

Percepciones de los profesionales de enfermería sobre los cuidados en el paciente geriátrico

Perceptions of Nursing professionals about care in the geriatric patient

Rafael Hernández Martínez^{1,*}

Agustín Martínez Lozano²

Ana Cristina Navarro³

Mirian Villamayor Fortea⁴

Rosa María Alegre Martín⁵

Lourdes Hernández García⁶

1. Máster en atención primaria de salud y máster en enfermería médico-quirúrgica. Diplomado Universitario en Enfermería. Funcionario de carrera Gobierno de Aragón. Residencia de Mayores Javalambre de Teruel, Teruel, España.
2. Técnico superior en salud ambiental. Grado en Enfermería. Enfermero del centro de salud de Aliaga, Teruel, España.
3. Enfermera especialista en enfermería de Salud Mental. Diplomada Universitaria en Enfermería. Enfermera de psiquiatría, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España.
4. Grado en Enfermería. Funcionaria de carrera Gobierno de Aragón. Residencia de Mayores Javalambre de Teruel, Teruel, España.
5. Máster en *counselling* y relación de ayuda y máster en cuidados paliativos. Diplomada Universitaria en Enfermería. Enfermera de práctica avanzada en atención paliativa (equipo de soporte en atención domiciliaria-ESAD Teruel). Teruel, España.
6. Diplomada en Enfermería de empresa. Experta en urgencias y emergencias. Grado en Enfermería. Urgencias Hospital Obispo Polanco, Teruel, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafael.hernandez9@gmail.com (Rafael Hernández Martínez).

Recibido el 13 de enero de 2020; aceptado el 23 de marzo de 2020.

RESUMEN

ABSTRACT

Objetivos: Conocer y describir cómo perciben las enfermeras que trabajan con pacientes geriátricos los cuidados de enfermería proporcionados, los problemas con los que se encuentran, así como las soluciones para mejorarlos.

Métodos: Estudio cualitativo de tipo fenomenológico basado en entrevistas semiestructuradas. La información obtenida se analizó mediante análisis de contenido y se verificó con la triangulación de los resultados. **Resultados:** Emergieron siete categorías coincidentes en todas las entrevistas realizadas: percepciones de las enfermeras sobre los cuidados de enfermería en el paciente geriátrico, calidad de los cuidados de enfermería, dificultades al proporcionar los cuidados de enfermería, propuestas de mejoras de enfermería, satisfacción del paciente y familia con la enfermera, presente y futuro de la profesión enfermera, y el trabajo de equipo. Las enfermeras consideran el cuidado como un arte y la esencia de la profesión; la persona enferma es la pieza clave que justifica la profesión. **Conclusiones:** Los profesionales consideran que son fundamentales: el reconocimiento de las especialidades de enfermería, la formación continua, que las administraciones motiven a sus profesionales, prevenir el síndrome de estar quemado, enseñar a trabajar en equipo y avanzar hacia la seguridad del paciente y del profesional.

Objectives: Objectives: to know and describe how nurses perceive the care they provide in the daily work with geriatric patients, the problems they find as well as the solutions to improve them. **Methods:** qualitative phenomenological study based on semi-structured interviews. The information obtained was analyzed by content analysis and verified with the triangulation of the results. **Results:** Seven matching categories emerged in all the conducted interviews: nurses perceptions about the care of geriatric patient, quality of nursing care, difficulties to apply nursing care, proposals for improvement of nursing, patient and family satisfaction with the nurse work, present and future of the nursing profession, and the teamwork. Nurses consider care as an art and the essence of the profession; the sick person is the key piece that justifies the profession. **Conclusions:** professionals believe that, are fundamental: the recognition of nursing specialties, continuous education and training, that the administrations to motivate their professionals, prevention of the burnt-out syndrome, teach to work as a team, and move towards patient and professional safety.

KEYWORDS: Nursing care, geriatric patient, qualitative research, quality care, semi-structured interview.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de enfermería, paciente geriátrico, investigación cualitativa, cuidados de calidad, entrevista semiestructurada.

■ INTRODUCCIÓN

Conseguir que los cuidados de enfermería (CE) posibiliten al paciente recuperar la salud, mejorarla o bien paliarla requiere que las condiciones donde estos se den sean óptimas, para proporcionar a los pacientes una mejor calidad en la atención¹. Cuidar es una actividad humana que se

define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad². Para las enfermeras, el cuidado es la esencia de la disciplina e implica no solo al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de este cuidado³. A través de la teoría de los cuidados se proponen cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el CE,

caracterizado por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y los no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados⁴. El cuidado ha sido definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica⁵.

El análisis de la situación general de salud muestra que la estructura de la pirámide de la población en Aragón es similar a la de España, primando una población envejecida. Pero en Aragón el porcentaje de mayores de 65 años es superior a la media española (21,3% en Aragón y 18,6% en España, año 2016). La proporción de personas de 85 años y más indica que es una población sobre-envejecida (Aragón 18,6% y España 15,6%, año 2016)⁶. En la actualidad vivimos más años, pero somos más dependientes y menos autónomos⁷. En los pueblos de Teruel, el envejecimiento es todavía más visible⁸. Ante este panorama, el concepto de fragilidad cobra gran trascendencia, ya que no supone trabajar con la enfermedad, sino conservar la función mientras se envejece. Muchas de las personas mayores sanas son vulnerables y frágiles⁹. En este sentido sabemos que el paciente geriátrico padece una o más enfermedades crónicas condicionadas por factores psíquicos y sociales que le provocan dependencia y ausencia de autonomía funcional para las actividades básicas de la vida diaria, y los CE se dirigen a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación del proceso, incluyendo siempre unos cuidados específicos que aseguren la muerte digna¹⁰.

Proporcionar unos cuidados de calidad es un proceso que se encamina a alcanzar un alto nivel de excelencia en prestación del cuidado y la satisfacción del usuario, siendo necesario que presencia, permanencia, continuidad y contingencia sean condiciones específicas y distintivas de ese cuidado¹¹. Los CE de calidad tienen cuatro características principales: formación humanística, formación sobre cuidados basada en la evidencia científica, concepción holística de la persona e individualización de los cuidados¹².

En la actualidad, asistimos a un aumento de estudios cualitativos que abordan el estudio de seres humanos y de su entorno en toda su complejidad, y reconocen que cada individuo es único en cuanto a personalidad, comportamiento, cultura, entorno social, capacidades mentales, valores, creencias, estilo de vida y visión sobre el mundo que le rodea, entre otros aspectos¹³. Este abordaje facilita una práctica de enfermería sensible a las realidades de las personas cuidadas, a la diversidad cultural y a los contextos en los que se desenvuelven sus vidas¹⁴. En general, los estudios que analizan las percepciones de las enfermeras sobre los cuidados de enfermería en el paciente geriátrico (CEPG) hablan de la importancia de la combinación de múltiples factores que influyen en su aplicación, entre los que se incluyen la cultura organizacional, la disponibilidad de recursos y el ambiente laboral donde desarrolla su trabajo la enfermera¹⁵.

Las investigaciones previas manifiestan la importancia del ambiente donde la enfermera desarrolla su práctica diaria como un aspecto fundamental para la satisfacción laboral del profesional de enfermería y para su eficacia en la promoción de resultados de alta calidad para los pacientes hospitalizados¹⁶. Subrayando además la necesidad de un apoyo organizacional integral por parte de las administraciones en general para la atención al paciente geriátrico¹⁷.

En general la revisión bibliográfica del objeto de estudio es extensa, pero se ha pretendido profundizar más. Este trabajo pretende conocer cómo perciben los CEPG las enfermeras de diferentes ámbitos asistenciales de Teruel capital y su provincia, profundizando en los porqués, dificultades para llevarlos a cabo e identificar las mejoras para solucionarlos y aumentar su calidad.

■ OBJETIVOS

Objetivo general: identificar las percepciones de las enfermeras sobre los CEPG.

Objetivos específicos: identificar los principales problemas percibidos por los profesionales para aplicar los cuidados e identificar las áreas de mejora.

■ MÉTODOS

Diseño cualitativo. Los métodos cualitativos (MC) resultan especialmente adecuados para la comprensión en profundidad del fenómeno a investigar o evaluar, desde el punto de vista de los propios sujetos implicados¹⁸. La perspectiva fenomenológica guió el estudio: pregunta de la investigación relacionada con el significado de una experiencia vivida. La persona expresa su experiencia para que el investigador describa, interprete la explicación de quien ha tenido la vivencia¹⁴. Este trabajo reseña el objeto estudiado y propósito (estudio descriptivo); no interpreta ni predice opiniones y vivencias, ni genera teoría, solo se acerca al porqué de los CEPG, problemas y soluciones manifestadas. El estudio se realizó de febrero a noviembre de 2019 en Teruel capital. La recolección de los datos mediante entrevistas semiestructuradas se hizo en la Residencia de Mayores Javalambre de Teruel (RMJT) (residencia pública con capacidad para 413 residentes con atención a personas mayores en situación de dependencia). El muestreo utilizado fue el no probabilístico y concretamente del tipo “en avalancha o nominado”¹⁹ (los informantes clave nos recomendaron a los participantes, y el número de participantes se va determinando por el criterio de la saturación de datos).

Criterios de inclusión: poseer el título de enfermera y estar trabajando actualmente con pacientes geriátricos.

Criterios de exclusión: no ejercer de enfermera en Teruel capital o en su provincia y no poseer experiencia en el CEPG. Para evitar un sesgo de selección de los participantes, los informantes seleccionaron enfermeras que trabajaran en distintos ámbitos asistenciales (hospital de agudos, hospital sociosanitario, atención primaria, equipo de soporte en atención domiciliaria (ESAD), residencia geriátrica, gestión y coordinación de enfermería, y Universidad de Enfermería de Teruel) para poder conseguir mayor heterogeneidad y diferencias en las opiniones vertidas. Finalmente, participaron 18 enfermeras (tres hombres y 15 mujeres) con edades comprendidas entre los 19 y 63 años (tabla 1). Para conseguir la muestra se necesitó la ayuda de dos informantes claves para reclutar a los participantes

Tabla 1. Características de los participantes

Criterios	Características de los participantes
Ámbitos asistenciales de trabajo (núm. de enfermeras entrevistadas)	Hospital de agudos (2 enfermeras) Hospital sociosanitario (2 enfermeras) Atención primaria (1 enfermero) ESAD (1 enfermera) Residencia geriátrica (6 enfermeras y 2 enfermeros) Gestión y coordinación de enfermería (2 enfermeras) Universidad de Enfermería (2 enfermeras)
Sexo	15 mujeres 3 hombres
Rango de edad	19-24 años (2 enfermeras) 25-50 años (13 enfermeras) 51-65 años (3 enfermeras)

(enfermeras con experiencia profesional y conocimientos sobre el objeto de estudio). Estas les explicaron los objetivos del estudio y la importancia de conocer sus opiniones y percepciones sobre el objeto de estudio. Les solicitaron el consentimiento informado (firmado); acordaron día y hora para realizar la entrevista (realizada por el mismo entrevistador; conocedor de la MC) en una sala acondicionada en la RMJT. La recogida de datos fue con la entrevista individual semiestructurada, con un guion de preguntas pre-establecido: preguntas para profundizar en los objetivos del estudio (anexo 1). Se consiguió la saturación de los datos con las 18 entrevistas (tras las cuales observamos la repetición de los discursos, no encontrándose datos nuevos)²⁰. La duración de las entrevistas fue de 45 minutos a una hora. La relación entre entrevistador y entrevistado era en algunos casos profesional y de cordialidad, pero no relacional; en otros no había relación previa. El ambiente fue cordial y de confianza. Los entrevistados agradecieron la confianza puesta en ellos.

Análisis de los datos

Una vez transcritos literalmente los discursos, se realizó su análisis de contenido: manual e inductivo, realizado por la misma persona conocedora de la MC. Después se contrastó con dos enfermeras más que habían participado en el estudio y con otras dos que no lo habían hecho, para romper la subjetividad de una misma persona y así lograr la triangulación de los datos. El análisis de contenido significó ir examinando y codificando los datos, después de categorizar las respuestas en diferentes unidades temáticas y poder extraer las conclusiones pertinentes²¹. Las entrevistas se codificaron palabra a palabra, frase a frase y las categorías y subcategorías se crearon a partir de agrupar códigos similares en cuanto a contenido, pero teniendo presente las opiniones y las percepciones divergentes como expresiones latentes del texto. Los temas se crearon relacionando los significados, los nexos y los entornos entre las categorías, manifestando el contenido presente de los datos. Para asegurar el rigor del estudio, se pretendió que la investigación fuera válida y relevante²², y para conseguir criterios de calidad (credibilidad, transferibilidad, dependencia, confirmabilidad y relevancia) y rigor metodológico (revisión

problema-método-diseño, diseño correcto muestra, análisis datos, y triangulación)²³. Se retornaron las transcripciones de las entrevistas a los participantes para que validaran los contenidos.

Aspectos éticos

En todos los casos entrevistados, el consentimiento informado fue el procedimiento formal aplicado, que respondió al principio de autonomía, basado en la voluntariedad, la información y la comprensión de las enfermeras que participaron en la investigación, indicando que los resultados solo se utilizarían con fines científicos garantizando el principio de confidencialidad y privacidad, omitiendo cualquier dato potencialmente reidentificativo de los encuestados. Del mismo modo, se informó a la Dirección de la RMJT, verbalmente y por escrito, del proyecto motivo del estudio, con los propósitos y la metodología que se aplicaría, así como *a posteriori* con la exposición de los resultados. En ambos supuestos se obtuvo la aprobación y el reconocimiento.

RESULTADOS

El contenido de las entrevistas fue agrupado por categorías y subcategorías con argumentos temáticos similares. El análisis del contenido permitió establecer, a partir de la definición y de las características de los CEPG por parte de las enfermeras participantes, siete categorías y 15 subcategorías (fig. 1). Definieron los CEPG como: “la atención integral a una persona que por su edad y por las características de la enfermedad (pluripatología, síndromes geriátricos, polimedicación) lo hacen más frágil y vulnerable, con falta muchas veces de compañía y cariño, y alejado en múltiples ocasiones de su domicilio habitual, y no pocas veces realizado el diagnóstico médico con dificultad. La enfermera buscará que el envejecimiento y el proceso de salud-enfermedad sea digno y confortable, que el paciente logre tener autonomía y sea lo más independiente posible en la satisfacción de sus necesidades, intentando que sea el enfermo quien decida sobre su situación (empoderamiento)”.

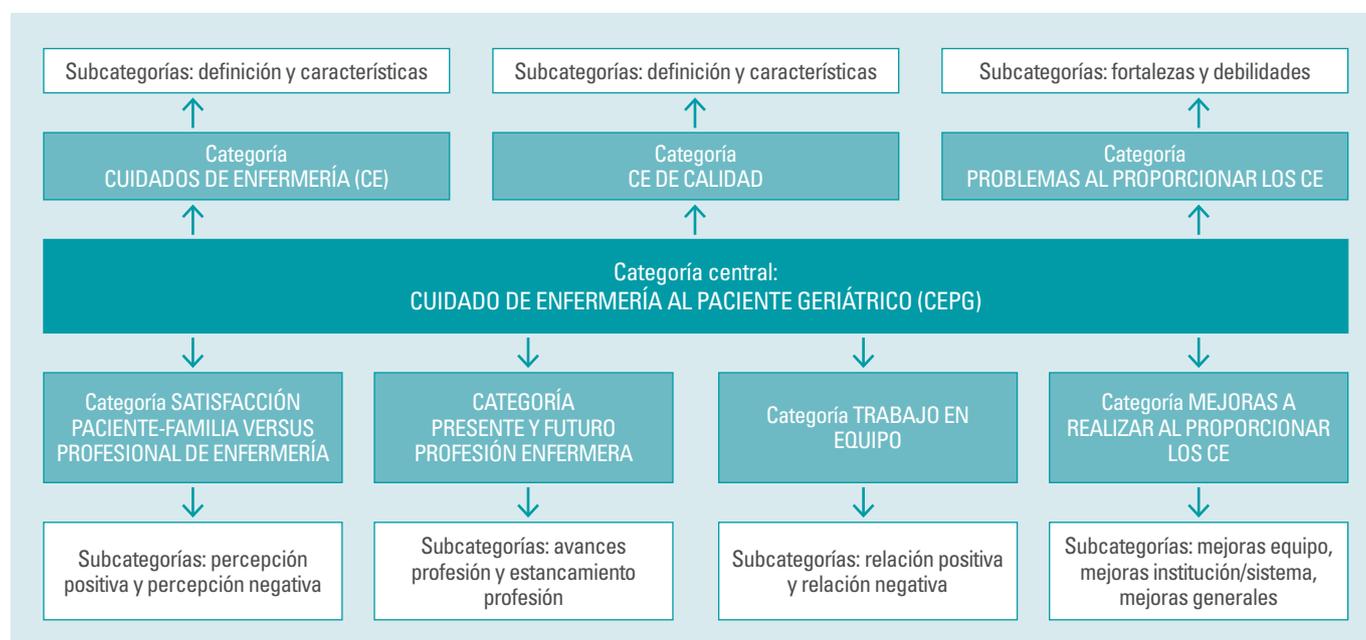


Figura 1. Mapa conceptual de categorías y subcategorías de los cuidados del paciente geriátrico.

Categoría 1. Opiniones de las enfermeras sobre los CEPE

La categoría muestra que los CEPE se deben centrar en aumentar o mantener la autonomía del paciente y conseguir que este sea lo más independiente posible.

Subcategoría 1. Definición: “el CE hace referencia al conjunto de actividades destinadas a ayudar al paciente de tal manera que recupere su funcionalidad lo antes posible, a nivel físico, social y mental. No diagnosticamos o tratamos enfermedades, sino que asistimos al paciente, cubrimos sus necesidades y nos convertimos en un pilar fundamental para que poco a poco recupere su independencia. Para realizar unos cuidados apropiados no es importante solo la técnica en sí, sino la disposición de querer ayudar a otra persona, aunque esta sea un desconocido” (enfermera 4).

Subcategoría 2. Características: “son unos cuidados básicos, sin grandes técnicas de enfermería, ni grandes innovaciones; pero por ello no menos importantes ni que tengan menor mérito que aquellos profesionales que se encuentran en unidades de investigación o con aparatos muy desarrollados. Son unos cuidados que los profesionales generalmente hacemos de manera cercana y más personalizada, ya que al ser un paciente que conocemos con anterioridad sabemos cuáles son sus gustos y preferencias y esto nos hace adaptarnos sin darnos cuenta” (enfermera 3).

Categoría 2. Calidad de los CE

La categoría muestra que para conseguir la calidad de los CE, estos han de satisfacer las necesidades del paciente, han de ser individualizados, humanistas, y se han de centrar en el confort, en el no sufrimiento y encarnamiento del paciente, acompañándolo en todo el proceso.

Subcategoría 1. Definición: “cada enfermera pone su sello en la atención que presta, yo intento que los cuidados que proporciono sean de calidad. Hay que individualizar siempre los cuidados desde una práctica humanista, para mí mi indicador de calidad prioritario es cuidar y proporcionar vida hasta el final con confort, sin sufrimiento, con sentido y acompañamiento” (enfermera 8).

Subcategoría 2. Características: “para mí unos cuidados de enfermería de calidad son aquellos que cubren las necesidades y expectativas del paciente” (enfermera 17).

Categoría 3. Satisfacción del paciente-familia con la enfermera

La categoría muestra que los pacientes y la familia valoran de las enfermeras su capacidad de comunicación, empatía y comprensión hacia los problemas, dudas y miedos que nos refieren.

Subcategoría 1. Percepción positiva: “me gustaría que fuera así. Soy cercana y agradable, se me da bien escuchar a las personas. Puedes saber más o menos de enfermería, pero creo que la clave para ser un buen profesional y que los pacientes estén satisfechos contigo es hacer las cosas lo mejor que sepas, consultar todo aquello que tengas dudas, tratar lo mejor posible al paciente, escucharlo y transmitirles que sus problemas son importantes, darles ánimos y aportarles energía positiva. Estos son mis pilares para cuidar a los ancianos y espero que sea suficiente para que se sientan satisfechos con mi trabajo” (enfermera 5).

Subcategoría 2. Percepción negativa: “Hoy en día la gente dice mucho lo que piensa, no se cortan en sus apreciaciones... para bien o para mal. Tiene libertad para expresar, para pedir, hacen reclamaciones... están sobrepasados... es como si quisieran oír lo que ellos quieren oír” (enfermera 16).

Categoría 4. Problemas al proporcionar los CE

La categoría muestra que la falta de personal y de tiempo, el no trabajar en equipo, y la falta de unos objetivos concretos para solucionar los problemas que tiene el enfermo son las dificultades más repetidas por las enfermeras participantes.

Subcategoría 1. Fortalezas: “es importante saber en qué registro se mueve cada persona, no puedes tratar a todos por igual, deben recibir cuidados especialmente individualizados. Siempre con el debido respeto respetando sus preferencias. La falta de tiempo y de enfermeras es lo que más puede influirnos en un cuidado negativo. Creo que es fundamental una buena coordinación del equipo que trabaja conjuntamente con el paciente y que todo el mundo tenga clara cuál es la línea de actuación en la que se debe tratar al paciente. Debe existir un buen equipo” (enfermera 17).

Subcategoría 2. Debilidades: “Nos influyen muchos aspectos, pero yo creo que los más notorios son: nuestro estado físico y emocional. Es muy importante nuestro autoconocimiento, saber nuestros límites; también nos influye mucho el ambiente en el equipo y las relaciones entre nosotros, la falta de experiencia y/o conocimientos, nuestra falta de humildad (a veces creemos que podemos o debemos solucionar todo... También es muy importante la sobrecarga laboral que tenemos muchas veces” (enfermera 14).

Categoría 5. Mejoras a realizar al administrar los CE

La categoría muestra que las soluciones a las dificultades encontradas han de ser consensuadas, elaboradas por todo el grupo, y que la administración en general y la institución en donde trabajamos en particular tiene que ayudarnos más en nuestras peticiones para mejorar los CE.

Subcategoría 1. Mejoras equipo: “en primer lugar tendríamos que identificar los problemas para después poner las soluciones más acordes. Todo en grupo. Reunimos todo el equipo multidisciplinar y mediante una tormenta de ideas o técnicas de discusión... enumerar problemas y cómo atajarlos... desde el punto de vista de cada uno en particular para poner en común soluciones pensadas y acordadas por todos” (enfermera 3).

Subcategoría 2. Mejoras institución y sistema: “El sistema de trabajo no colabora especialmente, y desgraciadamente todavía hay personas desmotivadas e individualistas. No solo consiste en dar cursos de formación, que también es importante para mantenernos actualizados, ya que esto no siempre garantiza la visión de los profesionales para un buen cuidado. El reconocimiento de la labor de los profesionales de enfermería es un punto a tener en cuenta, el conocer y escuchar sus opiniones para, entre todos, hacer ciclos continuos de mejora. Hay una falta de tiempo necesario para realizar los cuidados de forma adecuada” (enfermera 18).

Subcategoría 3. Mejoras generales: “Dejando claro desde la escuela a los alumnos la importancia de los cuidados enfermeros. La importancia de que estén basados en la evidencia científica y bajo el prisma de los principios éticos. Profesionales bien formados. Políticas de personal coherentes. Recursos sí, pero con evaluación de resultados. Reconocimiento de los profesionales que lo merezcan. Incentivos personalizados. Gestores profesionales y mandos intermedios preparados para liderar la gestión de los cuidados” (enfermera 5).

Categoría 6. Trabajo de equipo

La categoría muestra que el respeto entre profesionales, el sentirte partícipe de la pertenencia al grupo y el tener claros los objetivos a conseguir en los CE son la clave para el trabajo en equipo.

Subcategoría 1. Relación positiva: “la clave del trabajo en equipo, como en cualquier relación humana, es el respeto mutuo. Pertenecer a un equipo multidisciplinar es positivo, ya que el cuidado interdisciplinario es integral, fomenta las relaciones interpersonales, valora la calidad de la atención, el cuidado es continuo, el paciente conoce al personal que se encarga de su cuidado... mejora tanto los procesos de cuidado de salud como el sistema”.

Subcategoría 2. Relación negativa: “La relación con los iguales hay de todo. En términos generales hay compañerismo, pero también hay rivalidad y envidia con enfermeros de gran talla profesional. En todas las unidades hay profesionales “tóxicos” que son capaces de distorsionar y arruinar el trabajo del equipo. En relación con el equipo médico también hay de todo, profesionales que valoran sobremanera nuestro trabajo, respetan nuestro criterio y opinión (que en general suele coincidir con los mejores profesionales), y otros que siguen pensando que somos las ayudantes técnicas sanitarios (ATS de antaño)” (enfermera 9).

Categoría 7. Presente y futuro de la profesión enfermera

La categoría muestra que la capacidad de adaptación de la enfermera a las situaciones desfavorables que se le presentan en el desempeño de su profesión y el amor que procesa hacia su trabajo hacen que la visión que tiene el profesional de enfermería hacia el futuro sea de optimismo a pesar de los contratiempos que se producen en la actualidad y los que se darán en el tiempo.

Subcategoría 1. Avances profesión: “soy bastante optimista y me gustaría ser partícipe de la evolución que está llevando la enfermería. Vuelvo a decirte, nuestra preparación, capacidad de adaptarse a situaciones adversas y nuestras ganas de mejorar hará que salgamos adelante a pesar de los problemas que nos encontramos en el día a día, falta de personal, etc.” (enfermera 7).

Subcategoría 2. Estancamiento profesión: “Tengo la esperanza de que cada vez haya más enfermeros interesados en que la profesión progrese. Para ello, es importante la investigación, la docencia y la propia disposición a mantenerse informado día tras día y tener una actitud activa para mejorar. En lo que se refiere a los estudios de posgrado y especialidad tengo sensaciones opuestas. Por un lado, son útiles porque nos permiten conocer más sobre una determinada área y que la práctica sea más eficaz y beneficiosa para el paciente. Pero al mismo tiempo, al centrarnos en un área, olvidamos otras áreas que pueden ser muy importantes, ya que las personas sufren cambios de forma constante” (enfermera 10).

DISCUSIÓN

Las principales percepciones de las enfermeras sobre los CEPG muestran que la falta de enfermeras en la sanidad española en general y en la turolense en particular inciden negativamente en la administración de los CEPG. Estas opiniones están en la línea de estudios previos que hablan de la falta de personal como una de las causas de errores de enfermería en la aplicación de los cuidados^{24,25}. Así mismo, la falta de compromiso por parte de las administraciones hacia este problema hace que el profesional de enfermería esté desmotivado en su quehacer diario (aparición del *burnout*). El amor que tiene la enfermera por su profesión (vocación), la percepción que tiene en el cuidado como la esencia de su trabajo, y la capacidad de adaptación a cualquier situación, permiten solucionar las dificultades que se encuentra en el ejercicio de sus funciones. Las impresiones para mejorar la situación se encaminan a un mayor reconocimiento de la profesión por parte de la sociedad e implicación de las diferentes administraciones en nuestras demandas.

El *principal hallazgo del estudio* es la falta de enfermeras como la principal percepción expresada para conseguir unos cuidados de calidad y una atención individualizada e integral del PG^{26,27} que está afectando seriamente a la calidad de los cuidados prestados por las enfermeras en un servicio hospitalario^{28,29} así como a la seguridad de los pacientes^{30,31} y de los propios profesionales^{32,33}. Las ratios enfermera-paciente en España son 5,3 enfermeras por 1000 habitantes, de las más bajas de Europa³⁴, y Aragón necesita un total de 2657 profesionales de enfermería para alcanzar la media europea³⁵.

Otra percepción mayoritaria de las enfermeras entrevistadas fue la desmotivación, el cansancio y el hartazgo, consecuencia negativa de la falta de personal y el consiguiente *burnout* o “estar quemado”³⁶. La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en su décima edición (CIE-10) lo considera como “un diagnóstico adicional no especificado” y se define como: “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”³⁷.

Otro aspecto relevante que se extrae de los resultados es la falta de reconocimiento de la profesión enfermera por la sociedad en general, y la falta de facilidades para la formación por parte de las instituciones donde trabaja la enfermera, y por parte de las administraciones en general. Los estudios realizados coinciden en la dificultad de la profesión enfermera para hacerse claramente visible e identificable³⁸. Con este trabajo se ha pretendido que la investigación fuera relevante: añadiendo conocimiento y aumentando la confianza sobre el conocimiento ya existente³⁹.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los sesgos o limitaciones del estudio pudieron ser:

1. El hecho de que el entrevistador conociera en algunos casos a los participantes como profesional pudo cohibir al entrevistado, pero se pretendió que no fueran respuestas socialmente no deseables, explicándoles el objeto del estudio y el fin de mejorar la profesión enfermera y que fueran lo más sinceros en sus percepciones y opiniones.
2. El sexo; solo 3 eran hombres, pero en una profesión mayoritariamente femenina las opiniones de un sexo u otro no debieran distorsionar los resultados del estudio, sino enriquecerlo.
3. El realizar la entrevista semiestructurada y no ser en profundidad⁴⁰ pudo dirigir a los participantes hacia los temas que nosotros creímos más relevantes (pero hemos pretendido que con mayor diversidad de preguntas las opiniones fueran lo más diversas posibles).
4. La no realización de entrevistas grupales para comparar los datos obtenidos con otra técnica cualitativa.

CONCLUSIONES

De las percepciones de las enfermeras se desprende que los CEPG son la esencia de la profesión y para muchas son un arte; estos deben ser individualizados e integrales y se ha de conseguir que sean unos cuidados de calidad.

Los principales problemas que refieren al aplicar los cuidados son la falta de personal y la no propuesta de soluciones efectivas por parte de las administraciones para solucionar este déficit.

Las áreas de mejora que manifiestan en los cuidados deben incluir: el reconocimiento de las especialidades de enfermería, la formación continua, que las administraciones motiven a sus profesionales, prevenir

el síndrome de estar quemado, enseñar a trabajar en equipo y avanzar hacia la seguridad del paciente y del profesional.

Las categorías halladas evidencian la importancia del trabajo en equipo y de formar a las futuras enfermeras durante los estudios de grado. Hablan de la enfermera como el “centro” del equipo multidisciplinar y de la necesidad de comunicarse más entre distintos profesionales/colegas. Explican el valor de marcar unos objetivos en común a cumplir para el CEPG y de la significación de la comunicación entre enfermera/paciente/familia, puesto que para los pacientes somos la persona en quien confían sus dudas, miedos, sus anhelos, etc. Destacan la concepción humanista y vocacional de la profesión enfermera.

Las explicaciones de las enfermeras participantes demuestran que este tipo de estudio contribuye para que la enfermera busque mejorar los

cuidados al conocer los problemas detectados y las mejoras a realizar. Otra contribución es constatar que el paciente es la clave de los cuidados de enfermería, y que si no se subsana la falta de personal de enfermería, estos cuidados no son de calidad ■

Conflicto de intereses

No ha existido ningún tipo de interés entre los participantes en la investigación.

Agradecimientos

A todas nuestras personas mayores enfermas que tanto precisan de nuestros cuidados, a la Dirección de la Residencia de Mayores Javalambre de Teruel y a las enfermeras participantes en el estudio.

Anexo 1. Modelo de entrevista semiestructurada

Nombre del participante: _____ Edad: _____
Lugar y puesto de trabajo: _____ Años trabajando: _____

GUIÓN DE PREGUNTAS:

1. Opiniones y percepciones sobre los cuidados de enfermería en general y sobre los cuidados de enfermería en el paciente geriátrico en particular.
2. Definición de cuidado de enfermería de calidad.
3. Satisfacción del paciente/familia respecto a las enfermeras.
4. Dificultades al aplicar los cuidados de enfermería.
5. Mejoras a realizar en los cuidados de enfermería.
6. Preocupación de la administración sobre la profesión enfermera.
7. Valoración de la profesión enfermera actualmente y sobre el futuro de la profesión enfermera.
8. Relación con el equipo multidisciplinar.
9. Opiniones sobre el trabajo en equipo con las enfermeras y con las otras disciplinas.
10. Opiniones sobre la falta de enfermeras y su incidencia en los cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morando Flores D, Pérez Reina M, Pantoja Fonseca Y, Corcho Fusté O, Hernández Salazar R. Calidad de la atención de enfermería a pacientes ingresadas en un Servicio de Cirugía Ginecológica. MEDISAN. 2013;17(4):634.
2. Cuesta Benjumea CDL. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm. 2007;25(1):106-12.
3. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. The Significance of Care in Professional Nursing Practice. Aquichan. 2009;9(2):127-34.
4. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. J Nurs Sch. 1993;25(4):352-7.
5. Baggio MAO. Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2006;8(1).
6. Plan de Salud Aragón 2030. Gobierno de Aragón. Link extraído de: <http://plansaludaragon.es/> el 14/08/2019
7. Observatorio de las ocupaciones. Informe del Mercado de Trabajo de Teruel Datos 2017. Catálogo general de publicaciones de la Administración General del Estado. Edición realizada por el Servicio Público de Empleo Estatal. 2018.
8. La economía turolense avanza lastrada por la despoblación y el envejecimiento. Recuperado a partir de: <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/teruel/2019/09/30/>
9. Gobbens R, van Assen M, Luijck K, Schols J. The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: Disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. Gerontologist. 2012;52:619-31.
10. Consejo Europeo de Órganos Reguladores de Enfermería (FEPI). Código ético y deontológico de la Enfermería Europea. Paestum, mayo de 2007.
11. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. Aquichan. 2015;15(3):413-25.
12. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm. 2004;13:42-6.
13. Polit DF, Féher de la Torre G, Hungler BP, Palacios Martínez R. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. México: McGraw-Hill; 2000.
14. Cuesta Benjumea CDL. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. Texto y Contexto Enferm. 2010;19(4):762-6.
15. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Nurse perception of care of hospitalized older adults – a comparative study between northern and central regions of Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2757.
16. Capezuti E, Boltz M, Cline D, Dickson VV, Rosenberg MC, Wagner L, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders - a model for optimising the geriatric nursing practice environment. J Clin Nurs. 2012;21(21-22):3117-25.
17. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. J Nurs Scholarsh. 2008;40(3):282-9.
18. Patton MQ. Qualitative evaluation methods. Beverly Hills: Sage Publications; 1990.
19. Salamanca Castro AB, Martín-Crespo CB. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación. 2007;27.
20. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido. Chile: Psicoperspectivas. 2003;2(3):53-82.
21. Vargas-Santillán MDL, Arana-Gómez B, García-Hernández MDL, Ruelas-González MG, Melguizo-Herrera E, Ruiz-Martínez AO. Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. Aquichan. 2017;17(2):171-82.
22. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública. 2002;76(5):473-82.
23. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. APA. 2005; 191-215.
24. Ferrus L. Recomendacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Catalunya: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya; 2006.
25. Aibar C, Aranz JM, Mira JJ, Perez P, Rabanaque MJ, Vitaller J. Estudio de eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios (EARCAS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
26. Cruzado Álvarez C, Jiménez FJ, Sánchez Paule Y. Principales problemas de los recursos humanos sanitarios en la Unión Europea y España. Enfermería Docente. 2012;97:20-4.
27. Martínez Sánchez CM. Calidad de la Atención Hospitalaria y dotación de Enfermeras. Index de Enfermería 2003;42. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_78-81.php (acceso: 23/09/2016).

28. Oncology Nursing Society Position. The impact of the national nursing shortage on quality cancer care. Disponible en: <https://www.ons.org/advocacy-policy/positions/policy/nursing-workforce-issues> (acceso 03 de noviembre de 2015).
29. Griffiths P, Murrells T, Maben J, Jones S, Ashworth M. Nurse staffing and quality of care in UK general practice: cross-sectional study using routinely collected data. *Br J Gen Pract*. 2010;60(570):36-48.
30. Kendall-Gallagher D, Blegen MA. Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2009;18(2):105-16.
31. Twigg D, Duffield C, Bremner A, Rapley P, Finn J. The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: A retrospective analysis of patient and staffing data. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(5):540-8.
32. Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *Am J Public Health*. 2002;92(7):1115-9.
33. Cheung RB, Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Nursing care and patient outcomes: international evidence. *Enferm Clin*. 2008;18(1):35-40.
34. Mundo Sanitario. Revista Impresa Sindicato de Enfermería. 2019;426:4.
35. Heraldo de Aragón [Internet]. Aragón necesita 2.657 enfermeras más para llegar a la media europea [consultado el 27 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2018/10/19/aragon-necesita-657-enfermeras-mas-para-llegar-media-europea-1272833-300.html>
36. Farfán F, Mendoza LM, Guerrero MM, Suárez A. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras de oncopediatría: intervención de la enfermera especialista en salud mental. *Biblioteca Lascasas*. 2012;8(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0629.php>
37. López Montesinos, MJ. Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos. Proyecto de investigación. 2010.
38. Cuxart i Ainaud N. El equipo de investigación de profesiones y organizaciones de la Universidad de Barcelona. *Enfermeras hoy: Cómo somos y cómo nos gustaría ser. Conclusiones del estudio sociológico 2004*. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Barcelona. 2005. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/b4a3fa0c-85b3-46fa-8467-2fa7920ac954>
39. Mays N, Pope C. Qualitative research: rigour and qualitative research. *BMJ*. 1995;311(6997):109-12.
40. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós;1990.