

Análisis de los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de cuidar de Watson

Mercedes Abades Porcel

Tutor

Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Avda. Complutense s/n 28040 Madrid

Resumen: El objetivo de este estudio pretende describir y analizar los cuidados enfermeros adoptados en las instituciones geriátricas, basándose para ello en los «factores del cuidado» de la teoría de Jean Watson. El estudio se aborda desde la perspectiva teórica fundamentada o Grounded Theory, paradigma interpretativista. Como método de generación de información se utilizará el análisis del discurso de la «Entrevista en profundidad» realizadas a las enfermeras sobre el concepto de cuidar en los centros geriátricos. Una vez finalizado el estudio, podrá ser de gran utilidad para los profesionales del ámbito geriátrico, dado que permitirá conocer los problemas que surgen a la hora de adoptar el modelo de Watson en la atención geriátrica.

Palabras clave: Cuidados enfermeros. Geriatria. Teoría de Watson. Relación enfermera-persona anciana.

Abstract: The aim of this study is to describe and analyse the nursing care adopted for use in Homes for the Elderly, this is based on the «caring factors» described in the Theory of Jean Watson. In order to do this; a Grounded Theory perspective, paradigm interpretativista, will be carried out as a method for analysing the opinions of the nurses obtained through structured, in depth interviews concerning the concept of caring in geriatric centers. Once this has been established, existing problems in the application of Watson's model will be evident in caring for the elderly. In addition, proposals for the improvement in nursing care will be put forward.

Keywords: Caring Nursing. Geriatric. Watson's Theory. Relationship Nursing-Older People.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el envejecimiento de la población y los cambios sociales que se están produciendo en el mundo occidental han conducido a que el envejecimiento constituya uno de los retos más importantes para la sociedad.

Para comprender qué importancia tienen los cuidados geriátricos en nuestro país, es necesario analizar por separado los diferentes elementos que lo convierten en un problema social y sanitario. Tal y como indican Subirachs y Gracia^{1,2}, en primer lugar es preciso revisar los cambios generados en el contexto social, puesto que si bien se ha fomentado una cultura de solidaridad y se ha reclamado el respeto a la diversidad ideológica cultural, también debe destacarse la inestabilidad de las estructuras familiares, la inseguridad laboral y la formación más intensiva y extensiva. En segundo lugar, es importante analizar cómo es percibida la atención del cuidar por parte de los profesionales en el contexto sanitario, dado que los escasos recursos y la mayor carga de trabajo dificultan una adecuada respuesta a las necesidades del adulto mayor. A ello debe añadirse que los sistemas de cuidados de salud han sufrido reestructuraciones administrativas que deshumanizan el cuidar, provocando pérdidas de referentes y amenazando los valores propios de la profesión.

El hecho de proporcionar cuidados enfermeros en el contexto de las instituciones o de los centros geriátricos obliga a las enfermeras a reflexionar sobre la naturaleza de las relaciones del cuidar y la filosofía de las organizaciones. Phillips³ muestra cómo, en las instituciones, este cuidar no siempre responde a las demandas de los pacientes ni a las expectativas de los profesionales. Averiguar las causas de los problemas puede convertirse en una difícil tarea que afecte a diversos profesionales, pero, como enfermeras, quizá deberíamos preguntarnos qué es lo que realmente queremos que sea la profesión enfermera y qué principios deben guiar nuestra actuación si deseamos ofrecer unos cuidados de calidad adaptados a las necesidades de la persona mayor.

Pensar en los cuidados enfermeros en las instituciones geriátricas requiere revisar su historia, analizar el presente y ser conscientes de que el futuro del cuidar también será distinto del pasado⁴. Nos obliga, como profesionales, a replantearnos seriamente si lo que consideramos como «bueno» en nuestra práctica realmente lo es y si debemos efectuar cambios.

El cuidar implica una responsabilidad consciente e intencional para la enfermera. Es un ideal moral que requiere sensibilidad y un alto compromiso ético y moral. El cuidado ha sido considerado como el núcleo de la enfermería⁵. Y las enfermeras a lo largo de la historia han realizado un gran esfuerzo para mantener este cuidar humano, tanto en su práctica clínica, como en la gestión, la educación y la investigación.

Las teóricas del cuidado enfermero –como Lenninger, Roach, Gaut, Parse, Peplau y Watson– han resultado vitales para el desarrollo del pensamiento enfermero⁶⁻⁷. Watson, en concreto, ha aportado a la definición del cuidar nuevas dimensiones desde una perspectiva fenomenológica, según la cual, el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de los demás.

La Teoría de Watson nos permite regresar a nuestras raíces y valores profesionales más profundos; representa el arquetipo de la enfermera ideal. El

cuidado deja constancia de nuestra identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. La Teoría de Watson sostiene que este cuidado contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida «sólo como un trabajo». La Teoría de Watson ofrece una fundamentación ética y filosófica para la enfermería de hoy y de mañana. Su enfoque humanístico, basado en los valores que incorpora su teoría, permite brindar apoyo a la enfermería y al cuidar humano en las instituciones geriátricas⁸.

El presente trabajo pretende describir y analizar los cuidados enfermeros existentes en las instituciones geriátricas, basándose para ello en los «factores del cuidado» de Watson. Una vez finalizado, podrá ser de gran utilidad para los profesionales del ámbito geriátrico, dado que permitirá conocer los problemas que surgen a la hora de aplicar el modelo de Watson en la atención geriátrica.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico se divide en tres partes. La primera se centra en el cuidar enfermero, la segunda en la teoría de Jean Watson y, finalmente, en la tercera se menciona el modelo de atención de las instituciones/centros geriátricos de Barcelona (Cataluña), donde se desarrollará el estudio.

El concepto del cuidar enfermero

La primera referencia a la relación entre la enfermería y el cuidar nos llega a través de Florence Nightingale⁹ (1820-1910), considerada como la enfermera que inició la profesionalización de la enfermería. Posteriormente, el cuidar se ha relacionado, en la mayoría de los casos, con la práctica de la enfermería, constituyendo un concepto central y significativo para la disciplina enfermera. No cabe ninguna duda de que, como concepto, ha ejercido una profunda influencia en la filosofía, la educación y la investigación de enfermería¹⁰.

El cuidar¹¹ emerge como concepto de interés para las enfermeras durante la década de 1950. A finales de los años setenta, el concepto del cuidar sufre grandes cambios como consecuencia de los estudios sobre el desarrollo moral de las mujeres llevados a cabo por Nel Noddings¹² y Carol Gilligan¹³. Esta última, discípula de Kohlberg, defiende que las estrategias de las mujeres se centran en la naturaleza del cuidar, en la responsabilidad de las relaciones, en los vínculos con los individuos y en mantener su autointegridad. Anteriormente, otros filósofos ya habían analizado el concepto del cuidar. Al respecto cabe destacar: Heidegger¹⁴, que consideró que el preocuparse (cuidar) expresa la característica más profunda del ser humano; por consiguiente, las diferentes formas del «estar» en el mundo son todas las manifestaciones del preocuparse. Para él, el hecho de no preocuparse por los demás conduce a la pérdida de su ser, por lo que la preocupación sería el medio para el

reencuentro. En cambio, para Mayeroff¹⁵, cuidar consiste en ayudar al otro a crecer; significa animarle y asistirle para que sea cuidado.

Buber¹⁶ también consideró que el cuidar era una relación dialógica entre un «yo» y un «tú», y que la relación constituía el fundamento de la humanidad. Él nos aportó la descripción y explicación del contexto relacional en el que se produce el cuidado. Marcel¹⁴, en cambio, marca el concepto del cuidado con sus nociones de «presencia» y de «misterio». Define la «presencia» cuando la persona «es capaz de estar conmigo, con la totalidad de mi ser, cuando yo tengo necesidad», y el «misterio» en la búsqueda de una respuesta a la siguiente pregunta existencial: «¿Qué es el ser humano?».

La investigación del concepto del cuidar en enfermería fue impulsada principalmente por Leininger¹⁷, quedando reflejadas las ideas que propugnaba en su libro *Ethical and moral dimensions of care*¹⁸. Posteriormente, Watson⁵⁻¹⁹, Benner²⁰, Fry, Piller y Robinson²¹, Roach²², Tschudin²³, Davis, Tschudin y Raeve²⁴, entre otras, han desarrollado diferentes análisis y teorías sobre el cuidar y sus aspectos éticos.

Teniendo en cuenta los conceptos y bases filosóficas de la ciencia enfermera expresados anteriormente, se puede afirmar que el cuidar enfermero contempla la ética del cuidar como una virtud, donde los ideales morales están por encima de los principios que guían la acción moral. Los valores y la actitud que como individuos tenemos al prestar cuidados expresan nuestras primeras vivencias con respecto a cómo hemos sido cuidados; para cuidar también se precisa una interacción interpersonal. Dado que, según observa Marriner²⁵, la mayoría de estas teorías han sido realizadas por enfermeras pertenecientes al mundo anglosajón, no podemos obviar que la adopción y adaptación de las mismas en nuestro medio no están exentas de problemas, por lo que sería necesario analizar qué diferencias se dan en nuestro medio cultural.

La teoría del cuidar de Watson

Jean Watson, enfermera estadounidense. Licenciada en enfermería y psicología, doctora en psicología. En la actualidad ostenta el cargo de Distinguished Professor of Nursing en Muchinson-Scoville, así como el de Chair in Caring Science en el University of Colorado Health Sciences Center. Asimismo fue la fundadora del Center for Human Caring en Colorado y es miembro de la American Academy of Nursing. Es reconocida por sus trabajos en la ciencia del cuidar humano, tanto a escala nacional como internacional⁶.

En su teoría muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. Watson afirma que su orientación es existencial-fenomenológica y espiritual, y que se basa, en parte, en la filosofía oriental. También adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y de la psicología transpersonal. Su pensamiento se fundamenta en filósofos tales como Heidegger, Marcel, Buber, May, Mayeroff, Gilligan y Noddings⁷.

Según Barbara Sarter²⁶, los elementos filosóficos más importantes de su teoría son el alma, el dualismo, la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual y la autotranscendencia.

En 1985 publica su libro *The Philosophy and Science of Caring*⁵, donde afirma la necesidad de aportar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado del paciente ampliamente definido por la medicina y los modelos científicos biomédicos tradicionales¹⁹. Igualmente concibe el cuidado más como una idea moral que como una actitud orientada al trabajo. Incluye características tales como la ocasión real de cuidado transpersonal; es decir, fenómenos que ocurren cuando existe una relación de cuidado auténtica entre la enfermera y el paciente. También enfatiza que para comprender los cuidados de enfermería, éstos se deben analizar en su contexto y relacionarlos con otras áreas del saber, como la filosofía, las ciencias humanas, la historia, la psicología, la fisiología, la sociología, la antropología y el resto de ciencias de la salud. Asimismo, para lograr una mayor comprensión de los mismos, considera conveniente identificar, describir y estudiar los factores humanísticos-científicos centrales, mediante los que resulta posible efectuar un cambio positivo en el estado de salud. Estos factores se sitúan entre las ciencias exactas y las ciencias humanas.

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores carative^{**} relacionados con la ciencia del cuidar.

Según Watson, las principales hipótesis de la ciencia del cuidar incluyen⁵:

- El cuidar sólo puede ser demostrado y practicado de manera eficaz mediante unas relaciones interpersonales.
- El cuidar comprende factores de cuidados donde el resultado es la satisfacción de ciertas necesidades humanas.
- Para que el cuidar sea eficaz, debe promover la salud como el crecimiento personal y familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidar aceptan a la persona, no sólo tal y como es, sino también como puede llegar a ser.

^{**} Formado a partir del término inglés *care* (cuidado, cuidar). Utiliza el neologismo *carative* (cuidado) en oposición al término más conocido de *curative* (curativo).

- El cuidar facilita el desarrollo de potencialidades que permiten a la persona elegir la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidar es más propicio para la salud que el tratamiento médico. La práctica del cuidado integra conocimientos biofísicos y conocimientos del comportamiento humano para generar o promover la salud en quienes están enfermos. Así pues, una ciencia del cuidar se complementa perfectamente con una ciencia de curación.
- La práctica del cuidado se inscribe fundamentalmente en la disciplina enfermera.

También indica diez factores principales del cuidado que constituyen un cuadro conceptual y permiten estudiar y comprender los cuidados de enfermería como ciencia del cuidar:

- El desarrollo de un sistema de valores humanista-altruista.
- El tomar en consideración un sistema de creencias y de esperanza.
- La cultura de una sensibilidad para uno mismo y para los demás.
- El desarrollo de una relación de ayuda y de confianza.
- La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones.
- La promoción de una enseñanza- aprendizaje interpersonal.
- La creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, de protección y/o corrección.
- La asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas.
- El tomar en consideración los factores existenciales y fenomenológicos.

La interacción entre los tres primeros factores del cuidar constituye el fundamento filosófico de la ciencia de la enfermería. Estos factores son, en gran medida, interdependientes, funcionando de forma conjunta en un proceso que favorece los cambios positivos en el estado de salud.

Watson considera que el cuidar debe fundamentarse en un conjunto de valores humanos universales: amabilidad, afecto y amor por uno mismo y los demás. Un sistema de valores humanista-altruista se integra cuando uno es joven, y continúa creciendo y madurando. Cuando una persona llega a la edad adulta, la humanización de los valores empieza a precisarse. Un sistema de valores altruista es una filosofía que guía a la vida adulta. Implica la capacidad de considerar la humanidad con amor y saber apreciar la diversidad y la individualidad. Este sistema de valores ayuda a tolerar las diferencias y a ver a los demás a través de sus sistemas de percepciones específicos, más que a través de su propio sistema.

La teoría de Watson guía hacia un compromiso profesional que debe ser un factor motivador en el proceso del cuidado. Según el contexto social en el que se han desarrollado los modelos conceptuales de la disciplina enfermera, el énfasis recae más en un aspecto que en otros, y los conceptos centrales pueden tener diversos significados¹⁹.

Las ideas y la teoría de Jean Watson se han implementado en distintas realidades asistenciales. Numerosos estudios de investigación²⁷ han analizado su aplicabilidad y eficacia. Tales estudios no siempre valoran la teoría de Watson de un modo positivo, pero a pesar de los problemas encontrados consideran que puede ser un referente para la disciplina de la enfermería. Otros estudios¹⁶⁻²⁸, influenciados quizá por el distanciamiento entre la teoría y las diferencias culturales, presentan valoraciones más críticas.

El modelo de las instituciones geriátricas

En nuestro país, el modelo de las instituciones geriátricas está influenciado por las decisiones políticas de los diferentes gobiernos, que afrontan los retos del envejecimiento mediante el desarrollo de programas orientados a cubrir las necesidades de salud de los ancianos. A pesar de los esfuerzos realizados para que éstos puedan residir en su domicilio con el mayor grado de independencia posible, el hecho es que cada vez resulta más necesario contar con residencias y centros sociosanitarios para los últimos años de su vida²⁹.

Con el propósito de cubrir estas necesidades, en Cataluña se creó el programa Vida als Anys³⁰. Desde sus inicios, en 1986, ha promovido un modelo de atención basado en el trabajo en equipo multidisciplinar, en la valoración integral y en el diseño de propuestas de intervención multidimensionales que pretenden contemplar la globalidad de las necesidades de la persona. En 1988, mediante la creación del Departamento de Bienestar Social, el ámbito de actuación pasó a ser interdepartamental. En estos momentos, el modelo sociosanitario catalán considera que la persona mayor enferma o dependiente funcional debe ser tratada desde un abordaje global.

En la actualidad, según observa Casas³¹, el contexto social y sanitario presenta una respuesta insuficiente a las crecientes necesidades y demandas sociosanitarias de las personas mayores. Los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito geriátrico y sociosanitario están condicionados por las políticas del sistema, disponen de pocos recursos económicos, materiales y asistenciales, y deben asumir mayores cargas de trabajo.

Para poder dar respuesta a las necesidades del adulto mayor en los centros geriátricos, así como a las expectativas de los profesionales, es necesario que desde las organizaciones se planteen nuevos modelos de funcionamiento y nuevos modelos de trabajo profesional, además de incidir en la búsqueda de fórmulas que incrementen la eficiencia y calidad de los cuidados enfermeros.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Por la naturaleza de la investigación cualitativa no se contempla ninguna hipótesis, pero sí una hipótesis tentativa.

Hipótesis tentativa

Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos no se fundamentan en un modelo previamente adoptado e implementado. La presión asistencial, las cargas de trabajo y el mayor ratio enfermera-pacientes/residentes que se dan en los centros geriátricos hacen que las enfermeras proporcionen unos cuidados basados principalmente en el rol de colaboración y que no se adopte ningún modelo enfermero.

Las preguntas de investigación

- Las enfermeras de los centros geriátricos (CG): residencia y centro sociosanitario (CSS), ¿adoptan en su práctica diaria de enfermería un modelo de cuidados?.
- Las enfermeras de los CG, ¿adoptan el modelo de cuidar de J. Watson?.
- En la práctica diaria de las enfermeras en las instituciones geriátricas, ¿existen diferencias o similitudes con respecto a los criterios defendidos por el modelo de J. Watson?

OBJETIVOS

Principal

- Describir y analizar los cuidados de enfermería adoptados por las instituciones geriátricas basándose en los factores del cuidado de Watson.

Específicos

- Identificar cómo perciben las enfermeras el concepto de cuidar en los centros geriátricos.
- Comparar las diferencias y similitudes –desde la perspectiva del cuidar– entre el modelo de J. Watson y el modelo de cuidar adoptado en los centros geriátricos.
- Generar propuestas de mejora en los cuidados geriátricos.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Este estudio se aborda desde la perspectiva teórica fundamentada, paradigma interpretativista, lo que implica que la teoría será fruto del estudio. Para ello se adopta la postura de que, para comprender las distintas situaciones, lo fundamental es centrarse en las experiencias e interpretaciones de los fenómenos por parte de la gente que los vive.

Para maximizar la oportunidad de encontrar el fenómeno se selecciona a un grupo de enfermeras expertas que trabajan en centros geriátricos.

Como técnicas de generación de información se utilizará la «Entrevista en profundidad», que nos permitirá una mayor comprensión de las actitudes, pensamientos, perspectivas y criterios éticos del cuidar que las enfermeras utilizan en su práctica diaria.

Se llevará a cabo un análisis comparativo entre los resultados de búsqueda bibliográfica y la realidad de la práctica diaria, expresada según la percepción de las enfermeras de los centros geriátricos. De este modo podremos analizar, basándonos en los 10 factores del cuidado de Watson, si la práctica enfermera percibida por las enfermeras se aproxima a los principios básicos de la teoría de Watson.

Ámbito de estudio

El ámbito escogido para realizar el estudio son centros geriátricos: residencia y centro sociosanitario. La razón por la que se eligen estos centros es que los mismos están relacionados, como centros de prácticas clínicas, con la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Cruz de San Pablo, adscrita a la Universidad de

Barcelona. Asimismo, mi situación como responsable del Área de Enfermería Geriátrica me facilita el acceso a dichos centros.

El ámbito de estudio descrito representa dos contextos claramente diferenciados, ya que corresponden a departamentos distintos con políticas distintas. Mientras que las residencias dependen del Departamento de Bienestar Social de la Generalitat, los centros sociosanitarios dependen del Departamento de Salud de la Generalitat.

Los centros están ubicados en barrios de Barcelona cuya población presenta distintos perfiles socioeconómicos y distintos orígenes culturales: Barrio Gótico, Gracia y Sagrada Familia.

Están organizados en tres turnos de trabajo fijos: uno de mañana, uno de tarde y uno de noche; en este último no siempre se contempla una enfermera.

En las residencias, según la información obtenida de las coordinadoras enfermeras, el ratio enfermera-paciente/residente es de 1:34, mientras que en los CSS es de 1:44-50. El perfil de usuarios corresponde, en su mayor parte, a pacientes geriátricos crónicos con alta dependencia funcional y/o psíquica; pacientes psicogeriátricos con afectación cognitiva, pacientes con procesos de rehabilitación; pacientes de cuidados paliativos.

Participantes o informantes

Inicialmente se entrevistará a todas las enfermeras de las instituciones geriátricas: residencias y CSS seleccionados; no obstante, en el caso de que la información recogida no sea suficiente, se seguirán reclutando participantes hasta la saturación de la información. Ello será posible gracias al proceso emergente y cíclico que caracteriza a la metodología cualitativa.

La estimación inicial del número de enfermeras que participan en las entrevistas es de 12, siendo 6 de residencias y 6 de centros sociosanitarios.

Perfiles de los participantes

Los participantes serán:

a) Enfermeras españolas o inmigrantes que trabajen en los centros antes mencionados y que hayan finalizado los estudios de Diplomado en Enfermería; habrá un mayor número de mujeres que de hombres, puesto que es una profesión mayoritariamente femenina y es la proporción de género mujeres/hombres que se ha observado en España.

b) Que trabajen en turno de mañana o de tarde (de noche no se ha constatado que siempre haya profesionales enfermeros).

c) Que hayan sido contratados por la Institución, con una experiencia mínima de 10 años de trabajo en el ámbito geriátrico.

Habrà una representación homogénea de las áreas escogidas. Las directoras o coordinadoras serán los informantes clave y me indicarán las enfermeras que podrían participar en las entrevistas. Nos pondremos en contacto con ellas para informarlas de todo el estudio, de las entrevistas y de lo que implicará su participación.

La elección de los participantes se realizará de la siguiente manera: el investigador se pondrá en contacto con los directores de la institución/centro, informará del estudio y, mediante un listado, se pondrá en contacto con las enfermeras participantes, de modo que tras la obtención del consentimiento informado escrito y verbal se concierte día y hora para la realización de la entrevista. Ésta se efectuará en el mismo centro, fuera del horario de trabajo del participante.

Previamente a la entrevista se realizará una entrevista de prueba para comprobar la idoneidad de las preguntas. Si éstas son adecuadas, el participante que realice la prueba piloto será incluido en el estudio. La duración de las entrevistas oscilará entre una hora y media y dos horas, pudiéndose prolongar si el entrevistador detecta que el entrevistado desea continuar y le aporta nuevos datos. Las entrevistas se registrarán con una grabadora digital a fin de facilitar el análisis de los datos, que posteriormente serán transcritos y analizados. Se tendrán en consideración los aspectos éticos, solicitando previamente a las enfermeras su consentimiento oral y escrito para grabar la entrevista; también se les garantizará la confidencialidad de las mismas, asegurándoles la destrucción de los registros después del proceso de transcripción.

Perfil del estudio

Las características de los profesionales que se tendrán en cuenta para participar en el estudio serán las siguientes:

- Los años de experiencia como profesional de geriatría.
- El género.
- El turno en el que trabaja.
- El tipo de contrato.

Se incluirá a enfermeras/os con más de 10 años de experiencia en geriatría (la proporción de participantes que correspondan a un turno o a otro, o a distintos tipos de contrato, será flexible, aunque se procurará una distribución equitativa), así como a aquéllos que acepten participar y den su consentimiento escrito y verbal.

Número de sujetos o individuos: todos los necesarios hasta llegar a la saturación de la información.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se realizará durante todo el proceso de investigación. El análisis seguirá los procedimientos de la teoría fundamentada, mediante un análisis de contenido. Para el proceso de análisis se utilizará la herramienta informática de soporte al análisis de textos Atlas.ti 5.0.

Límites del estudio

La recogida de los datos se realizará en el mismo centro, a fin de facilitar a los encuestados su asistencia a la entrevista, teniendo en cuenta que esto puede condicionar el discurso de sus percepciones.

El conocimiento quedará acumulado a la población que se ha seleccionado en la población de estudio, no siendo en ningún caso representativo de la población de enfermería de España, dado que éste no es el objetivo del presente estudio y la metodología seleccionada no sería apropiada.

También se intentará que la generación de datos se produzca respetando al máximo a todos los participantes.

Guión de la entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada³² se organizará en torno a los temas y subtemas que deben cubrirse de acuerdo con los objetivos y preguntas de investigación, pero no proporcionará las formulaciones textuales de preguntas ni sugerirá las opciones de respuestas. Se trata de un esquema que incluye los puntos a tratar, pero no se considerará cerrado ni habrá que seguir, necesariamente, el orden del mismo. En las entrevistas en profundidad interesa recoger el flujo de la información particular de cada entrevistado, además de captar los aspectos no previstos en el guión.

El entrevistador realizará una pequeña introducción, en la que explicará a los participantes las características del estudio y los objetivos, brindándoles la máxima libertad posible para que expresen sus ideas. En el transcurso de la entrevista, el entrevistador utilizará diversas técnicas, tales como silencios, animación, repetición y reafirmación, aclaración, cambio de tema.

Guión de la entrevista de este proyecto

- Pensamientos y sentimientos relacionados con atender a las personas mayores institucionalizadas.
- Conocimiento de la Teoría de Watson.

PLAN DE TRABAJO: CRONOGRAMA

1ª Anualidad

- Revisión bibliográfica.
- Búsqueda de participantes.
- Recogida de información.
- Generación de datos.
- Transcripción de las entrevistas.

2ª Anualidad

- Análisis de los datos.
- Producción de los resultados.
- Difusión de resultados.

PRESUPUESTO SOLICITADO

1. Material fungible	
Papel, fotocopias, bibliografía, material de oficina y correo	
Gestión de la publicación de los resultados	
Gastos de envío	
Subtotal	1.500 euros
2. Material inventariable	
Programa Atlas.ti versión 5.0 para el análisis de datos	800
Grabadora digital Olympus WS-320M	269
Gastos de desplazamiento	
Asistencia a congresos, reuniones	
Dietas: entrevistas	
Subtotal	1.600 euros
3. Otros gastos	
Personal, un técnico o administrativo para las transcripciones:	
12 euros/hora, 60 h mínimo	
Subtotal	720 euros
Total	3.820 euros

BIBLIOGRAFÍA

1. Subirats J. Època de canvi o canvi d'època?, en Diàlegs de Ciència i Pensament. Rev. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 2007; 6:9-10.
2. Gracia D. Compromiso ético en el desarrollo profesional continuo. Rev. Jano. Elsevier. 2006; 1626: 20-25.
3. Phillips S. Introduction. In the Crisis of Care. Edited: Phillips, S. & Benner, P. Washington: Georgetown University Press; 1994; pág. 1.
4. Esteve J. La professió infermera, reptes per aquest segle XXI. Conferència Cloenda EUI, Andorra la Vella; 2000.
5. Watson J. Le «caring». Philosophie et sciences de soins infirmiers. París: Editions Seli Arslam; 1998.
6. Watson J. Philosophy and Science of Caring. 2005, en Marriner A., Raile M. Nursing Theorists and Their Work. 6.ª ed., Mosby. 7: 91-115.
7. Guillaumet M, Fargues I, Subirana M, Bros M. Teoría del cuidado humano: Un café con Watson. Rev. Metas de Enferm. 2005; 8(2): 28-32.
8. Cara C. The Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory. International Journal for Human Caring, 2003; 7(3): 51-61.
9. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Salvat: Barcelona; 1990.
10. Smith MC. Caring and the science of unitary human beings. Advance in nursing science. 1999; 21(4): 1-28.
11. Brilowski GA, Wendler MC. An evolutionary concept analysis of caring. Journal of Advanced Nursing. 2005; 50(6): 641-650.
12. Noddings N. Caring: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press; 1984.
13. Gilligan C. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
14. Bouchard C, Kean Butil B. Le caring: Vers une conception interactionniste. Canadian Journal of Nursing Research. 1991; 25(2): 69-83.

15. Gasull M. La ética del cuidar y la atención de enfermería. Trabajo Final de Carrera, Licenciatura Humanidades UOC.; 2005. Disponible en: http://www.xina.uoc.es/docs_elec/protegit/TFC/31802.pdf
16. Buber M. Yo y tú. Madrid: Caparrós Editores; 1993.
17. Reich WT. Care, en Warren Reich (Ed.) Encyclopedia of Bioethics, 2.ª ed. Vol 1, Nueva York: Simon & Schuster/MacMillan; 1996.
18. Leininger M. Ethical and moral dimensions of care. Detroit: Wayne State University Press; 1991.
19. Watson J. Caring Science as Sacred Science. Filadelfia: F. A. Davis Company; 2005.
20. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Barcelona: Masson; 1990.
21. Fry ST, Killen AR, Robinson EM. Care-based reasoning, caring and ethics of care: a need for clarity. Journal of Clinical Ethics; 1996; 7 (1): 41-47.
22. Roach S. The human act of caring: A blueprint for the health professions. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1987.
23. Tschudin V. Ethics in Nursing. The caring relationships, 3.ª ed. Edimburgo: Butterworth Heinemann; 2005.
24. Davis AJ, Tschudin V, Raeve L. Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. Edimburgo: Churchill Livingstone; 2006.
25. Marriner A, Tomey, Raile M, Alligood. Nursing Theorist and Their Work. 6.ª ed.: Mosby-Elsevier; 2005.
26. Sarter B. Philosophical Sources of Nursing Theory, en Reed PG, Shearer NC, Nicoll LH. Perspectives on Nursing Theory, 4.ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Willkins; 2004.
27. Smith M. Review of Research Related to Watson's Theory of Caring. Nursing Science Quarterly; 2004; 17(1): 13-25.
28. Barker PJ, Reynolds W, Ward T. The proper focus of nursing: a critique of the «Caring» ideology. Int. J. Nurs. Stud; 1995; 32(4): 386-397.
29. Abades Porcel M. El dret a l'autonomia i els centres sociosanitaris. Jornada Científica d'Infermera de l'Associació Catalana d'Infermeria: Cuidar de les persones grans: un repte per a les infermeres catalanes. Libro de comunicació; 13 de junio de 2000.

30. Servei Català de la Salut. El model d'atenció socio sanitària a Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona; 1994.
31. Casas Baroy JC, Vall i Mayans M. Identificación y priorización de problemas socio sanitarios de las personas mayores de Roda de Ter, Barcelona: participación ciudadana y grupo nominal, en el estudio previo a la planificación de los estudios de salud. Universitat de Vic. Grup de Recerca de Qualitat de Vida en Geriatria. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2072/147> (consultado el 23 de abril de 2007).
32. Valls Miquel S. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2000.

Recibido: 16 junio 2009.
Aceptado: 19 junio 2009.