **Limitadores**: 2015-2021, artículo, texto completo
Teamwork, trabajo en equipo / _Operating room, operating theatre,_ quirófano			
Estrategia de búsqueda: *(teamwork[Title]) AND ((operating room[Title]) OR (operating theatre[Title]))* **Resultados**: ○ Total: 20 ○ Por título: 8 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: full text, 2015-2021	–	–	–

***Competence*, competencia / *Anaesthesia*, anestesia**			
Estrategia de búsqueda: *(competence[Title]) AND (anaesthesia[Title])* **Resultados**: ○ Total: 12 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 2 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: full text	_	_	_
***Person centred care, patient centred care*, cuidado centrado en la persona/paciente / *Perioperative,* perioperatorio**			
Estrategia de búsqueda: *((person centred care[Title/Abstract]) OR (patient centred care[Title/Abstract])) AND (perioperative[Title/Abstract])* **Resultados**: ○ Total: 18 ○ Por título: 8 ○ Por resumen: 5 ○ Por criterios: 4	**Estrategia de búsqueda:** *TI person centred care or patient centred care* **Resultados***:* Total: 139 ○ Por título: 25 ○ Por resumen: 10 ○ Por criterios: 5 **Limitadores**: full Text, published Date: 20150101-20201231, Subject: Major Heading, Patient centered care **Notas**: a pesar de la gran cantidad de resultados encontrados, se decidió no descartar la búsqueda debido a su gran importancia para el estudio y no se modificó la estrategia de búsqueda, combinándola con otras palabras claves principales del estudio (como: *operating room)* debido a los escasos resultados obtenidos.	_	_

***Family, relatives, carers,* familia, familiares, cuidadores / *Operating room, operating theatre*, quirófano**			
Estrategia de búsqueda: *(family[Title]) AND ((operating room[Title]) OR (operating theatre[Title]) OR (perioperative[Title]))* **Resultados**: ○ Total: 24 ○ Por título: 12 ○ Por resumen: 4 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: t**exto completo**	**Estrategia de búsqueda:** *TI (carers or caregivers or family members or relatives or informal carers) AND TI (operating room or operating theatre or surgery)* **Resultados**: ○ Total: 16 ○ Por título: 7 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: texto completo	_	_
***Patient*, paciente / *Anaesthesia*, anestesia / *Satisfaction*, satisfacción**			
Estrategia de búsqueda: (*anaesthesia[Title]) AND (patient[Title])* **Resultados**: ○ Total: 116 ○ Por título: 7 ○ Por resumen: 4 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: ○ Texto complete ○ 2015-2021 **Nota:** solo se seleccionaron los documentos relacionados con el tema de trabajo y no relacionados con procesos biomédicos, fisiológicos o farmacológicos.	_	**Estrategia de búsqueda** *TÍTlE (anaesthesia AND patient AND satisfaction)* **Resultados**: ○ Total: 6 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 1 **Limitadores:** ninguno	_

***Anxiety*, *stress*, *anxiolytics*, ansiedad, estrés, ansiolíticos / *Operating room, operating theatre, surgery*, quirófano *Perioperative*, *preoperative*, perioperatorio, preoperatorio**			
Estrategia de búsqueda: *((anxiety[Title]) OR (stress[Title]) OR (anxiolytics[Title])) AND ((operating room[Title]) OR (perioperative[Title]))* **Resultados**: ○ Total: 50 ○ Por título: 15 ○ Por resumen: 10 ○ Por criterios: 2 **Limitadores**: ○ Free full text ○ 2015-2021 **Nota:** se descartaron los artículos relacionados con patologías o procesos quirúrgicos específicos	**Estrategia de búsqueda:** *TI anxiety AND TI (operating room or operating theatre or surgery)* **Resultados**: ○ Total: 32 ○ Por título: 6 ○ Por resumen: 4 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: ○ Texto completo ○ 2015-2021	**Estrategia de búsqueda:** *TITLE ((anxiety OR stress OR anxiolytics) AND (operating AND room OR perioperative))* **Resultados**: ○ Total: 13 ○ Por título: 9 ○ Por resumen: 4 ○ Por criterios: 0 **Limitadores**: ○ All open access **Nota**: no se utilizo limitadores de tiempo debido a los escasos resultados obtenidos	**Estrategia de búsqueda:** *([cla=Ansiedad])AND(([cla=Quirófano])OR(([cla=Perioperatorio])OR(([cla=Postoperatorio])OR([cla=Preoperatorio]))))* **Resultados**: ○ Total: 36 ○ Por título: 13 ○ Por resumen: 6 ○ Por criterios: 1 **Limitadores**: ○ Texto completo ○ 2010-2021
***Preoperative anxiety*, *perioperativa anxiety*, ansiedad preoperatoria, ansiedad perioperatoria**			
Estrategia de búsqueda: *(("preoperative anxiety"[Title]) OR ("anxiety preoperative"[Title]) OR ("perioperative anxiety"[Title]) OR ("anxiety perioperative"[Title]))* **Resultados**: ○ Total: 101 ○ Por título: 47 ○ Por resumen: 17 ○ Por criterios: 3 **Limitadores**: ○ Free full text, 2015-2021	**Estrategia de búsqueda:** *anxiety preoperative* **Resultados**: ○ Total: 37 ○ Por título: 20 ○ Por resumen: 14 ○ Por criterios: 3 **Limitadores**: ○ Texto completo ○ 2010-2021	_	**Estrategia de búsqueda:** *"ansiedad preoperatoria"* **Resultados**: ○ Total: 22 ○ Por título: 7 ○ Por resumen: 3 ○ Por criterios: 2 **Limitadores:** ninguno

ANEXO 3. GLOSARIO DE TRANSCRIPCIÓN PROPUESTO POR DREW, 1995 (43)

Para el diario de campo de la observación participante y el grupo de discusión:

- [-> solapamiento del habla, una persona empieza a hablar y simultáneamente otra se pone a hablar
- (0,2) -> pausa y dentro del paréntesis los segundos que ha durado
- "AW……" -> sonidos e extensos, el número de puntos indica la duración
- Palabra -> el subrayado indica énfasis
- Palabra -> palabra o sonido interrumpido
- PALABRA -> aumento de la intensidad
- (palabra…) -> suposiciones que no son seguras

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre:_____ **Apellidos:**_____**DNI:**_____

Autorizo al equipo de investigación del proyecto "Cuidados Humanizados en las Enfermeras de Anestesia: repercusión en su distrés moral e identidad enfermera" que tiene como objetivo estudiar cómo se practican los cuidados humanizados, significados que les dan las enfermeras de anestesia y su relación con el distrés moral y la afectación en la identidad enfermera dentro de la cultura quirúrgica caracterizada por su alta densidad tecnológica y su hegemonía biomédica dándoles permiso para _____*.

Esta autorización supone un compromiso de no ceder la información individual proporcionada a terceras personas ni comercializarla, asegurando un estricto anonimato y la posibilidad de rechazar la continuación en el estudio en cualquier momento.

Lugar y fecha:

Firma:

*Observar y redactar su práctica cotidiana en su ámbito de trabajo

Grabar su voz durante la discusión grupal

Participar en el ensayo clínico

ANEXO 5. DEFINICIÓN DE LO QUE SE QUIERE OBSERVAR: NUEVE DIMENSIONES DE SPRADLEY, 1980 (43)

1. Espacio: un bloque quirúrgico (acogida, quirófano, URPA y REA)
2. Actor: enfermeras de anestesia (inevitablemente pacientes y otros profesionales de salud)
3. Actividad: la influencia de la dinámica cotidiana y cultura de un bloque quirúrgico, relación de la enfermera de anestesia con los cuidados humanizados, con los pacientes y otros profesionales.
4. Objeto: barreras o recursos físicos que facilitan o dificultan el cuidado humanizado dentro de un bloque quirúrgico (ruido, biombos, tiempo).
5. Acto: prácticas determinadas de atención humanizada o deshumanizada.
6. Acontecimiento: situaciones derivaras de su aplicación o ausencia.
7. Tiempo: seis meses, durante unas dos a tres horas diarias.
8. Meta: conocer pensamientos, sentimientos, interpretación, formas de aplicaciones, creencias, barreas antes los cuidados humanizados.
9. Sentimientos: las emociones sentidas y expresadas por las enfermeras de anestesia respecto al cuidado humanizado y cómo influyen en su identidad enfermera

ANEXO 6. PLANIFICACIÓN DE LA DISCUSIÓN GRUPAL

En negrita se presentan las preguntas que se plantearan inicialmente y en gris aquellas que se realizan si el debate no fluye o no se profundiza lo suficiente:

1. ¿En qué cree consiste el trabajo de enfermería de anestesia? ¿De los mencionado a qué le otorgaría mayor importancia y le dedica mayor tiempo? ¿Qué diferencias principales encuentra con las practicas enfermeras que ha ejercido en otros servicios de salud? ¿Respecto a la relación con los pacientes? ¿Respecto al resto de compañeros?
2. ¿Cómo ve la posición de la enfermera de anestesia dentro de un bloque quirúrgico? ¿Siente que su tiempo de cuidado es respetado y apoyado? ¿Considera que posee los recursos y reconocimientos necesario para realizarlo como desea?

3. ¿Cómo definiría los cuidados humanizados? ¿Podría citar cinco prácticas de cuidado humanizado? ¿Cuál cree que es su presencia en los servicios de salud en los que ha trabajado? ¿Considera que alguna vez que los ha ejercido ha obtenido resultados beneficiosos para el paciente o para usted? ¿Siente que han sido reconocidos por el resto de los compañeros o institución? ¿Alguna vez ha considerado que un adecuado cuidado humanizado en el quirófano hubiese sido más beneficios que una técnica o tratamiento farmacológico? ¿Ha sido consciente de que alguna vez un cuidado humanizado hubiese evitado complicaciones o dificultades para la intervención quirúrgica?
4. ¿Considera que el modelo biomédico es una barrera para su aplicación? ¿Y la alta densidad tecnológica? ¿Qué importancia les da? ¿Cómo definiría la cultura de quirófano? ¿la considera un factor modificador de actitudes? ¿Ve factible proporcionar un cuidado centrado en la persona dentro de quirófano? ¿Considera importante considerar la historia única y personal de cada paciente?
5. ¿Ha presenciado alguna situación deshumanizada dentro de quirófano que le ha generado malestar o frustración? ¿Ha identificado alguna vez una práctica deshumanizada en si misma? ¿Cómo la afronto en ese momento? ¿Cómo la afrontaría ahora?
6. ¿Cuál cree que es papel de enfermería sobre los cuidados humanizados en el quirófano? ¿Qué papel cree que juega cada perfil de profesional del equipo quirúrgico? ¿Qué cree que enfermería de anestesia podría hacer para fomentar un cuidado humanizado? ¿Qué cuidados debería incluir en su práctica habitual en el quirófano? ¿Qué se podría hacer para que fuesen reconocidas por el resto de los compañeros e institución?
7. ¿Ha sentido malestar, angustia, tensión o frustración, es decir, distrés moral con frecuencia debido a la cultura particular del quirófano? ¿Cree que este hecho ha modificado su significado de enfermería o su identidad enfermera? ¿Considera que es frecuente entre las enfermeras de anestesia? ¿Diría que afecta a su calidad asistencial y a su satisfacción laboral? ¿Cuál cree que es su naturaleza y que se puede hacer?

ANEXO 7. CODIFICACIÓN ABIERTA (43)

- ¿Qué? ¿De qué se trata aquí? ¿Qué fenomenos se menciona?
- ¿Quién? ¿Qué personas, actores estan implicados? ¿Qué roles desempeñan?
- ¿Cómo? ¿Qué aspectos del fenomenos se mencionan (o no se mencionana)?
- ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo? ¿Dónde? Tiempo, curso y situación
- ¿Cuánto? ¿Con qué fuerza? Aspectos de intensidad
- ¿Por qué? ¿Qué razones se dan o se pueden reconstruir?
- ¿Para qué? ¿Con qué intención, para qué propósito?
- ¿Por quién? Medios, tácticas y estrategias para alcanzar la meta

ANEXO 8. CODIFICACIÓN AXIAL (43)

Fuente: Strauss y Corbin, 1990, pág. 99.

FIGURA 15.1: *El modelo de paradigma.*

ANEXO 9. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Edad	22-30 años 31-40 años 41-50 años 51-64 años
Sexo	Mujer Hombre
Estado civil	Soltera Casada o en pareja Divorciada o viuda
Situación ocupacional	Trabajador en activo Activo con incapacidad o de baja
Tipo de contrato	Contratado Interino Fijo
Tipo de jornada	Reducida Completa
Horario laboral	Rotatorio Mañanas fijas Tardes fijas Noches fijas
Años trabajados como enfermera	< 5 años 6-15 años 16-30 años >30 años
Años trabajados en un bloque quirúrgico o como enfermera de anestesia	< 5 años 6-15 años 16-30 años >30 añas
Tipo de práctica enfermera predominante anterior	Atención primaria Planta de hospitalización Unidad de cuidados intensivos Servicio de urgencias Servicio quirúrgico* Otros
Satisfacción como enfermera de anestesia	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 1 = Nada satisfecha 10= Completamente satisfecha
Satisfacción con atención humanizada dentro del bloque quirúrgico	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 1 = Nada satisfecha 10= Completamente satisfecha

*Si no tiene experiencia anterior o es en este tipo de servicio donde mayor tiempo ha pasado

(Elaboración propia)

ANEXO 10. MORAL DISTRESS RISK SCALE (MDRS) (47)

ORGANIZATIONAL AND MANAGEMENT ISSUES: CHALLENGES IN THE WORKPLACE - Physical/mental/emotional exhaustion - Stress - Low satisfaction with the work - Devaluation of profesional - Lack of organization of health system - Institutional regulations that hinder care	**CUESTIONES ORGANIZATIVAS Y DE GESTIÓN: DESAFÍOS EN EL LUGAR DE TRABAJO** **1.** ¿Con que frecuencia siente agotamiento físico, mental o emocional? **2.** ¿Siente su lugar de trabajo como estresante? **3.** ¿Cuál es su satisfacción como enfermera de anestesia? **4.** ¿Siente que la enfermería de anestesia es reconocida en su lugar de trabajo? **5.** ¿Siente falta de organización en su lugar de trabajo? **6.** ¿Las características de su lugar de trabajo dificultan su atención como enfermera de anestesia?
END-OF-LIFE CARE: DIFFICULT TO PROVIDE ADECUATE END-OF-LIFE CARE - Giving false hope to patients and families - Abuse of high technology in prolonging life - Disrespect of the patient´s will - Unpreparedness to deal with death - Inappropriate use of available resources - Language and cultural barriers	**ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA: DIFÍCIL DE PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN ADECUADA AL FINAL DE LA VIDA** **7.** ¿Ha presenciado que se daban falsas esperanzas o falta de información a los pacientes? **8.** ¿Ha presenciado abuso de la alta tecnología? **9.** ¿Ha presenciado cosificación o falta de respeto a la voluntad del paciente? **10.** ¿Siente que posee una preparación adecuada y considera importante lidiar con condiciones emocionales/ psicológicas de los pacientes? **11.** ¿Ha presenciado un uso inadecuado de los recursos disponibles? **12.** ¿Considera que en su lugar de trabajo se consideran adecuadamente las barreras lingüísticas y culturales?
AUTONOMY: LOW PROFESSIONAL AUTONOMY - Low autonomy at work - Being excluted from decision making - Hierarchical structure that establishes the impotence and Subordination of the nurse to the doctor - Powerlessness to challenge decisions of other professionals	**AUTONOMÍA: BAJA AUTONOMÍA PROFESIONAL** **13.** ¿Tiene baja autonomía como enfermera de anestesia? **14.** ¿Se siente excluido en la toma de decisiones? **15.** ¿Siente que exista una estructura jerárquica que le genera impotencia y subordinación a otros profesionales? **16.** ¿Siente impotencia para desafiar las decisiones de otros profesionales?

WORKLOAD: EXCESSIVE WORKLOAD ○ Nursing shortage ○ Corporatization of healthcare ○ Excessive number of patients assigned to each nurse ○ Lack of time from overwork	**CARGA DE TRABAJO: CARGA DE TRABAJO EXCESIVA** **17.** ¿Considera que existe escasez de personal? **18.** ¿Consideras que se respetan los deberes, derechos e interés de la enfermería de anestesia? **19.** ¿Considera que se le asignan inadecuadas y excesivas funciones? **20.** ¿Considera que existe una falta de tiempo para cuidar adecuadamente a sus pacientes?
SECURITY: LACK OF PROFESSIONAL SECURITY ○ Afraid to notify others of mistakes you made ○ Asked about information that is confidential ○ Fear of not being accepted by the staff ○ Fear of losing your job	**SEGURIDAD: FALTA DE SEGURIDAD PROFESIONAL** **21.** ¿Ha sentido alguna vez miedo de notificar a otros profesionales los errores que cometió? **22.** ¿Ha compartido o ha presenciado que se comparta información confidencial inadecuadamente? **23.** ¿Ha sentido miedo que alguna práctica de su cuidado no vaya a ser aceptado por el resto del personal? **24.** ¿Se ha sentido alguna vez como prescindible o menospreciado su cuidado no técnico?
RESOURCES: LACK OF RESOURCES ○ Delay in treatment ○ Patient unable to pay for treatment ○ Lack of funding/ resources/ equipment	**RECURSOS: FALTA DE RECURSOS** **25.** ¿Ha presenciado alguna vez retraso en el tratamiento por falta de recursos? **26.** ¿Considera que la atención se centra en el paciente? **27.** ¿Ha presenciado alguna situación en la que no se ha beneficiado al paciente por la una falta de recursos, falta de tiempo u otro tipo de intereses?
CONFLICT: CONFLICTS IN CARE ○ Witnessing inappropriate family behavior ○ Conflicts with patient/family/professionals	**CONFLICTO: CONFLICTOS EN LA ATENCIÓN** **28.** ¿Ha sido testigo de un comportamiento inapropiado con los pacientes? **29.** ¿Ha presencia conflictos entre los profesionales o con los pacientes?

*A la izquierda la versión original (43) y a la derecha la versión en castellano (traducción propia) y adaptación a la temática del estudio.

ANEXO 11. CHECKLIST O LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA PARA EL CUIDADO HUMANIZADO CENTRADO EN LA PERSONA (elaboración propia)

LISTA DE VERICACIÓN QUIRÚRGICA PARA EL CUIDADO HUMANIZADO CENTRADO EN LA PERSONA

Acogida (min 10´)

- ☐ Presentarse por nombre y profesión
- ☐ Preguntar por el nombre del paciente (¿cómo prefiere que lo llame?)
- ☐ Hacer preguntas sencillas, claras y adecuadas (¿hay algún medicamente al que sea alérgico? ¿hay algún medicamento que le siente mal?)
- ☐ Charlar sobre temas triviales y genéricos (¿de dónde es usted? ¿es la primera vez que lo operan? ¿Cuántos hijos tiene?)
- ☐ Pedir permiso explícito y verbal para la realización de técnicas consciente (¿me deja la mano para cogerle un gotero? ¿me permite que le retire el camisón?)
- ☐ Explicación precisa y adecuada de cada procedimiento y el paso a paso a seguir (mostrar profesionalidad y compañerismo)
- ☐ Considerar barreras idiomáticas, déficits cognitivos o auditivos y creencias culturales (traductor online o permitir un acompañante en la acogida)
- ☐ Preguntar sobre dudas y preferencias, conocer el grado de información que posee y cuanta precisa
- ☐ Ponernos a su misma altura para hablar, mirarle a los ojos y tacto terapéutico
- ☐ Voz calmada, lenguaje natural y sincero
- ☐ No hacer comparaciones con otros pacientes, comprender afrontamiento y vulnerabilidad única
- ☐ Hacer partícipe de decisiones y conversaciones (¿prefiere que le ponga un ansiolítico para los nervios?)
- ☐ Escucha activa de sentimientos, miedos y ansiedades profundas, expresar que no le deben dar vergüenza o miedo exteriorizarlo
- ☐ Escala ALPAIS

Dentro de quirófano

- ☐ Ayudar a pasar suavemente a la mesa de operaciones y preservar intimidad con sábanas
- ☐ Explicar que se le va a monitorizar con una multitud de cables, ordenarlos o retirar aquellos innecesarios para que no se sienta “encadenado”
- ☐ Ser delicado en la monitorización y al colocar al paciente en la postura quirúrgica
- ☐ Asegurar comodidad antes de empezar la intervención mediante preguntas sobre preferencias
- ☐ Preguntas frecuentes durante intervención sobre comodidad, temperatura y preferencias
- ☐ Preguntas frecuentes sobre grado de vulnerabilidad, ansiedad y miedo durante toda la intervención
- ☐ Aparta luz directa de los ojos del paciente, sobre todo en la extubación
- ☐ Limitar ruidos y conversaciones ajenas
- ☐ Limitar número de profesionales en el quirófano y en la cabecera al despertar al paciente
- ☐ Llamar por el nombre de preferencia
- ☐ Poner música según preferencias del paciente
- ☐ Preguntar sobre dolor
- ☐ Proporcionar conversación trivial y cercanía
- ☐ Acompañamiento cuando otro compañero le realiza una técnica invasiva (tacto terapéutico, calmar o explicar cuando hay una inserción de una anestesia raquídea o en la inducción de una anestesia)
- ☐ Explicación breve y clara sobre curso de la intervención y pasos a seguir constantemente
- ☐ Mostrar profesionalidad y compañerismo

URPA/ REA

- ☐ Presentarse por nombre y profesión
- ☐ Llamar por el nombre de preferencia
- ☐ Explicación breve y sencilla sobre que ya ha sido operado y que se encuentra en una unidad de recuperación
- ☐ Explicación sobre movilidad reducida, drenajes, sondaje vesical, etc.
- ☐ Utilizar biombos y cortinas para preservar intimidad al ser una sala común (cambio de sábanas, cura de heridas, realización de técnicas)
- ☐ Preservar dignidad y comodidad limpiando restos de Betadine o de sangre si fuese preciso, humedecer boca, etc.
- ☐ Explicar que se le va a monitorizar con una multitud de cables, ordenarlos o retirar aquellos innecesarios para que no se sienta “encadenado”
- ☐ Preguntas frecuentes durante intervención sobre comodidad, temperatura y preferencias
- ☐ Preguntas frecuentes sobre grado de vulnerabilidad, ansiedad y miedo durante toda la intervención
- ☐ Aplicación de escala analógica visual para el dolor (EVA)
- ☐ Limitar ruidos, conversaciones ajenas y número de profesionales
- ☐ Proporcionar conversación trivial y cercanía
- ☐ Considerar barreras idiomáticas, déficits cognitivos o auditivos y creencias culturales (traductor online o permitir un acompañante en la acogida)
- ☐ Escucha activa de sentimientos, miedos y ansiedades profundas, expresar que no le deben dar vergüenza o miedo exteriorizarlo
- ☐ Mostrar profesionalidad y compañerismo
- ☐ Escala ALPAIS

Observaciones: