

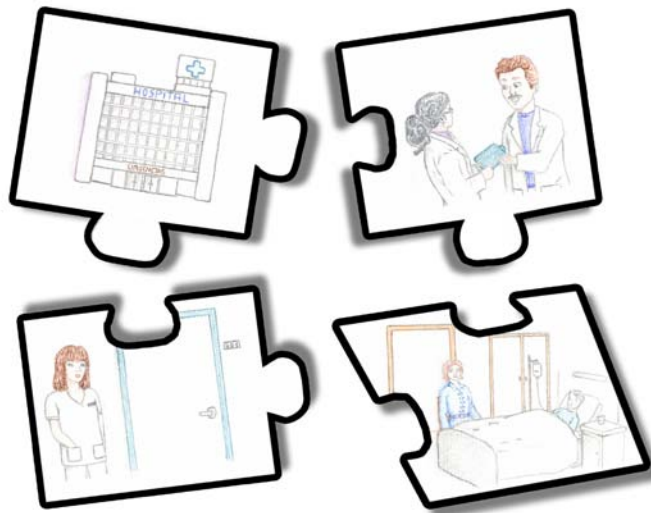


**Universitat de les
Illes Balears**

Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS)
Programa de doctorado en Ciencias Biosociosanitarias

TESIS DOCTORAL

**Saber, poder y cultura de sí en la construcción
de la autonomía del paciente en la toma de decisiones.
Relación de la enfermera con el paciente, familia,
equipo de salud y sistema sanitario**



Doctorando

Jesús Molina Mula

Directores

Dra. Julia Gallo Estrada
Departament
d'Infermeria i Fisioteràpia
Universitat de les Illes Balears

Dr. Bernardo Riutort Serra
Departament
de Filosofia i Treball Social
Universitat de les Illes Balears

Dra. Elizabeth Peter
Lawrence S. Bloomberg
Faculty of Nursing
University of Toronto

Dibujo de portada: Natividad Molina Mula
Diseño gráfico del dibujo: José Antonio Plazas Soriano
Maquetación: Bartomeu Salas Mascaró

AGRADECIMIENTOS

Todo trabajo personal conlleva un proceso de madurez con ayuda de las personas que te rodean, a las que le pides consejo en todo momento, que te calman de tus inseguridades y te animan a continuar el peregrinaje de tus objetivos. Si ellos, no creo que fuese posible ningún ejercicio de reflexión y al fin al cabo, no sería necesario realizarlo, pues la retroalimentación en el mundo científico es un aspecto primordial para el enriquecimiento de la misma.

Por esta razón, se hace importante tener un hueco, donde agradecer a todas aquellas personas que han contribuido de una forma especial en esta tesis, para tenerlas siempre como referencia. No sólo por su capacidad para revisar con criterio los puntos clave, sino por sus reflexiones en momentos difíciles de querer tirar la toalla, pues sin duda el desierto de la investigación y las relaciones que en ella se entraman, pasan una importante factura, a veces injustificada.

Gracias a la Dra. Julia Gallo, mi directora y amiga, que me ha sabido guiar en este proceso de reflexión, análisis y revisión de un fenómeno cada vez más apasionante. Por su generosidad aún en momentos difíciles, que no me ha abandonado ni un segundo y que ha sabido exprimir de mí cada partícula de ciencia, pero además ha sabido cómo frenarme en aquellos momentos de ansiedad por terminar. Gracias

al Dr. Bernat Riutort, otro de mis directores, por esa extraordinaria visión del mundo de la filosofía, que me ha ayudado a ver con una mirada crítica que toda teoría filosófica debe ser discutida y renovada. Gracias a él, Foucault no se ha convertido en un compromiso, sino en una oportunidad de cambio. Y gracias a la Dra. Elizabeth Peter, también directora de esta tesis, pues aunque en la lejanía del frío de Toronto, ha sabido ofrecerme una visión más global del fenómeno de mi estudio. Sus aportaciones me han trasladado a otras realidades.

A Cati Perelló, siempre a mi lado, en lo bueno y lo malo, una suerte tenerla conmigo junto con María José, Carina y Sofía; a Joan de Pedro, que tantos ratos hemos reflexionado sobre la cualitativa, que me ha ayudado a mantenerme alerta ante los misterios de la ciencia; a Pilar Sánchez-Cuenca, por acercarme a la universidad y ser un referente a la que mirar ante cualquier duda o flaqueza, gracias Pilar por ser mi revisora externa, por la lectura crítica de esta tesis, que ha aportado más calidad en el discurso; a Joana Ma. Taltavull, por su mirada global que tanto me ha ayudado; a mis inolvidables compañeras de la sede de Ibiza —Rosa, Marilina, Marina, Carme, M^a Carmen—, por darme tanto cariño en todo este proceso difícil; a Maite y Elisa por esos cafés de apoyo y soporte emocional. Mi gratitud a Carlos, por su paciencia, haciendo más fácil el camino. Y a todos y todas mis compañeros y compañeras del Departamento de Enfermería, por haberme hecho un hueco en sus vidas académicas.

No me puedo olvidar de mi familia, que desde una distancia solo en kilómetros, me han apoyado en todo momento, por su calidez, cariño, energía y un largo etcétera, muchas gracias. Esto es para vosotras, mi madre, mis hermanas y mi hermano. Y a mis maravillosos amigos y amigas de La Viña —Lorca—, incluyendo el barrio, la Torrecilla y demás: sois los mejores, no puedo vivir sin vosotros.

RESUMEN

La literatura científica sitúa la autonomía del paciente en la toma de decisiones en el ámbito clínico, en una encrucijada entre dos posiciones éticas; el paternalismo y la elección informada. Analizar los textos de los registros de las historias clínicas y los discursos de las enfermeras, mediante una metodología cualitativa y desde la perspectiva de la ética foucaultiana, permite conocer los factores que determinan el poder de decisión de los pacientes. Este estudio revela que el paciente no es autónomo en la toma de decisiones sobre sus cuidados debido; a una determinada institucionalización de la atención, que marca los ritmos de las decisiones, a las características de las relaciones interprofesionales y a las dinámicas relacionales que se establecen entre los profesionales, en particular de la enfermera con el paciente y la familia. Se debe liberar al paciente de las reglas impuestas, promoviendo su propia conducta, su propio estilo de vida.

Palabras clave:

Autonomía del paciente, relación enfermera-paciente, relación enfermera-familia, relaciones interprofesionales, equipo de salud, sistema sanitario, modelos de gestión, práctica profesional, relaciones de poder, Foucault, bioética.

ABSTRACT

The scientific literature places the patient autonomy in decision-making in the clinical setting, at a crossroads between two ethical positions, paternalism and informed choice. Analyze records of clinical histories and nurses discourses, using a qualitative methodology and from the perspective of foucauldian ethics, allows knowing the factors that determine the power of patient decision. This study reveals that the patient is not autonomous in making decisions about your care because, to a certain institutionalization of care, which marks the rhythms of the decisions, the characteristics of the interprofessional-relationships and relational dynamics that exist between professionals, in particular, of the nurse with the patient and family. It should free the patient from the rules imposed by promoting their own behavior, their own lifestyle.

Key words:

Personal autonomy, professional-patient relations, professional-family relations. Interprofessional relations, health team, health system, professional practice, power relations, Foucault, bioethics.

ÍNDICE

1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS	15
2. REFLEXIVIDAD Y POSICIONAMIENTO	19
3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	25
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	41
4.1. CONCEPTOS NUCLEARES DEL ESTUDIO	41
4.2. ¿QUÉ SE CONOCE HASTA EL MOMENTO?	43
4.2.1. Contextualización de la toma decisiones de los pacientes en el ámbito clínico	43
4.2.2. Relación de la enfermera con el paciente y la familia	54
4.2.2.1. Rol del paciente	56
4.2.2.2. Rol de la enfermera	58
4.2.2.3. Tipo de relación de la enfermera con el paciente	60
4.2.2.4. Tipo de relación de la enfermera con la familia	62
4.2.2.5. Influencia en el cuidado de la relación de la enfermera con el paciente y la familia	66
4.2.3. Relaciones interprofesionales en los equipos de salud	69
4.2.3.1. Estereotipos profesionales y sus características	73
4.2.3.2. Influencia de las relaciones interprofesionales en el cuidado del paciente	78
4.2.4. El Sistema Sanitario: efectos sobre la práctica clínica de los profesionales de la salud	83
4.2.4.1. Influencia del sistema sanitario en la práctica enfermera	87
4.2.4.2. Influencia del sistema sanitario en el cuidado del paciente y su familia desde la práctica enfermera	91
4.2.4.3. Influencia de las políticas de austeridad en la calidad de los cuidados (contexto económico)	94
4.3. ¿QUÉ ESTÁ PENDIENTE DE CONTESTAR?	100

5. PERSPECTIVA Y ORIENTACIÓN TEÓRICA	105
5.1. PARADIGMA CRÍTICO-SOCIAL	106
5.2. LA PERSPECTIVA POSTESTRUCTURALISTA	109
5.3. LA ÉTICA FOUCAULTIANA	113
5.3.1. Nacimiento de la Subjetivación	116
5.3.2. Genealogía de la ética	120
5.3.2.1. Relaciones de poder	130
5.3.2.2. Arqueología del saber	139
5.3.2.3. Los discursos y el lenguaje	145
5.3.2.4. Relación entre poder, saber y verdad	150
5.3.2.5. El gobierno y la globalización	152
5.3.3. Ética de nuestro presente	154
5.3.3.1. Ética de la resistencia y la libertad	157
5.3.3.2. Práctica de la ética de nuestro presente	164
5.4. ÉTICA FOUCAULTIANA Y AUTONOMÍA EN LA TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO CLÍNICO	169
6. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	181
6.1. OBJETIVO GENERAL	181
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	181
6.3. DISEÑO	182
6.3.1. Material, participantes y muestra	185
6.3.1.1. Registros de observaciones de enfermería	187
6.3.1.2. Entrevistas a enfermeras	190
6.3.2. Recogida de los datos	191
6.3.2.1. Registros de observaciones de enfermería	191
6.3.2.2. Entrevistas a enfermeras	191
6.3.3. Análisis de los datos	193
6.4. ESTRATEGIAS DE RIGOR METODOLÓGICO	195
6.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	198
6.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	199
6.7. DIARIO DE CAMPO	200

6.7.1. Registros de las observaciones de enfermería	201
6.7.2. Entrevistas a enfermeras	204
7. RESULTADOS	211
7.1. REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES	211
7.1.1. Ser paciente	212
7.1.1.1. Buen paciente según la enfermera	212
7.1.1.2. Mal paciente según la enfermera	214
7.1.1.3. El paciente como problema social según la enfermera	217
7.1.2. La familia, extensión instrumental de la enfermera en los cuidados	217
7.1.2.1. La familia, ojos y oídos de la enfermera	218
7.1.2.2. La familia como obstáculo	220
7.1.2.3. Límites de la información a la familia en la toma de decisiones de los pacientes	221
7.1.2.4. El valor de la familia para la enfermera	222
7.1.2.5. Integración del cuidador privado en el ámbito clínico	223
7.1.3. El poder del equipo de salud en la toma de decisiones del paciente	223
7.1.3.1. La relación entre enfermeras	224
7.1.3.2. La autoridad del médico en los cuidados	225
7.1.3.3. Participación de otros profesionales en los cuidados	230
7.1.4. Instrumentalización del sistema sanitario en la autonomía del paciente	232
7.1.4.1. Normalización de la práctica enfermera	232
7.1.4.2. Impacto del modelo de gestión en la práctica enfermera	235
7.1.4.3. El paciente silenciado por el sistema sanitario	236
7.1.5. Competencias de la enfermera como límite en el poder de decisión de los pacientes	238
7.1.5.1. Obediencia al médico	238
7.1.5.2. Autonomía profesional	240
7.1.5.3. Espacio entre valorar y cuidar	243
7.2. ENTREVISTAS A ENFERMERAS	246
7.2.1. Paciente como objeto pasivo de los cuidados	247
7.2.1.1. Paternalismo protector con el paciente	248
7.2.1.2. Tensiones en la relación con el paciente	251
7.2.1.3. Poder de decisión del paciente	252
7.2.1.4. Estrategias de poder de la enfermera	255

7.2.1.5. Ser un buen paciente según la enfermera	257
7.2.1.6. Impacto de la relación enfermera-paciente en el cuidado	258
7.2.2. La familia, extensión instrumental de la enfermera en el cuidado	260
7.2.2.1. Modelos de familia	261
7.2.2.2. Influencia de la presencia de la familia en la relación de la enfermera con el paciente	265
7.2.2.3. Impacto de la familia en la carga de trabajo de la enfermera	267
7.2.2.4. Impacto de la relación enfermera-familia en el cuidado del paciente	269
7.2.3. El poder del equipo de salud en la toma de decisiones del paciente	270
7.2.3.1. Idealización del trabajo en equipo	271
7.2.3.2. La enfermera en el equipo de salud	274
7.2.3.3. Limitaciones en el trabajo en equipo	277
7.2.3.4. Estereotipos profesionales: médico experto, enfermera obediente y auxiliar sumisa	281
7.2.3.5. Funcionamiento de los microequipos de trabajo en el equipo de salud	284
7.2.3.6. El paciente como instrumento de comunicación entre los miembros del equipo	286
7.2.3.7. Impacto de las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo en la autonomía del paciente	288
7.2.4. Instrumentalización del sistema sanitario en la autonomía del paciente	290
7.2.4.1. Normalización de la práctica enfermera en las instituciones sanitarias	291
7.2.4.2. La supervisora de la unidad como facilitadora del trabajo de la enfermera	296
7.2.4.3. Inexistencia de una dirección accesible y útil para la enfermera	300
7.2.4.4. La estabilidad laboral como camino hacia la autonomía del paciente	301
7.2.4.5. La importancia de los espacios físicos en la práctica clínica	304
7.2.4.6. Institución sanitaria basada en la ética de mercado	305
7.2.4.7. Impacto de la crisis económica en el cuidado del paciente	309
7.2.5. Ser enfermera	310
7.2.5.1. Fortalezas y debilidades de la enfermera	311
7.2.5.2. El binomio, médico-dominador y enfermera sumisa	313
7.2.5.3. Soledad y sufrimiento moral de la enfermera	316
8. DISCUSIÓN	319
8.1. PACIENTE COMO OBJETO PASIVO DE LOS CUIDADOS	319

8.1.1. Las estrategias de poder de la enfermera determinan la autonomía del paciente en la toma de decisiones	322
8.1.2. La familia como estrategia de resistencia del paciente ante la dominación profesional	331
8.1.3. El saber de los profesionales oculta la autonomía en la toma de decisiones de los pacientes	335
8.1.4. Instrumentalización de un paciente sumiso en la institución sanitaria: efectos del biopoder	342
8.2. CULTURA DE SÍ: OPORTUNIDAD PARA LA AUTONOMÍA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LOS PACIENTES	350
9. CONCLUSIONES	359
9.1. RELACIÓN DE LA ENFERMERA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA	359
9.2. EQUIPO DE SALUD	361
9.3. SISTEMA SANITARIO	362
9.4. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL	363
9.5. DIFUSIÓN E IMPACTO CIENTÍFICO	366
10. BIBLIOGRAFÍA	367
ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA	411
ANEXO 2. BIBLIOGRAFÍA DE MICHEL FOUCAULT	437
ANEXO 3. CATEGORÍAS Y CÓDIGOS DE LAS FUENTES ANALIZADAS	461
ANEXO 4. AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL CAN MISSES	467
ANEXO 5. RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LES ILLES BALEARS	471
ANEXO 6. HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	475
ANEXO 7. ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA DELEGADAS POR EL MÉDICO	481
ANEXO 8. DIVISIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN HOMOGENEIDAD Y DIFERENCIAS EN LAS POSICIONES DISCURSIVAS	489

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	29
TABLA 2: Ficha de revisión de cada artículo seleccionado para la lectura crítica.	32
TABLA 3: Resultados de la fase 1 de la búsqueda bibliográfica estructurada.	36
TABLA 4: Resultados de la búsqueda bibliográfica completa (fase 1 + fase 2).	37
TABLA 5: Análisis metodológico de los estudios incluidos.	38
TABLA 6: Fuentes consultadas para el desarrollo de la Metodología de la Investigación y la Orientación Teórica.	39
TABLA 7. Factores que contribuyen a la toma de decisiones de los pacientes (Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010).	50
TABLA 8. Elementos comunes de las perspectivas dentro del paradigma crítico social.....	109
TABLA 9. Concurrencia de las palabras clave en los registros de enero, febrero, marzo y abril.	189
TABLA 10: Proceso documental de selección de los registros según meses del año 2011.	202
TABLA 11. Guión de la entrevista.	206
TABLA 12. Datos sociodemográficos de los participantes.	207
TABLA 13. Elementos de transcripción.....	208
TABLA 14: Clasificación de los participantes según edad.....	491
TABLA 15: Clasificación de los participantes según años de experiencia en la unidad...493	
TABLA 16: Clasificación de los participantes según situación laboral.....	494
TABLA 17: Clasificación de los participantes según la unidad.	496

ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1: Descriptores traducidos en DeCS.....	30
ESQUEMA 2: Esquema y algoritmo de decisión para la selección de los artículos.	38
ESQUEMA 3: Categorías temáticas de la revisión de la literatura.	40
ESQUEMA 4: Conceptos Nucleares del estudio	42
ESQUEMA 5: Temáticas dominantes en la literatura sobre relación enfermera con el paciente y la familia.....	55
ESQUEMA 6: Temáticas dominantes en la literatura sobre las relaciones interprofesionales en los equipos de salud.	69
ESQUEMA 7: Temáticas dominantes en la literatura sobre los efectos del sistema sanitario en la práctica clínica de los profesionales de salud.	84
ESQUEMA 8. Perspectiva y orientación teórica aplicada al fenómeno de estudio.....	180
ESQUEMA 9: Autonomía en la toma de decisiones del paciente según la relación con la enfermera.....	330
ESQUEMA 10. Relación de la familia con la enfermera.....	334
ESQUEMA 11: Relaciones interprofesionales y autonomía del paciente en la toma de decisiones.	341
ESQUEMA 12: Instrumentalización del paciente por el sistema sanitario.....	349
ESQUEMA 13. Modelo actual de la toma de decisiones de los pacientes en el ámbito clínico desde la perspectiva enfermera.	358
ESQUEMA 14. Continuidad en la investigación.....	365
ESQUEMA 15. Categorías y códigos de la edad y experiencia profesional de los participantes.....	492
ESQUEMA 16: Categorías y códigos de los años de experiencia en la unidad.....	493
ESQUEMA 17. Categorías y códigos de la situación laboral.	495
ESQUEMA 18. Categorías y códigos de la unidad.....	496

Capítulo 1

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

«[...] si nunca hablo de lo que debería hacerse, no lo hago porque tema que no hay nada que hacer; más bien es justo lo contrario: lo hago porque creo que hay miles de cosas que pueden inventarse y producirse por parte de quienes, reconociendo las relaciones de poder en las que están involucrados, han decidido resistir o escapar de ellas.»

Michel Foucault, (1981:91)

Antes de comenzar a desarrollar este trabajo de investigación, me gustaría destacar algunos aspectos sobre el objetivo de la misma, su estructura y el estilo lingüístico del texto utilizado.

En primer lugar, esta tesis tiene un doble objetivo, por un lado aportar evidencia científica para definir y concretar el fenómeno a estudio, y por otro, obtener el Grado de Doctor dentro del programa de doctorado en Ciencias Biosociosanitarias del Instituto Universitario en Ciencias de la Salud (IUNICS) de la Universitat de les Illes Balears.

En segundo lugar, en lo que se refiere a la estructura, este documento consta de once capítulos. En el primero y segundo hago referencia a los aspectos que dan forma a la tesis que incluyen además, las motivaciones que me han llevado a situarme en el fenómeno de estudio, desde la perspectiva que propongo.

En el tercer capítulo, describo la estrategia de búsqueda bibliográfica desarrollada a partir de los objetivos del estudio, para en el tercer capítulo introducirme de lleno en los factores que intervienen en la capacidad de toma de decisiones de los pacientes según la revisión de la literatura. En este apartado, destaco lo que hasta el momento se conoce, para posteriormente plantear aquellos conceptos que no quedan suficientemente desarrollados o son escasamente analizados desde la orientación teórica que formulo.

En el capítulo de la orientación teórica, expongo los elementos utilizados en esta investigación de la perspectiva postestructuralista del filósofo francés, Michel Foucault, especialmente de su propuesta de ética foucaultiana. Dicha orientación teórica me ha permitido realizar un análisis de las relaciones de poder, saber y cuidado de sí, implicadas en la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones.

El sexto capítulo, incluye el planteamiento de la investigación, en él expongo los objetivos del estudio, así como el material y método utilizado. Desde una metodología cualitativa, a través de registros y entrevistas en profundidad a enfermeras, he realizado un análisis de discurso sobre los factores que influyen en el poder de decisión del paciente. Además, éste capítulo incluye el diario de campo sobre las fuentes analizadas, donde describo las decisiones adoptadas a lo largo de toda la investigación.

El capítulo de resultados aparece dividido en dos grandes bloques, por un lado los resultados de los registros de las observaciones de enfermería y por otro, los resultados de las entrevistas a enfermeras. Ambos apartados se estructuran según las categorías y códigos definidos a partir de los textos de los registros y entrevistas analizados.

El capítulo de la discusión, parte de la autonomía del paciente como eje central y los factores que han ido apareciendo en los resultados que impactan en dicha autonomía. Además incluye las similitudes y diferencias con otros estudios nacionales e internacionales y la conexión con la orientación teórica.

En el capítulo de conclusiones, planteo los desenlaces y propuestas que han surgido del desarrollo de esta investigación, así como el impacto para la práctica clínica, la evidencia científica y la continuidad en el desarrollo de futuras investigaciones e intervenciones en el fenómeno analizado. Además la tesis cuenta con un capítulo de anexos, según se indican en el texto o bien determinados documentos de interés.

Finalmente, en referencia a la semántica y el estilo lingüístico del texto, he utilizado para su desarrollo, la primera persona, que aunque es algo inusual en nuestro entorno científico, es una herramienta muy utilizada en los textos anglosajones. Esto me ha servido para mantenerme más cercano al proceso investigador y establecer así, una relación dialéctica con el lector. En todo momento, he intentado transmitir la complejidad del fenómeno expuesto mediante el uso de afirmaciones alejadas de los imperativos científicos, consecuencia directa de mi orientación y perspectiva teórica, lo que me ha permitido tener una visión multidimensional del fenómeno. Respecto al género utilizado en el texto, he querido referirme a la enfermera en femenino y no masculino, pues la mayoría del colectivo de enfermería lo representan mujeres. El propósito de mantenerme fiel a estas observaciones lingüísticas, surge de la intención de hacer frente al sentido único de las palabras y poner de manifiesto las tensiones y resistencias entre ellas que intentan transmitir unas determinadas «realidades» sociales, culturales, políticas y de género.

Capítulo 2

REFLEXIVIDAD Y POSICIONAMIENTO

Este capítulo incluye una aproximación al proceso de reflexividad, el cual influye a toda investigación, a partir de mis características personales, tales como edad, género, clase social y situación profesional, y mis experiencias personales y profesionales previas.

Los hechos más importantes que han influido en el interés por el estudio de la autonomía en la toma de decisiones de los pacientes, en mi posicionamiento teórico, y en general en que tenga una visión crítica ante las situaciones que me rodean, los he reunido cronológicamente en tres espacios: mi contexto familiar y sociocultural, experiencias personales, y experiencias profesionales a nivel clínico y docente.

Respecto a mi situación familiar y sociocultural, debo hacer mención al contexto histórico y social en el que me he encontrado inmerso desde la adolescencia, el cual ha marcado de una forma muy concreta mi preocupación constante por las desigualdades sociales y aspectos políticos y culturales de mi entorno. Este contexto sociofamiliar, me ha dado la oportunidad de participar de una forma muy activa en organizaciones sociales, donde se generaban importantes espacios de reflexión. Podría decir que a lo largo de los años, mi implicación con estas organizaciones sigue aumentando.

Estas circunstancias socioculturales de mi entorno más cercano han contribuido a que como investigador me sienta identificado con el posicionamiento político y ético que subyace del paradigma crítico social. Fundamentalmente, por la importancia que concede a los contextos culturales, políticos, sociales y étnicos en todos aquellos fenómenos a estudio.

A continuación destacaré aquellas experiencias personales, que a mi modo de ver, han sido relevantes en el planteamiento de esta investigación. Desde mi adolescencia, he tenido siempre una preocupación por las personas de mi entorno y me he sentido atraído por lo que concernía a sus procesos de salud y enfermedad. Este fue uno de los motivos, por los cuales tomé la decisión de iniciar mi formación en la disciplina de enfermería.

Desde el principio, ya iniciados los estudios universitarios compaginé mi formación con actividades de investigación junto con profesores de la Universidad de Murcia, así como con las organizaciones con las que colaboraba. Teniendo en cuenta que la formación universitaria recibida estaba abocada hacia un paradigma más positivista de la salud, estas colaboraciones me permitieron ir ampliando y dirigiendo mi perspectiva de la salud hacia un campo más social.

Ya desde el inicio de los estudios se produjo en mi vida una situación, que se repetiría en varias ocasiones más tarde y marca una determinada forma de afrontar las relaciones interpersonales. Me estoy refiriendo a la movilidad geográfica, que me ha supuesto un cambio total de estilo de vida en cinco ocasiones en diferentes momentos, bien por cuestiones de estudio, o bien por cuestiones profesionales.

Respecto a mis experiencias profesionales, me gustaría destacar dos de ellas que se han sucedido de forma simultánea. Por un lado, mi experiencia como enfermero asistencial y por otro lado, mi experiencia como enfermero docente en varios campos.

Cuando finalicé los estudios de enfermería, el contexto profesional venía marcado por un número muy elevado de profesionales en paro en el sistema sanitario de

mi comunidad. Esta situación de dificultad de acceso a un puesto de enfermero en el sistema murciano de salud, junto con mi interés de no perder el contacto con la formación universitaria me llevó, en primera instancia, a iniciar los estudios de Ciencias de la Documentación que finalicé en 2004. Pero además, esta circunstancia de precariedad laboral, no sólo me alentó a realizar los estudios de documentación, sino que me animó a desplazarme a otras ciudades de otras comunidades autónomas en busca de un contrato de trabajo como enfermero. Esta movilidad me ha proporcionado una amplia experiencia en el campo profesional y me ha proporcionado importantes oportunidades para continuar en el desarrollo de mi perfil profesional.

Durante ocho años, tuve la ocasión de compaginar mi actividad profesional asistencial en el Hospital Can Misses de Ibiza con la actividad docente en la Universitat de les Illes Balears.

Estos años, han sido cruciales para ir acrecentando mi interés sobre el fenómeno de estudio, fundamentalmente por dos razones. En primer lugar, fui comprendiendo que en muchas ocasiones, el cuidado del paciente y la familia dependía más del tipo de relaciones que se establecían entre los profesionales y sus prácticas que de los propios objetivos de salud. Pero además pude observar cómo estos objetivos de salud venían determinados inicialmente por la organización sanitaria y no sólo, por los profesionales implicados en el cuidado del paciente.

La segunda razón que determinó mi interés, fue mi incorporación como profesor asociado de la Sede de Ibiza y Formentera al Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears, en concreto en el área de ética y legislación. Esta situación me llevó a profundizar en el estudio de las bases conceptuales y filosóficas de la bioética en enfermería. Es entonces, cuando surge mi interés por incluir las reflexiones éticas sobre la capacidad de autonomía del paciente en la toma de decisiones, desde el estudio de la relación de la enfermera con el paciente, la familia, el equipo de salud y el sistema sanitario.

En ese momento, me vi influido fuertemente por un modelo de la ética basado en principios y normas aplicadas a la salud. Las razones que me llevaron a este posicionamiento, fueron el modelo desarrollado desde el área de ética del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, y por otro lado, el pertenecer a un Comité de Ética en Investigación Clínica donde predomina una concepción biomédica de la ética.

Es desde esta situación, donde empiezo a cuestionar si aquellos discursos que dominan mi área de estudio recogen realmente mis inquietudes como investigador, y si es posible la consideración de otras alternativas y perspectivas.

Lo cierto es, que en cada turno de trabajo me planteaba diferentes formas de estudiar la realidad profesional que me rodeaba respecto a la autonomía del paciente.

Estos desencuentros, fueron los que me llevaron a solicitar asesoramiento a profesores del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears, respecto a cuáles podrían ser las posibles miradas de estudio sobre este fenómeno. Hasta ese momento, mi conocimiento sobre los paradigmas en la investigación en salud era muy escaso. Fueron los intercambios con algunos profesores y profesoras de mi departamento, lo que me llevó a matricularme en el programa de doctorado interuniversitario en enfermería y salud internacional de dicho departamento. Fue en abril de 2010 cuando culminó el primer paso hacia esta tesis con la defensa del Diploma de Estudios Avanzados (DEA).

A partir de aquí comenzaba una nueva andadura, y aunque asumida con ilusión, más dura de lo que nunca imaginé. Una semana después de la defensa del DEA realicé una estancia académica en Canadá, en la Facultad de Enfermería S. Bloomer de la Universidad de Toronto, que sin duda me marcó para el desarrollo de la tesis, pues hasta el día de hoy, me ha acompañado en este camino la Dra. Elizabeth Peter como codirectora de esta tesis.

La vuelta de Canadá produjo una serie de situaciones personales y profesionales importantes que impactaron de forma directa en este trabajo, que me llevaron a profundizar en aspectos metodológicos realizando un Máster en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud en la Universidad de Huelva en el 2011 y otro Máster en Ciencias Médicas y de la Salud en la Universitat de les Illes Balears en el 2012. Además, durante este periodo decidí presentar a diferentes convocatorias públicas de financiación el proyecto, consiguiendo a finales de 2011 la subvención por parte de la Cátedra en Enfermería de Estudios Avanzados del Colegio Oficial de Enfermería de las Illes Balears.

Durante todo este proceso consideré que necesitaba un director que me ayudase con la elaboración de la orientación teórica de Foucault, por lo que comenzó a codirigirme el Dr. Bernat Riutort Serra de la Facultad de Filosofía de la UIB.

Tras la solicitud de los diferentes permisos y aprobaciones de Comités Éticos de Investigación de Baleares, me introduje en el campo para la recogida de los datos. He de señalar que volver a mi antiguo hospital para analizar los discursos de las enfermeras, ha sido una experiencia impresionante, no sólo por la información recogida, sino el poder volver a conectar con el ámbito clínico, que desde 2007 había abandonado para incorporarme como profesor colaborador de la Universidad. Gracias a los investigadores colaboradores del equipo que han formado parte de este trabajo, fui desarrollando cada una de las fases de esta tesis.

El último cambio que sin duda ha dado lugar a la culminación de la tesis, se produjo en el primer semestre del año 2012, donde se incorporaba otra de las codirectoras, la Dra. Julia Gallo Estrada, que me ha ayudado en el proceso, para mi más complicado, de la revisión pormenorizada de los capítulos de la tesis. Además decidí cambiar de programa de doctorado, en el cual se presenta este trabajo, al de Ciencias Biosociosanitarias del IUNICS de la UIB.

Estas circunstancias descritas, y otras que quizás no quedan reflejadas, son sin duda, las que han contribuido a que a día de hoy, sea la autonomía del paciente, uno de los más importantes proyectos de mi vida investigadora, por la cual opto al ser doctor.

Capítulo 3

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Antes de exponer los conceptos fundamentales en los que basaré la contextualización y revisión de la literatura presentaré la estrategia de búsqueda bibliográfica utilizada (tabla 1).

Se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada en profundidad, que se desarrolló en tres fases. La primera fue llevada a cabo durante el año 2009 y hasta Febrero de 2010. En ella se consultaron tanto bases de datos electrónicas como fuentes históricas. Las fuentes consultadas para la captación de originales fueron: EBSCOhost (que incluye las siguientes bases de datos: Abstracts in Social Gerontology, Academic Search Premier, Cinahl, Family Studies Abstracts, FRANCIS, Historical Abstracts y PsycINFO), OVID (que incluye Social Works Abstract y NASW), Biblioteca Virtual de la Salud (que incluye IBECS, WHOLIS, LILACS, HISA y Scielo), PubMed, IME, CUIDEN, PSICODOC, Cochrane Library Plus y JBI CONECT España – Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics. Antes de iniciarla, se especificaron los límites, los conceptos generales y los criterios de inclusión y exclusión de los trabajos que se someterían al análisis. La selección fue limitada a artículos en inglés, castellano, francés, portugués y catalán, sin límite de años publicados, excluyendo aquellas referencias que por su título y contenido no se ajustaban a los parámetros definidos anteriormente.

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Objetivos	<p>General: Analizar la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes desde la perspectiva de la enfermera a través de la relación de ésta con el paciente y la familia, las relaciones interprofesionales y el sistema sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Específico 1: Describir la autonomía del paciente en la toma de decisiones desde los factores que la condicionan a través de la perspectiva de la ética foucaultiana. ● Específico 2: Describir los factores que condicionan la relación de la enfermera con el paciente y su familia, con el equipo de salud y el sistema sanitario. ● Específico 3: Explorar las implicaciones para la práctica clínica y el impacto en la calidad de los cuidados de las relaciones de entre la enfermera con el paciente, la familia, el equipo de salud y el sistema sanitario. 		
Palabras clave	Autonomía del paciente, relación enfermera-paciente, relación enfermera-familia, relaciones interprofesionales, sistema sanitario, modelos de gestión, práctica profesional, relaciones de poder.		
Descriptores	Traducidos al lenguaje documental en DeCS		
		Castellano	Inglés
	Raíz	Autonomía Personal	Personal Autonomy
	Secundario(s)	<ul style="list-style-type: none"> ● Relaciones profesional-paciente ● Relaciones profesional-familia ● Relaciones interprofesionales ● Sistema Sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> ● Professional-patient relations ● Professional-family relations ● Interprofessional relations ● Health Systems
	Marginale(s)	<ul style="list-style-type: none"> ● Práctica profesional ● Relaciones de poder 	<ul style="list-style-type: none"> ● Professional practice ● Power relations
Booleanos	1er Nivel	Autonomía personal / Personal Autonomy	
	2do Nivel	Autonomía personal AND (Relación profesional-paciente OR Relación profesional-familia OR Relaciones interprofesionales OR Sistema sanitario) Personal autonomy AND (Professional-patient relations OR Professional-family relations OR Interprofessional relations OR Health systems)	
	3er Nivel	Autonomía personal AND [(Relación profesional-paciente OR Relación profesional-familia OR Relaciones interprofesionales OR Sistema sanitario) AND (Práctica profesional OR Relaciones de poder)] Personal autonomy AND [(Professional-patient relations OR Professional-family relations OR Interprofessional relations OR Health systems) AND (Professional practice OR power relations)]	

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Área de conocimiento	Medicina, enfermería, gestión del sistema sanitario, bioética		
Selección de Bases de Datos	Metabuscadores	Bases de datos específicas	Bases de datos revisiones
	EBSCOhost X	Pubmed X	Cochrane X
	BVS X	Embase <input type="checkbox"/>	JBI X
	OVID X	IME X	Teseo X
	CSIC X	Ibecs X	
	Otras <input type="checkbox"/>	Psyinfo X	
		LILACS X	
	Cuiden X		
	CINHAL X		
Años de Publicación	Sin exclusión de años de publicación		
Idiomas	Inglés, castellano, francés, portugués y catalán		
Otros Límites	Ninguno		

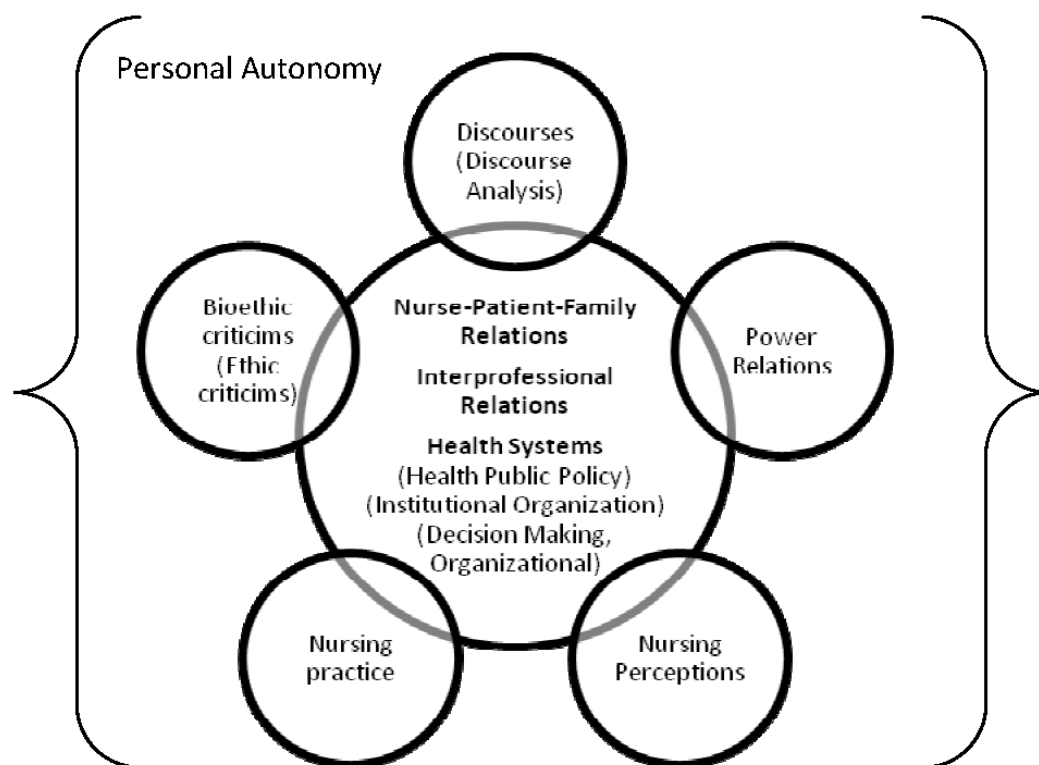
Resultados de la Búsqueda				
Metabuscador	EBSCOhost (Abstracts in Social Gerontology, Academic Search Premier, Cinahl, Family Studies Abstracts, FRANCIS, Historical Abstracts y PsycINFO)			
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel	
	2do nivel	X	Otros	
Límites introducidos	Ninguno			
Resultados	1er nivel	Nº 16.638	Criterios de exclusión	
	2do nivel	Nº 42	Sin interés para mi tema de investigación	X
	3er nivel	Nº	Déficit de calidad del estudio	
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
	Resultado final	41		
Metabuscador	Biblioteca Virtual de la Salud (IBECs, WHOLIS, LILACS, HISA y Scielo)			
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel	
	2do nivel	X	Otros	
Límites introducidos	Ninguno			
Resultados	1er nivel	Nº 15.835	Criterios de exclusión	
	2do nivel	Nº 32	Sin interés para mi tema de investigación	X
	3er nivel	Nº	Déficit de calidad del estudio	
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
	Resultado final	31		

Resultados de la Búsqueda				
Metabuscador	OVID (Social Works Abstract y NASW)			
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel	X
	2do nivel	X	Otros	
Límites introducidos	Ninguno			
Resultados	1er nivel	Nº 186	Criterios de exclusión	
	2do nivel	Nº 124	Sin interés para mi tema de investigación	X
	3er nivel	Nº 31	Déficit de calidad del estudio	
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
	Resultado final	30		
Base de datos específica 1	PUBMED			
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel	
	2do nivel	X	Otros	
Límites introducidos	Descriptor Health Systems sustituido por Delivery of Health Care por ajustarse a los descriptores propuestos por la base de datos			
Resultados	1er nivel	Nº 15.835	Criterios de exclusión	
	2do nivel	Nº 43	Sin interés para mi tema de investigación	X
	3er nivel	Nº	Déficit de calidad del estudio	
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
	Resultado final	43		
Base de datos específica 2	IME (Índice Médico Español) del CSIC			
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel	
	2do nivel	X	Otros	
Límites introducidos	Ninguno			
Resultados	1er nivel	Nº 23	Criterios de exclusión	
	2do nivel	Nº 13	Sin interés para mi tema de investigación	X
	3er nivel	Nº	Déficit de calidad del estudio	
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
	Resultado final	11		
Base de datos específica 3	CUIDEN PLUS			
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel	
	2do nivel	X	Otros	
Límites introducidos	Ninguno			
Resultados	1er nivel	Nº 23	Criterios de exclusión	
	2do nivel	Nº 18	Sin interés para mi tema de investigación	X
	3er nivel	Nº	Déficit de calidad del estudio	
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
	Resultado final	13		

Resultados de la Búsqueda					
Base de datos específica 4	Psicodoc				
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel		
	2do nivel		Otros		
Límites introducidos	Ninguno				
Resultados	1er nivel	Nº 0	Criterios de exclusión		
	2do nivel	Nº	Sin interés para mi tema de investigación		
	3er nivel	Nº	Déficit de calidad del estudio		
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
	Resultado final	0			
Base de datos de revisión 1	Cochrane Library Plus				
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel	X	
	2do nivel	X	Otros		
Límites introducidos	Ninguno				
Resultados	1er nivel	Nº 126	Criterios de exclusión		
	2do nivel	Nº 98	Sin interés para mi tema de investigación		
	3er nivel	Nº 9	Déficit de calidad del estudio		
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
	Resultado final	9			
Base de datos de revisión 2	JBI				
Combinaciones	1er nivel	X	3er nivel		
	2do nivel		Otros		
Límites introducidos	Ninguno				
Resultados	1er nivel	Nº 1	Criterios de exclusión		
	2do nivel	Nº	Sin interés para mi tema de investigación		
	3er nivel	Nº	Déficit de calidad del estudio		
	Otros	Nº	Dificultades para la obtención de fuentes primarias		
	Resultado final	1			
Obtención de la Fuente Primaria					
Directamente de la base de datos					X
Préstamo interbibliotecario					X
Biblioteca digital de la UIB					X
Biblioteca física de la UIB					X
Biblioteca Nacional de España					X

TABLA 1: Estrategia de búsqueda bibliográfica

En esta fase inicial, a partir de las palabras clave en las que he basado la revisión, he realizado una traducción de las mismas al lenguaje documental usado por los Tesoros de las bases de datos. De esta forma he ido generando una serie de descriptores (esquema 1). Ante la posibilidad de no encontrar los resultados esperados en alguna de las bases consultadas, se desarrolló una estrategia de búsqueda sensible para cada una de ellas, ajustada al idioma específico que requería. Para la combinación entre descriptores se hizo un uso de los operadores Booleanos AND y OR según el nivel de jerarquización.



ESQUEMA 1: Descriptores traducidos en DeCS.

En la segunda fase (2011-2012) se realizó una búsqueda dirigida, con el fin de completar la selección de los artículos; para ello se localizaron e incorporaron algunas de las citas que los autores de los estudios escogidos habían utilizado y eran más relevantes.

La búsqueda estructurada fue realizada por pares, mientras que la dirigida y la revisión de los artículos, su lectura preliminar y crítica fueron llevadas a cabo de forma individual,

por cada uno de los miembros del equipo de investigación. La decisión final de incluir o excluir un determinado artículo, para la elaboración del presente estudio, fue adoptada en consenso por el conjunto de revisores, en base a una escala tipo Likert.

Posteriormente y como mecanismo de corrección, se llevó a cabo un proceso de revisión, en el que no hubo nuevos hallazgos ni diferentes a los anteriores, pudiendo así confirmar definitivamente la fiabilidad y validez de los resultados.

Durante este proceso, se utilizó una plantilla para la elaboración de un resumen estructurado de cada artículo consultado (tabla 2). En ella, se valoraba mediante una escala Likert de 4 puntos, el grado de adecuación de cada artículo, para la elaboración de esta tesis, atendiendo a los contenidos y conceptos definidos en la introducción y a la corrección metodológica. De modo que se incluyeron todo tipo de estudios, realizando únicamente un análisis de la temática del contenido de las citas seleccionadas y valorando su grado de adecuación, sin pretender llevar a cabo una revisión sistemática.

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
Cita Bibliográfica (según Vancouver)					
Introducción	Justificación del artículo				
	Objetivo del estudio				
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo clínico	
		Revisión sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización				
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)			

Metodología	Técnica recogida de datos	Escala (Validada/No validada)	(especificar)
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
	Población y muestra	(especificar población diana y universal)	
Resultados relevantes			
Discusión planteada			
Conclusiones del estudio			
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

TABLA 2: Ficha de revisión de cada artículo seleccionado para la lectura crítica.

Tras realizar la búsqueda bibliográfica se localizaron una serie de artículos relacionados con el tema de estudio planteado; de ellos y tras pasar por una lectura crítica, se seleccionaron 273 artículos que estaban directamente relacionados con esta investigación.

Los resultados encontrados en la primera fase de la búsqueda bibliográfica, que fue realizada de forma estructurada con los descriptores y el método que he definido anteriormente, fueron 194 trabajos. Tras eliminar los que se repetían en distintas bases de datos, solo pasaron a lectura preliminar 178. Posteriormente fueron seleccionados aquellos que por su contenido y calidad aportaban información significativa y oportuna. De estos artículos, 178 reunían los criterios de inclusión en base a la puntuación Likert obtenida y la corrección metodológica. En la segunda fase se incorporaron 95 nuevos artículos.

El resultado final de ambas búsquedas me proporcionó una lista bibliográfica con un total de 281 artículos. En un último cribaje se descartaron los estudios que estaban repetidos, los que obtuvieron un menor grado de adecuación según la puntuación obtenida en la escala Likert y los que se consideraban dudosos o no se ajustaban a los objetivos fijados. Finalmente se obtuvieron un total de 273 artículos.

En las tablas 3 y 4, puede verse un resumen de los resultados obtenidos en las dos primeras fases de la búsqueda, en el esquema 2 se muestra el algoritmo utilizado para la selección de los artículos y en la tabla 5 aparece un análisis de la metodología empleada.

Se llevó a cabo un análisis de la temática y del contenido de los 273 artículos, en el que se encontró que los autores hacían referencia a tres grandes áreas temáticas. En el esquema 3 se muestran los artículos que pertenecen a cada categoría y subcategoría, así como su codificación identificativa. Y en el anexo 1 se exponen los artículos seleccionados definitivamente que configuran la primera parte de la bibliografía de esta tesis clasificados por autor, fuente, tipo de estudio, la puntuación obtenida en la escala Likert y la categoría temática a la que pertenecen.

1. Primera categoría temática: Se incluyeron todos los artículos que trataban de la relación de la enfermera con el paciente y la familia. Destacan cuatro subcategorías en función de la temática principal:

- 1.1. Rol del paciente y la familia.
- 1.2. Rol de la enfermera.
- 1.3. Interacción de la enfermera con el paciente y la familia.
- 1.4. Implicaciones de esta relación en la práctica enfermera.

2. Segunda categoría temática: Se incluyeron los artículos que hacían referencia a las relaciones interprofesionales en los equipos de salud. En esta categoría encontramos tres subcategorías:

- 2.1. Conceptualización de los equipos de salud.
- 2.2. Estereotipos profesionales y sus características.
- 2.3. Influencia de las relaciones interprofesionales en el cuidado del paciente.

3. Tercera categoría temática: En esta categoría se incluyeron los artículos que hacían referencia al efecto del sistema sanitario sobre la práctica de los profesionales de la salud. Se hallaron tres subcategorías:

- 3.1. Influencia del sistema sanitario en la práctica enfermera.
- 3.2. Influencia del sistema sanitario en el cuidado del paciente y su familia desde la práctica enfermera.
- 3.3. Influencia de las políticas de austeridad en la calidad de los cuidados (contexto económico).

La tercera fase de la búsqueda bibliográfica estaba focalizada en la elaboración de la orientación teórica y el uso de fuentes que clarificasen aspectos metodológicos de esta tesis, por lo que además de utilizar las bases de datos en Ciencias de la Salud para el registro de los artículos científicos que hubiesen relacionado la perspectiva teórica con el fenómeno de estudio, se realizó una búsqueda dirigida en la Biblioteca Nacional de España y en el catálogo de la Universitat de les Illes Balears sobre los paradigmas de investigación, la Teoría Crítico-Social, la Perspectiva Postestructuralista, las obras básicas del filósofo francés Michel Foucault y los autores posteriores que han trabajado su perspectiva y fuentes sobre la ética foucaultinana. En esta fase se obtuvieron 128 publicaciones de Foucault, 131 publicaciones relacionadas con el filósofo y 39 publicaciones secundarias. Además se seleccionaron 25 artículos y monografías que ayudaron a la elaboración del planteamiento metodológico (tabla 6). En el anexo 2 se recogen todas las obras consultadas del filósofo francés M. Foucault, donde quedan especificadas, la obra original, la traducción al castellano si existe, el año y el uso en el desarrollo de la orientación teórica, codificados en tres apartados: (1) Orientación teórica, para aquellas fuentes usadas en la construcción del marco teórico basado

en la teoría del autor, (2) Perspectiva Postestructuralista, para aquellas fuentes que me han permitido la comprensión y desarrollo de dicha orientación teórica y (3) Ética Foucaultiana, que recoge las fuentes del propio autor y otros que han desarrollado los conceptos de la propuesta de la ética de Foucault.

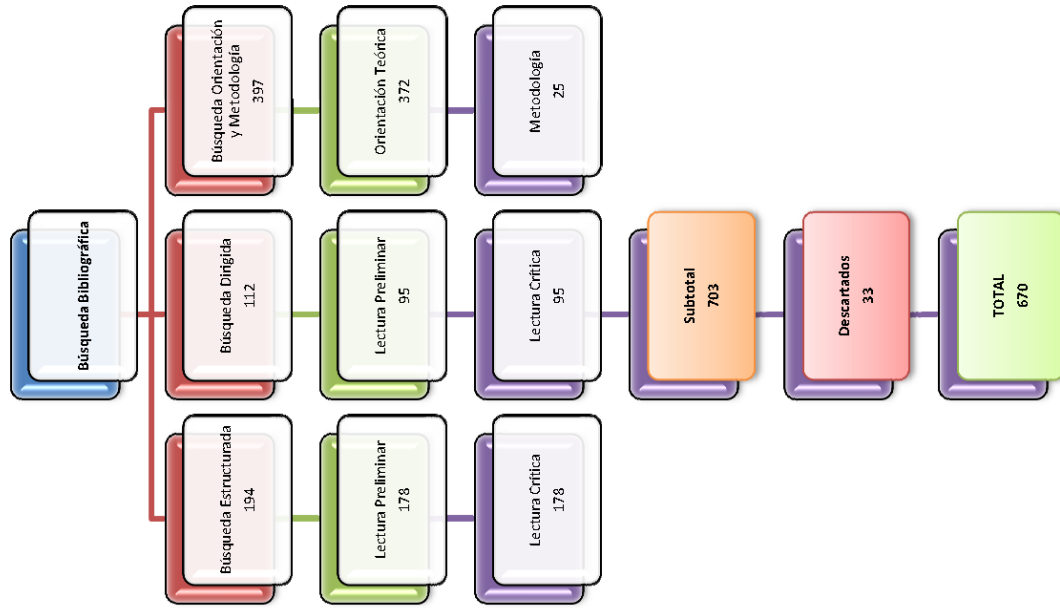
Como conclusión, se podría señalar que la estrategia de búsqueda bibliográfica se sustenta en la revisión de una literatura pertinente y coherente para informar de una forma clara y completa, sobre los últimos estudios científicos al respecto del fenómeno analizado en esta tesis.

Base de datos	Idioma	Raíz 1 (R1)	Secundario 1 (S1)	Secundario 2 (S2)	Secundario 3 (S3)	Secundario 4 (S4)	Cruce A:	Cruce B:	
	Castellano	Autonomía Personal	Relaciones profesional-paciente	Relaciones profesional-familia	Relaciones interprofesionales	Sistema sanitario	R1 AND (S1 OR S2 OR S3 OR S4)	R1 [(S1 OR S2 OR S3 OR S4) AND (M1 OR M2)]	
	Inglés	Personal Autonomy	Professional-Patient Relations	Professional-Family Relations	Interprofessional Relations	Health systems			
EBSCOhost	Castellano	-	-	-	-	-	-	-	
	Inglés	16.638	20.041	10.878	15.410	218.169	42	-	
PubMed	Castellano	-	-	-	-	-	-	-	
	Inglés	11.938	110.145	98.391	49.420	710.292	622	46	
BVS	Castellano	-	-	1	-	-	-	-	
	Inglés	15.835	8	-	40.975	5.223	32	-	
OVID	Castellano	-	-	-	-	-	-	-	
	Inglés	186	67	52	393	0	124	31	
IME	Castellano	23	11	8	24	56	13	-	
	Inglés	-	-	-	-	-	-	-	
CUIDEN PLUS	Castellano	6	0	0	0	159	18	-	
	Inglés	-	-	-	-	-	-	-	
Cochrane Library Plus	Castellano	23	9	4	4	439	3	-	
	Inglés	103	486	123	219	4.100	98	9	
JBI	Castellano	-	-	-	-	-	-	-	
	Inglés	1	0	0	3	5	1	-	
Resultados	Castellano	52	20	13	28	654	27	0	
	Inglés	44.700	130.739	109.444	106.027	937.789	905	65	
Suma Subtotal		44.752	130.759	109.457	106.055	938.443	932	65	
Suma Total		194	Tras revisión de objetivos del estudio y resumen						
Selección Fase 1		178	Tras lectura crítica de los artículos						

TABLA 3: Resultados de la fase 1 de la búsqueda bibliográfica estructurada.

Bases de datos y motores de búsqueda consultados	Artículos encontrados en la fase 1 de la Búsqueda Bibliográfica (Búsqueda Estructurada)										Fase 2 de la Búsqueda Bibliográfica (Búsqueda Dirigida)		
	Raíz 1	S1	S2	S3	S4	Cruces	Cruces	Nº artículos elegidos	A lectura preliminar	A lectura crítica	Nº artículos elegidos	A lectura preliminar	A lectura crítica
EBSCOhost	16.638	20.041	10.878	15.410	218.169	16.638	20.041	42	42	41	53	47	31
BVS	15.835	8	-	40.975	5223	32	-	32	32	31	35	27	25
OVID	186	67	52	393	0	124	21	31	31	30	8	8	5
Pubmed/Medline	11.938	110.145	98.391	49.420	710.292	622	41	46	43	43	63	54	27
IME	23	11	8	24	56	13	-	13	11	11	11	7	5
Cuiden Plus	6	0	0	0	159	18	-	18	13	13	4	2	1
JBÍ	0	0	0	3	5	1	-	1	1	0	0	0	0
Cochrane y Cochrane Plus	103	486	123	219	4.100	98	3	11	9	9	3	3	1
Suma subtotal	44.752	130.759	109.457	106.055	938.443	932	65	194	182	178	177	148	78
Suma total	1.328.751										767	178	95
TOTAL artículos seleccionados Fase 1 + Fase 2											273		

TABLA 4: Resultados de la búsqueda bibliográfica completa (fase 1 + fase 2).



ESQUEMA 2: Esquema y algoritmo de decisión para la selección de los artículos.

TIPO DE ESTUDIOS ENCONTRADOS	
MONOGRAFÍAS	87
CUALITATIVOS	66
REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS	24
REVISIONES SISTEMÁTICAS	6
INFORMES TÉCNICOS	16
TESIS DOCTORALES	4
DESCRIPTIVOS	19
ANÁLISIS TEÓRICO	103
CONFERENCIAS	1
LEYES/NORMAS	2
METODOLOGÍA UTILIZADA EN LOS ESTUDIOS	
CUANTITATIVA	19
CUALITATIVA	66
MIXTA	3
REVISIONES	30
PUNTUACIÓN OTORGADA A LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS EN ESCALA LIKERT 1-4	
1 PUNTO	14
2 PUNTOS	67
3 PUNTOS	155
4 PUNTOS	114
USOS DE LA BIBLIOGRAFÍA	
REVISIÓN DE LA LITERATURA	243
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	25
ORIENTACIÓN TEÓRICA	74

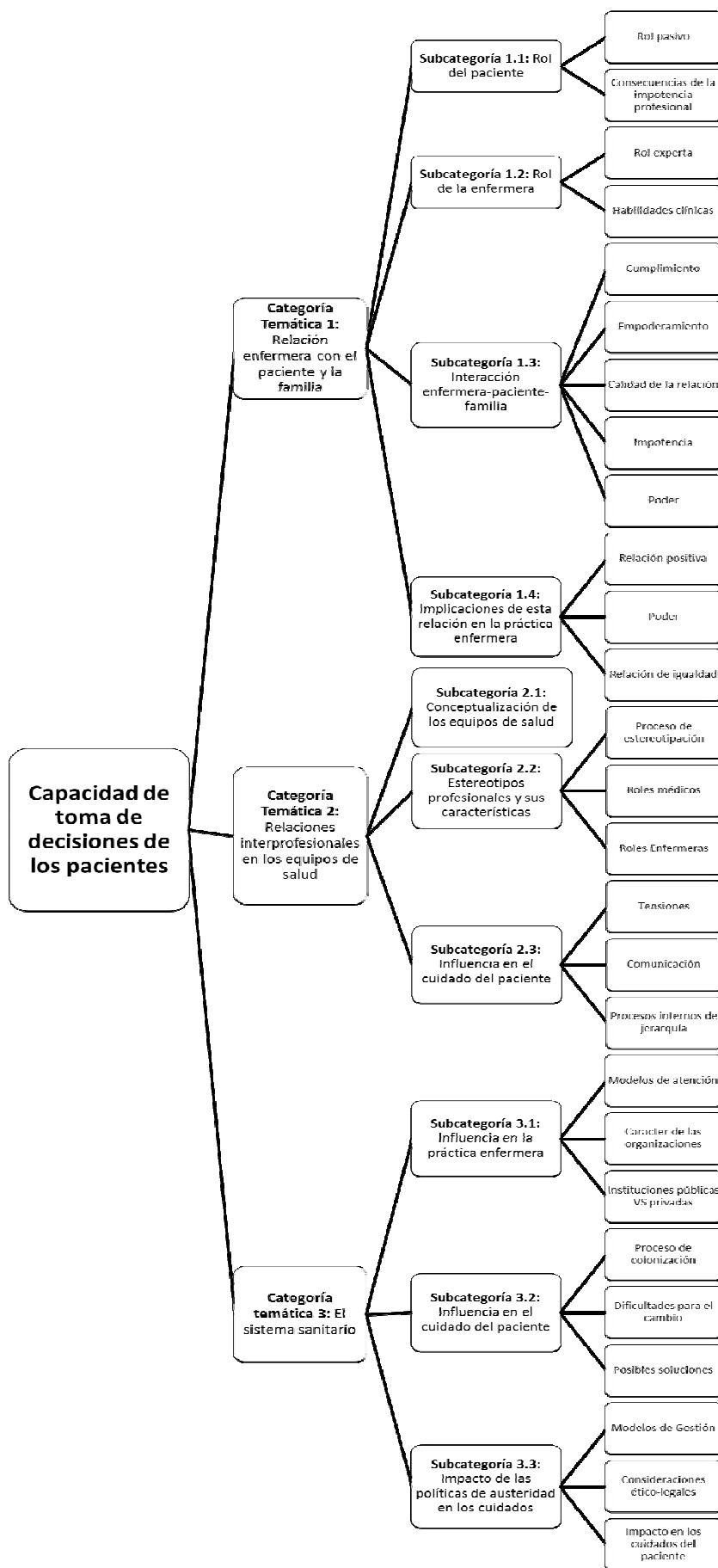
TABLA 5: Análisis metodológico de los estudios incluidos.

Bases de Datos y Fuentes Bibliográficas	Fuentes consultadas para el desarrollo de la Metodología de la Investigación y la Orientación Teórica									
	Cualitativa	Técnicas Cualitativas	Análisis de discurso	Paradigmas	Teoría Crítico- social	Post- estructuralismo	Foucault	Ética Foucaultiana		
EBSCOhost	2	3	0	5	21	9	13	5		
BVS	1	0	0	1	4	4	8	1		
OVID	0	0	0	1	2	2	3	0		
Pubmed/Medline	2	3	1	29	42	22	27	8		
IME	0	0	0	3	9	2	3	1		
Cuiden Plus	3	0	0	5	7	4	2	0		
Biblioteca Nacional de España	1	0	0	13	21	11	21	0		
Biblioteca de la Universitat de les Illes Balears	4	3	2	29	12	7	12	13		
Suma subtotal	13	9	3	76	118	61	89	28		
Suma total		25				372				

Metodología

Orientación Teórica

TABLA 6: Fuentes consultadas para el desarrollo de la Metodología de la Investigación y la Orientación Teórica.



ESQUEMA 3: Categorías temáticas de la revisión de la literatura.

Capítulo 4

REVISIÓN DE LA LITERATURA

He estructurado este capítulo en tres apartados. En el primer apartado, planteo brevemente los conceptos nucleares de mi estudio y los puntos en los que he centrado mi atención de forma especial. En el segundo apartado, titulado ¿Qué se conoce hasta el momento?, expongo lo que se conoce en la literatura nacional e internacional sobre estos conceptos nucleares que configuran el fenómeno de estudio. Y finalmente, en el tercer apartado titulado ¿Qué queda pendiente de contestar?, destaco aquellos aspectos que quedan incompletos en relación al objeto de mi estudio y que me permitirán definir la potencialidad de mi investigación y su aporte al conocimiento científico del fenómeno.

Quisiera apuntar, que en la revisión de la literatura he incluido los estudios independientemente de la metodología y la perspectiva teórica usada por los autores. Además, he tenido en cuenta tanto la literatura a nivel nacional como internacional, planteando aquellas diferencias y similitudes en cada uno de los apartados de la revisión.

4.1. CONCEPTOS NUCLEARES DEL ESTUDIO

La revisión de la literatura ha tomado como aspecto fundamental la capacidad autónoma en la toma de decisiones de los pacientes en el ámbito clínico de atención

especializada, en un sistema público de salud como es el español, en el contexto de crisis económica de los últimos cinco años. A partir de los documentos científicos revisados he ido configurando los factores que determinan e influye en la toma de decisiones. De esta forma los conceptos nucleares de esta investigación sobre los que he articulado la revisión de la literatura son: (a) relación de la enfermera con el paciente, incluyendo las implicaciones de esta relación en la práctica enfermera; (b) relación de la enfermera con la familia, que al estar íntimamente relacionada con la temática anterior, y aparecer en general en los mismos artículos, he incluido dentro del mismo apartado de la revisión; (c) relaciones interprofesionales dentro del equipo de salud y su influencia en la práctica clínica de las enfermeras; y (d) relación de la enfermera con el sistema sanitario y la influencia de este en el cuidado del paciente-familia.

A la hora de desarrollar estos conceptos nucleares he puesto especial atención en aquellos estudios que planteasen este tipo de relaciones desde los discursos/lenguaje, las relaciones de poder y las implicaciones en la práctica enfermera (esquema 4).



ESQUEMA 4: Conceptos Nucleares del estudio

4.2. ¿QUÉ SE CONOCE HASTA EL MOMENTO?

Basándome en los conceptos nucleares definidos anteriormente he identificado las temáticas dominantes en la literatura revisada. Al inicio de cada subapartado identifiqué gráficamente, mediante un esquema, aquellas temáticas más dominantes y concurrentes en la literatura más relevante sobre estos conceptos nucleares, y posteriormente llevo a cabo una caracterización general de la literatura nacional e internacional. Antes de exponer los factores que determinan la capacidad de toma de decisiones de los pacientes, basándome en las perspectivas de los estudios revisados, plantearé una contextualización del fenómeno de estudio.

4.2.1. Contextualización de la toma de decisiones de los pacientes en el ámbito clínico

La literatura que versa sobre la toma de decisiones autónoma de los pacientes es abundante, especialmente a nivel internacional, aunque es vista con diferentes prismas y aproximaciones éticas. Es considerada un aspecto de calado en la práctica de los profesionales de la salud y aún se encuentra en un debate abierto entre los expertos en la materia (Cribb & Entwistle, 2011; Iliopoulou & While, 2010; Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010; Duke, Yarbrough & Pang, 2009; Calloway, 2009; Ho, 2008; McDemott, Bingley, Thomas, Payne, Seymour & Clark, 2006).

El principio de autonomía propuesto por el informe Belmont (Beauchamp & Childress, 2009) se discute en clave de confidencialidad, fidelidad, privacidad y veracidad de la información, pero todos estos aspectos se encuentran fuertemente relacionados con la capacidad autónoma en la toma de decisiones (Gillet, 2009; Sherwin, 1998), enfatizando así el valor de la independencia del paciente (Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010).

Algunos autores comparten que la toma de decisiones de los pacientes se encuentra en una encrucijada a medio camino entre dos posiciones éticas; el paternalismo y la

elección informada (Cribb & Entwistle, 2011; Iliopoulou & While, 2010; Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010; Charles, Gafni & Whelan, 1999; Charles, Gafni & Whelan, 1997). En los modelos paternalistas, los profesionales de la salud deciden por el paciente en base al discurso de que se está haciendo lo mejor para ellos, lo que puede suponer una brecha en el respeto a la autonomía del paciente y una distorsión en el reconocimiento y aceptación de la responsabilidad de éste. Mientras que en los modelos basados en el consentimiento informado, los profesionales proporcionan información al paciente, que es quien toma sus propias decisiones. Esta postura plantea varios dilemas éticos, por un lado si el paciente antes de dar su consentimiento quiere recibir la información completa sobre su problema de salud y el papel que pueda jugar la familia en la toma de decisiones del paciente. De ahí que sea necesario analizar la posición de los profesionales sanitarios respecto a la información que proporcionan a los pacientes (Calloway, 2009). Por ejemplo, según algunos estudios (Candib, 2002; Novack, 1979), una situación que se da con frecuencia entre los profesionales de Estados Unidos y Europa en el ámbito clínico, es que al paciente no se le da información directamente sobre diagnósticos de enfermedades terminales como el cáncer, siendo la familia la que asume la responsabilidad de dicha información. Prima entonces, la dominación de una cultura médica que intenta generar pacientes de acuerdo al paradigma médico. Algunos estudios (Leach, 1999; Hipshman, 1999; Carrese & Rhodes, 1995; Muller & Desmond, 1992) han esgrimido las diferentes concepciones culturales sobre el consentimiento informado de los pacientes y el rol de la familia en la toma de decisiones, concluyendo que dependiendo de la cultura, la familia puede ser un elemento que limite o amplíe el derecho a decidir de los pacientes de forma autónoma y que la no consideración de la familia puede generar conflictos importantes en la relación con el paciente y su consentimiento informado. Esta consideración sobre el rol de la familia, será expuesta al final de este apartado.

Algunos autores han clasificado las diferentes variantes en la toma de decisiones de los pacientes en concepciones restrictivas o aperturistas (Cribb & Entwistle, 2011;

Moumjid, Gafni, Bremond & Carrere, 2007; Makoul & Clayman, 2006). De esta forma, es posible explorar las tensiones entre ambas. A continuación expondré algunas de las ventajas y desventajas desde las diferentes perspectivas expuestas en la literatura que incluyen las posiciones de los profesionales de la salud y el modelo de gestión sanitaria.

Respecto a la concepción más restrictiva, según algunos autores (Cribb & Entwistle, 2011) no se plantea un claro modelo de toma de decisiones autónoma del paciente y dividen dicha toma de decisiones, por un lado, las que tienen en cuenta el criterio profesional y por otro lado, las que se separan de estos criterios. Así, enmarcada dentro de esta concepción se alega que: (a) el paciente tiene preferencias sobre sus cuidados y es trabajo de los profesionales obtener dichas preferencias y tomar decisiones, (b) de esta forma se respeta la autonomía del paciente informado de la mejor decisión al respecto para alcanzar los mejores resultados y (c) que los pacientes y los profesionales pueden y en algunas ocasiones deben, entablar una discusión sobre las preferencias de los primeros pero que este proceso debe concluir con la elección que esté basada en la evidencia científica y el conocimiento de los profesionales teniendo en cuenta las predilecciones del paciente. La principal defensa de esta percepción indica que aunque los pacientes planteen preferencias sobre las intervenciones y los resultados en salud, dichas preferencias los pueden poner en riesgo y por consiguiente no se consiga el objetivo de los profesionales que es curar o cuidar a los pacientes (Dowie, 2002). Además se defiende que los pacientes normalmente no tienen claras sus preferencias y que son los profesionales quienes deben de guiarlos en la toma de decisiones y que solo en los casos en los que los pacientes las tienen claramente definidas se debe establecer una discusión para alcanzar un consenso. Autores como Epstein y Peter (2007), Nelson, Han, Fagerlin, Stefanek y Ubel (2007) y Sevdalis y Harvey (2006) alegan que los pacientes no tengan claras sus opciones se debe a la falta de conocimiento y comprensión de su estado de salud y las posibles intervenciones. En estas circunstancias son los profesionales los que aprovechan

para tener en cuenta las preferencias de los pacientes, limitándose simplemente a escucharlas y evitar conflictos con ellos. La alternativa a esta situación plantea que deben ser los profesionales los que empaticen con el paciente y construyan mediante información y las alternativas posibles, las preferencias que les hagan tomar decisiones de forma autónoma (Sen, 2002). Esta propuesta puede ser, a la vez, malinterpretada por los profesionales, que utilizan su situación privilegiada para construir unas preferencias en los pacientes basadas en la dominación y preferencias de los mismos, no estableciéndose así una relación igualitaria entre ambos. Es por esta razón, por lo que el tipo de relación que se establezca entre el profesional y el paciente es determinante para la toma de decisiones autónoma.

Continuando con la perspectiva restrictiva, los profesionales sanitarios no consideran que todas las preferencias del paciente tengan el mismo valor o que deban ser tenidas en cuenta en la toma de decisiones, dando un peso inapropiado o interponiendo unas sobre otras (Walker, 2009). Este hecho es considerado por Walker (2009) y Cribb (2011) como un hándicap en el profesional para promover la autonomía de la persona. Además, en un modelo basado en la evidencia, los profesionales de la salud no solo buscan alcanzar un consenso entre las preferencias de los pacientes por ser la opción elegida por estos en base a sus valores, sino que se pretende enfatizar los resultados clínicos predecibles para en base a estos, tomar una decisión u otra. Argumento que servirá más adelante para determinar cómo influye el modelo de gestión de los cuidados y la influencia de la biotecnologización de la salud en la capacidad de toma de decisiones de los pacientes.

La idea de que el profesional trabaje con el paciente es claramente crucial en cualquier proceso de toma de decisiones en el ámbito clínico. En la perspectiva restrictiva de este proceso se defiende la opción de una negociación con el paciente en algunos casos (Cribb & Entwistle, 2011). Se plantea que los profesionales y los pacientes deben deliberar juntos sobre las opciones del cuidado, sólo si los

pacientes quieren tomar una decisión que esté basada en los efectos de las diferentes opciones según la evidencia científica y la preferencia del paciente. Otros autores abogan por las preferencias de los pacientes antes que por la evidencia científica o al menos, teniendo más en cuenta la información de las probabilidades asociadas a esta (Towle & Godolphin, 1999). La opción de decidir con el paciente desde la orientación restrictiva no está siempre presente para respetar la autonomía del paciente. Ésta depende del grado de coincidencia del paciente con los aspectos importantes de la decisión y de que asegure siempre que se está tomando la mejor opción posible o más beneficiosa para él. Wirtz, Cribb y Barber (2006) argumentan que estos requisitos para la negociación o la deliberación son inespecíficos y asumen que los profesionales son los especialistas del conocimiento sin necesidad de considerar las preferencias de los pacientes. En estos casos el paciente compartiría sus preferencias a la luz del conocimiento experto del profesional y únicamente se discutirían las opciones relevantes según la evidencia científica.

En conclusión muchos autores han considerado esta perspectiva restrictiva como una posición excesivamente simplista que impacta de forma negativa en la capacidad de toma de decisiones de los pacientes (Cribb & Entwistle, 2011; Iliopoulou & While, 2010; Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010) a pesar de que sea la más desarrollada en la práctica clínica.

En referencia a la orientación aperturista sobre la toma de decisiones de los pacientes, aunque es la más extendida a nivel teórico, también presenta algunas limitaciones en cuanto a su operativización a nivel práctico (Cribb & Entwistle, 2011). Se debe partir de la idea de que las relaciones entre profesionales y pacientes son diferentes al resto de relaciones que se establecen socialmente, por aspectos que más adelante serán explicados de forma más exhaustiva. Enmanuel y Enmanuel (1992) ya plantearon estas diferencias en sus estudios, donde las relaciones entre amigos son un ejemplo de toma de decisiones autónoma de cada una de las

partes implicadas ante determinada situación. Las relaciones entre profesionales y pacientes son menos abiertas y dependen de diferentes factores como la confianza, el tipo de relación, la posición de cada agente, el tiempo que dure la relación, el ambiente, la flexibilidad de la relación, la formación de los profesionales y la escala de horizontes marcados por los pacientes. Todos estos factores quedarán aclarados en los siguientes apartados de la revisión. Además, las relaciones entre profesionales y pacientes suelen ser relativamente fijas y marcadas por los roles de cada uno de los profesionales en el equipo de salud. Se basan en aspectos técnicos o siguiendo protocolos de actuación compaginado con el conocimiento limitado de los pacientes sobre sus cuidados. Es por lo tanto importante considerar las relaciones interprofesionales y roles profesionales para conocer el impacto en la toma de decisiones que tienen dichas relaciones profesional-paciente.

La perspectiva aperturista considera que es posible aprovechar el conocimiento experto del profesional para ayudar a los pacientes a reflexionar y adaptar sus preferencias como parte de la toma de decisiones autónoma sin caer en normas fijas, estandarizadas e institucionalizadas (Cribb & Entwistle, 2011). Para ello, estos autores plantean la necesidad de analizar las relaciones de poder existentes en las relaciones profesional-paciente y cómo estas impactan en la vulnerabilidad de la autonomía de los pacientes. La identificación de estas relaciones ayudará a evitar un uso de poder desmesurado y dominante que no es otra cosa, que ciertas formas de paternalismo. Es en este punto donde se confrontan ambas perspectivas, restrictiva o aperturista, en la toma de decisiones. El compromiso ético entre una orientación paternalista o aperturista dependen esencialmente de las habilidades y virtudes individuales de los profesionales de la salud y de la creación de climas que puedan desarrollar y ejercer las virtudes de los profesionales y las capacidades de los pacientes (Gafni & Charles, 2009). Enmanuel y Enmanuel (1992) ya hablaron de la posible persuasión e incluso coacción que el profesional puede ejercer sobre el paciente en la toma de decisiones y que esta situación no cambiará hasta que

no se produzca una modificación en la educación y formación de los profesionales distinguiendo claramente entre valores relacionados con la salud y otros y entre persuasión y coacción. Los profesionales deben asumir la responsabilidad de dar más que información sobre opciones e insistir más en la elección del paciente (Davies & Elwyn, 2008).

Algunos estudios han demostrado que la autonomía y autodeterminación del paciente, raramente es priorizada por los profesionales, e incluso rechazan aquellos pacientes que, en el contexto actual, demandan más información y más poder de decisión. Los profesionales superponen a esta autonomía, aspectos clínicos y consejos o recomendaciones sobre complicaciones relacionadas con enfermedades. Se implantan entonces unos cuidados, fijos y encorsetados, completamente institucionalizados que dirigen el comportamiento de los pacientes (Kukla, 2005).

McKenzie y Stoljar (2000) enfatizan la independencia de los pacientes y explican cómo el contexto histórico-social influye en la determinación de la persona a tomar sus decisiones en todas las dimensiones de su vida. Concluyen que las normas culturales, las estructuras y las prácticas sociales afectan a la identidad de un individuo y por lo tanto su capacidad de autonomía. Benson (2000) relaciona este contexto social con la salud y la práctica clínica y plantea un impacto positivo o negativo en la autonomía del paciente. Cuando estas normas o prácticas o los síntomas o los diagnósticos, como denomina Benson, se estigmatizan, restringen el autodesarrollo y autonomía de los pacientes (tabla 7). Algunas directrices internacionales (Duke, Yarbrough & Pang, 2009) han contribuido a disminuir dicha estigmatización planteando estrategias de comunicación entre profesionales y pacientes y de mejora en los cuidados individualizados. Estrategias que fomenten normas que proporcionen un marco legal y la implicación de la familia del paciente en la toma de decisiones, promueven el respeto por la dignidad de acuerdo con los deseos e intenciones de los pacientes.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN EN LA CAPACIDAD DE AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES	
Habilidades de autodesarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ● Reflexionar sobre experiencias ● Generar ideas sobre alternativas a cursos de acción ● Pensar sobre las posibles consecuencias ● Expresar y escuchar razones de cada opción ● Antes de resolver el acto, considerar los aspectos emocionales
Auto-evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ● Trabajar con el paciente sus deseos ● Establecer buenos juicios clínicos ● Elegir bien ● Y actuar a partir de sus elecciones
Alcance de la actuación en consideración del contexto social	<ul style="list-style-type: none"> ● Especificar las particularidades sociales como prerrequisitos del ejercicio de autonomía ● Analizar la influencia de las relaciones sociales e interpersonales y las estructuras sociales del contexto más desde una perspectiva subjetiva del paciente

TABLA 7. Factores que contribuyen a la toma de decisiones de los pacientes (Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010).

Por último, estas estrategias planteadas, ponen de manifiesto otro aspecto importante a considerar en la toma de decisiones de los pacientes, que es el papel de la familia, indicado al inicio del capítulo. En este sentido, algunos autores (Berg & Appelbaum, 2001; Beauchamp, Faden & King, 1986) destacan como en las últimas décadas se ha rechazado la posición paternalista de los profesionales y se ha promovido el papel de autodeterminación del paciente en la toma de decisiones con ayuda de la familia, cuando esté presente. Así surgen reflexiones que intentan minimizar la coacción de los profesionales y la constante preocupación de la presión que ejerce la familia en la toma de decisiones del paciente (Breslin, 2005). Se observa que los pacientes que daban más peso a las preferencias de sus familias que a sus propios intereses se encontraban en algunas ocasiones bajo presión y no alcanzaban la autonomía personal. Por lo que se hace necesario conocer el rol de la familia en la

competencia del paciente para tomar decisiones y así comprender la responsabilidad y autodeterminación de éste (Hardwing, 1990).

La bioética occidental ha estado influenciada por el desarrollo de los conceptos de individualismo y autonomía procedentes de la filosofía moral. Se acepta que la independencia y control son valores fundamentales del individuo, por lo que se intenta promover que los profesionales den soporte en la toma de decisiones sin la influencia de otros (Donchin, 2000a). Los pacientes se encuentran en diferentes posiciones derivadas de las relaciones de poder con otros agentes, particularmente con los profesionales quienes satisfacen sus necesidades de salud. La situación de vulnerabilidad del paciente en el ámbito clínico puede generar situaciones de manipulación y coacción por ambos agentes (Sherwin, 1998; Blustein, 1993). La literatura científica destaca que los profesionales sanitarios, especialmente la enfermera, consideran a la familia como un eje para proporcionar cuidados de calidad, aunque el equipo de salud presenta dificultades para tratar con ella (Levine & Zuckerman, 1999; Buchanan & Brock, 1989). A pesar de esto, algunos estudios (Chesla & Stannard, 1997) revelan cómo la participación de la familia en la toma de decisiones es usada por los profesionales como un escape de los conflictos que puedan surgir con el paciente, llegando a considerar a aquellos pacientes que disienten de la familia o dan mayor consideración a sus preferencias como un menoscabo en el ejercicio de su responsabilidad en la toma de decisiones (Jecker, 1993). Agich (1990) consideraba que la vulnerabilidad de los pacientes era una realidad que influye en la experiencia de la toma de decisiones. Mientras algunos pacientes desean involucrarse en el proceso deliberativo del consentimiento informado, otros pacientes prefieren postergar la toma de decisiones a los intereses de la familia (Volker, 2005; Perkins, Geppert, González, Cortez & Hazuda, 2002; Dupree, 2000).

Algunas perspectivas teóricas como el postfeminismo (Donchin, 2001) rechazan la idea de un individualismo basado en los estándares éticos, por considerar que estos

excluyen las relaciones familiares y sociales en la construcción de la autonomía del individuo. Estos posicionamientos nos pueden ayudar a comprender el rol de la familia dentro del ámbito clínico. Friedenberg (2003) plantea como muchos pacientes, sobre todo en la fase aguda de la enfermedad, son sometidos a un proceso de normalización basado en reglas y estándares institucionales, dejando a un lado aspectos personales y relacionales. El cuidado se focaliza en síntomas, tecnicismos médicos y números de historia clínica. Los pacientes son discutidos en forma de diagnósticos, agendas de cirugía, interconsultas a especialistas, costes-beneficios, conveniencias profesionales, coberturas sanitarias, etc. De esta forma, la familia, que ha estado constantemente presente en el cuidado del paciente y el trabajo del profesional, ha sido una pieza clave en recordar que los pacientes no son meras colecciones de disfunciones físicas y que deben ser consideradas sus historias personales y las relaciones con otros miembros. Así, Roberts (1996) plantea que en este contexto clínico, la familia es la que debe evitar la violación de la autonomía del paciente y debe mantener un rango de seguridad que promueva la integridad y los valores del paciente.

Estas últimas consideraciones según Donchin (2001) y Sherwin (1998) abren una nueva puerta en la posición clínica de la toma de decisiones, aún hoy considerada una situación de conflicto cuando el paciente, desde su noción individual de autonomía, asume la decisión involucrando a la familia. La autodeterminación del paciente se fundamenta en la relaciones con otros y sus intereses se envuelven en un balance dinámico de interdependencia, apareciendo consideraciones superpuestas que forman parte del propio paciente. Otra cosa sería, según algunos autores, que el paciente por su situación de enfermedad, sea anulado de la decisión y sea la familia quien asuma la responsabilidad, cuestión que generaría importantes problemas en dicha autodeterminación del paciente. Pero la familia constituye, en muchas ocasiones, el centro de la existencia de los pacientes, que desean considerar las necesidades e intereses mutuos para constituir su autonomía y tomar decisiones.

Muchos pacientes aceptan ciertas influencias de sus más íntimos y adaptan sus preferencias personales a las necesidades y deseos en diferentes situaciones. Por esta razón, no se puede considerar estrictamente que la familia ejerza una presión desmesurada en las decisiones del paciente como algunos profesionales consideran (Terry, Vetesse, Song, Forman, Haller, Miller, et al., 1999). Estos autores abogan por la importancia de que los profesionales no presuman que los pacientes no estén tomando una decisión adecuada cuando involucran a la familia. Cada decisión del paciente implica una visión de sus relaciones y responsabilidades. Todos los miembros de la familia forman parte de un balance de relaciones de poder, de las circunstancias de cada situación, o de los factores que intervienen en el proceso de decisiones, para tratar de prever su evolución, no necesariamente implicadas en conflictos y medidas de presión (Donchin, 2000b).

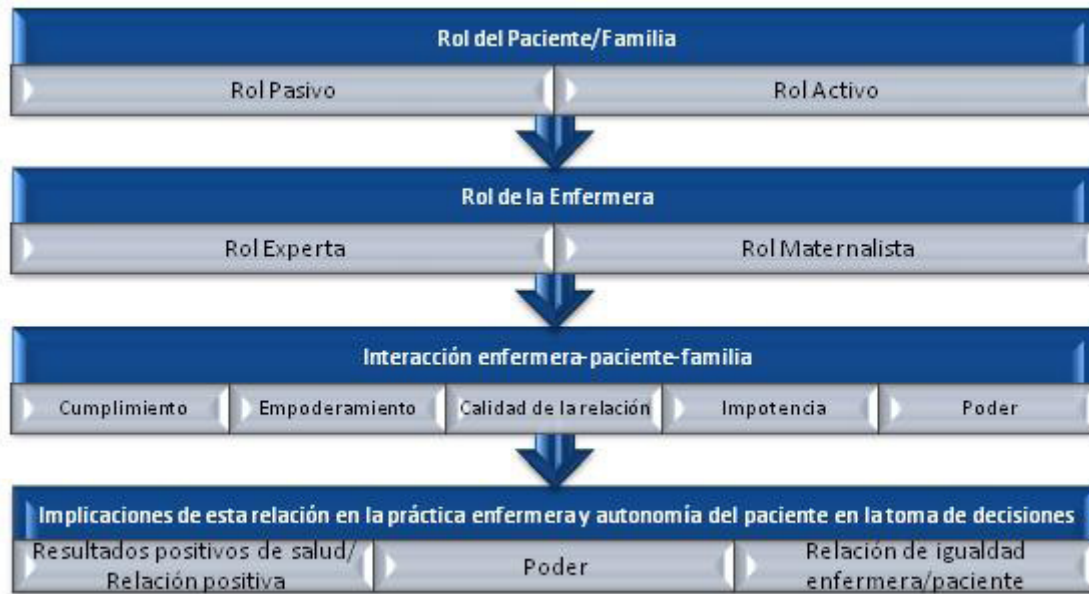
Pero en ocasiones sucede, que los pacientes quieren tomar decisiones distintas a las preferidas por su círculo íntimo. Es importante en esos casos, que los profesionales evalúen cuidadosamente cuándo las decisiones de los pacientes han sido tomadas considerando las opciones propuestas por la familia o bajo presión de ésta (Ho, 2008). Muchas familias toman decisiones de manera informal y puesto que los profesionales solo entran en contacto con el paciente y su familia en situaciones especiales, no se debe obviar la historia familiar y dicho proceso informal preestablecido de toma de decisiones. Los profesionales deben abstenerse de interpretar prematuramente los desacuerdos familiares como una acción hostil o una asunción del paciente de la decisión unilateral de la familia (Mappes & Zembaty, 1994). En situaciones donde la familia tiene prioridades diferentes y pueda estar presente una estructura social sexista, o las decisiones de los pacientes sean producto de actitudes indiscriminadas o manipulativas, el paciente no debe considerar dichas posiciones por considerarse presionado por la familia (Okin, 1997). Puesto que esta situación descrita anteriormente, según Ho (2008) dista de la simple dicotomía de opresión e igualdad, la autora propone que en todo caso, el paciente exprese finalmente sus deseos.

En conclusión y teniendo en cuenta las posturas de Ho (2008) y otros autores como Sherwin (1998) y Donchin (2001, 2000a, 2000b) que consideran que los profesionales o bien se alejan de la familia en la toma de decisiones o bien le traspasan toda la responsabilidad sin considerar al paciente, se debe generar un cambio conceptual donde la familia forme parte integral de la identidad del paciente y que su exclusión no genere situaciones de estrés y soledad en los pacientes. Cuando surjan conflictos entre los miembros de la familia y el paciente, se debe evaluar exhaustivamente la situación y explorar las opciones que puedan ser mejores respecto a los intereses de todas las partes. Se ha de considerar que existen diferentes estructuras familiares, preferencias e identidades de relación. El profesional tiene que ser capaz de conocerlas e involucrar de forma real a la familia en la toma de decisiones de los pacientes sin anular su autonomía (Ho, 2008).

A partir de las consideraciones anteriores sobre la capacidad de toma de decisiones de los pacientes, se han extraído de la literatura científica, los factores que determinan e influyen en dicha capacidad. Tal y como he ido explicando, estos factores se dividen en tres grandes categorías indicadas al inicio del capítulo: (1) la relación enfermera con el paciente y la familia, (2) las relaciones interprofesionales y (3) el sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica y el cuidado del paciente. A continuación desarrollaré estas categorías en base a la revisión bibliográfica realizada. De esta forma se comprenderá mejor los factores mencionados y su impacto en la capacidad de toma de decisiones de los pacientes en el ámbito clínico de atención especializada.

4.2.2. Relación de la enfermera con el paciente y la familia

Las temáticas más concurrentes en la literatura revisada sobre esta categoría temática son: *a)* el rol del paciente y la familia, *b)* el rol de la enfermera, *c)* la interacción de la enfermera con el paciente y la familia y *d)* las implicaciones de esta relación en la práctica enfermera (esquema 5).



ESQUEMA 5: Temáticas dominantes en la literatura sobre relación enfermera con el paciente y la familia.

Respecto a la caracterización de la literatura, la relación enfermera-paciente ha sido un área de interés entre los investigadores en enfermería en los últimos diez años (Hallet, Austin, Caress & Luker, 2000). La relación enfermera-paciente aparece como una constante, tanto en la literatura como en las publicaciones científicas. A pesar de este interés, es patente un silencio documental del sintagma de búsqueda en la literatura española sobre la relación paciente-enfermera (García Marco et al., 2004).

En líneas generales, la mayoría de la literatura española versa sobre temáticas muy diversas, fundamentalmente sobre conductas y habilidades de comunicación entre los actores implicados en la relación —enfermera, paciente y familia— y sobre el rol que tanto la enfermera como el paciente y la familia adquieren en esta relación o interacción. En este campo también podemos encontrar mucha documentación sobre estrategias de autocuidado, adherencia a la medicación, intervenciones psicológicas, satisfacción del paciente y la enfermera con el cuidado y desarrollo

de la empatía. Son frecuentes los estudios sobre el tipo y problemas de la relación terapéutica que se establece entre la enfermera y el paciente.

A nivel internacional, son más frecuentes los estudios sobre las implicaciones de esta relación en la mejora percibida del cuidado por parte de los pacientes (Fellowes, Wilkinson & Moore, 2008). Además, hay un mayor número de artículos anglosajones que han pasado de una conceptualización del fenómeno, para centrarse en la exploración de las relaciones enfermera-paciente basada en estudios empíricos. Esto ha permitido el análisis de la sustancialidad de estas relaciones en varios escenarios (Deeny & Mcguigan, 1999; Forchuk, 1995).

Finalmente, me gustaría indicar que los trabajos o investigaciones consultados en el ámbito nacional destacan en algunos casos, el intento de relacionar mejoría y disminución de estancias hospitalarias con una buena relación de la enfermera con el paciente. En estos estudios, se ponen de manifiesto las escasas referencias a lo considerado por los autores internacionales sobre las necesidades de los pacientes en esta relación. La mayoría de la literatura española se refiere a las experiencias de las enfermeras sobre esta relación, narradas en tono personal. Es decir, las enfermeras hacen alusión a qué tipo de relación personal tienen con el paciente (García Marco et al., 2004).

4.2.2.1. Rol del paciente

De los estudios revisados en esta categoría temática, la mayoría describen y analizan el rol de los pacientes. Dentro de estos, un número importante de autores coinciden en señalar que el rol del paciente suele ser considerado como de sujeto pasivo (Cahill 1998). Arrollo Arelano (2007) construye este concepto, a partir de la dominación del profesional sanitario que ejerce un rol totalitario sobre el enfermo. Así se entiende que clásicamente se haya considerado «buen enfermo» a aquel que asume una actitud rigurosamente pasiva, que no pregunta ni protesta y que obedece a todos los mandatos.

Esta concepción pone un énfasis excesivo en la autoridad que tiene el profesional respecto al paciente, aspecto que desarrollaré más adelante, en el subapartado del rol de la enfermera.

Hallet et al. (2000), entre otros, consideran que este tipo de relación de pasividad del enfermo, es una forma de paternalismo, donde la enfermera ve al paciente como un sujeto que debe limitarse a cumplir con las indicaciones terapéuticas, utilizando como justificación la obligación de la enfermera de proteger al paciente en su proceso de salud y enfermedad. Kottow (2007) denomina al modelo paternalista, como modelo activo/pasivo, y sostiene que el rol pasivo del enfermo se debe a la creencia de los profesionales de que muchos pacientes, o la mayoría de ellos, no tienen el nivel educacional y cultural necesario para entablar de forma igualitaria su relación con el profesional (Kleiman, Frederickson & Lundy, 2004). Estos autores hacen además una distinción, entre un paternalismo autoritario, que impone una voluntad jerárquica sobre sujetos que poseen autonomía y que preferirían tomar sus propias decisiones, y un paternalismo protector que sería legítimamente ejercido por la enfermera por tratarse de un paciente incapaz de tomar decisiones por su proceso de enfermedad.

Diversos autores plantean que de esta forma, el paciente centra su relación con la enfermera en virtud de los conocimientos de ésta, depositando toda su confianza en el profesional (Jaramillo, Pinilla, Duque & González, 2004). El paciente confía en la enfermera y deja que ésta decida por él sobre sus propios cuidados, lo que en ocasiones hace que el paciente sea tratado por la enfermera como un menor de edad, sin capacidad para decidir sobre su salud. Muchos autores ven el origen de este rol en el Juramento de Hipócrates que pone mucho énfasis en el poder, conocimientos y virtudes del profesional, sin mencionar nada respecto a la autonomía del paciente (Lowenberg, 2003; Trojan & Yonge, 1993).

Otros autores han estudiado el rol del paciente (Castledine, 2005; McCann & Baker, 2001; Heifner, 1993) a través del estudio de la influencia del humor (Greenberg, 2003),

la colaboración (Paaviainen & Astedt-Kurki, 1997), la intimidad (Williams, 2001), la amistad (Geanellos, 2002) y el amor (Stickley & Freshwater, 2002). Desde el punto de vista del humor, Greenberg señala como la relación entre la enfermera-paciente está influida por los estados anímicos de ambos, que configuran una relación más o menos fluida. Respecto a la colaboración, se apunta que ésta existe en la medida en la que el paciente continúe actuando de forma pasiva en dicha relación. Es decir, mientras no plantee negativas a las indicaciones de la enfermera. El resto de autores indicados, relacionan este rol desde posturas amistosas y de cariño o amor o incluso compasión entre la enfermera y el paciente.

Finalmente, Henderson (2003) aporta una interesante explicación sobre este rol de sujeto pasivo o sujeto dominado. Apunta que esta dominación sobre el paciente, la ejerce el profesional que tiene o siente impotencia en el desarrollo de su práctica profesional. Esta impotencia es debida al desgaste profesional y a la indefensión en la autonomía en la toma de decisiones, que provoca en el profesional una despersonalización de su actividad, y en consecuencia un empeoramiento de la relación entre la enfermera y el paciente. Esta situación de impotencia del profesional ha sido considerada por diversos autores como un límite de la relación enfermera-paciente (Cahill, 1998; Cahill, 1996; Jewell, 1994; Waterworth & Luker, 1990). Por lo tanto, puede afirmarse que la literatura pone de manifiesto que en la relación entre la enfermera y el paciente, a éste se le sitúa en un rol de sujeto pasivo.

4.2.2.2. Rol de la enfermera

La mayoría de los artículos revisados en el ámbito de la relaciones enfermera-paciente, además del rol del paciente, analizan el rol que la enfermera adquiere en esta interacción. Este papel se ha convertido en otra de las temáticas dominantes analizadas a partir de la literatura por su impacto en la toma de decisiones del paciente. La bibliografía hace referencia a dos tipos de rol bien diferenciados: el rol de enfermera experta y el rol de enfermera maternalista.

Los autores que describen a la enfermera como experta, consideran la práctica de enfermería como un campo de experiencia (Kérouac, Pepín, Ducharme, Duquette & Major, 1996) en donde los aspectos cognitivos, de comportamiento, de integración de habilidades, valores y creencias son aplicados al cuidado del individuo, la familia y la comunidad. González Ortega (2007) considera que este campo de experiencia, está formado fundamentalmente por conocimientos y habilidades prácticas. Según afirma el autor, esta experiencia, tiene un significado importante en la capacitación de la enfermera para responder a cambios particulares en cada situación de cuidado, y aceptar su responsabilidad en las decisiones que toma durante la interacción con el paciente. Así plantea como, en ocasiones, este rol de experta se opone a que el paciente se involucre en su propia toma de decisiones.

Otros autores, consideran que este rol de experta, es ejercido por aquellas profesionales que son capaces de recoger fragmentos de información fuera del aspecto biológico del paciente y que usan estos en la evaluación del mismo para establecer un apropiado tratamiento o plan de acción. Higgs y Titchen (2001) exploraron las características que diferenciarían a un profesional con experiencia o experto, del que no lo fuese. Estas características fueron: a) habilidad de utilizar la información con mayor cantidad de detalles y señales como fundamento del oficio profesional, lo que le otorga rapidez de respuesta ante las situaciones (Titchen & Ersser, 2001:35), b) conocimiento del paciente, es decir información sobre el contexto, detalles y particularidades del paciente (Titchen, 2001: 71) y c) atención integral y elegante, es decir relacionar la información a nivel físico, existencial y emocional entre el paciente y el profesional (Titchen, 2001: 75).

Finalmente, respecto a este rol de experta, Hardy, Garbett, Titchen y Manley (2002: 199) señalan que dicho rol se basa en la articulación de la práctica del profesional con el paciente y no para el paciente. Shepard, Hack, Gwyer y Jensen (1999: 755) consideran a un profesional experto, cuando dirige su conocimiento, experiencia profesional y habilidades clínicas a los objetivos específicos de cada paciente.

Respecto a aquellos autores que definen el rol de la enfermera en su relación con el paciente, como maternalista, algunos lo hacen refiriéndose a la posición de la enfermera como más íntima de lo deseable, (Beaver, Luker, Glynn Owens, Leinster, Degner & Sloan, 1996); otros como Hess (1996) lo explican en base a conceptos como la adherencia (Esposito, 1995), la colaboración (Moore, 1995), la concordancia (Marinker, 1998) y el cumplimiento (Buchmann, 1997). Dichos conceptos nos aproximan a cómo la enfermera adopta una posición maternal y proteccionista en su relación con el paciente. Dicha posición dificulta el compromiso entre el objetivo del profesional a hacer lo que es correcto y el deseo del cliente para cumplir con sus propios valores e intereses. Es interesante destacar, en este punto, algunos estudios que identifican el rol de las enfermeras como informadoras de los regímenes de tratamiento, basados en la asunción de que si los pacientes comprenden, serán cumplidores (Webb & Hope, 1995; Porter, 1994; Ashworth, Longmate & Morrison, 1992), lo que pone de manifiesto, una vez más, este rol maternalista de la enfermera.

4.2.2.3. Tipo de relación de la enfermera con el paciente

Los estudios que analizan la relación enfermera-paciente, se centran en conceptos como el cumplimiento, el empoderamiento, la calidad de la relación, la impotencia y el poder.

En primer lugar, la literatura que relaciona la interacción enfermera-paciente desde el concepto de cumplimiento, lo define como la voluntad para desarrollar y consentir los deseos de otra persona (Buchmann, 1997). Desde una perspectiva de la salud, lo definen como cumplimiento terapéutico. Hess (1996:18) rechaza la perspectiva del cumplimiento como válida para el estudio de las relaciones entre el paciente y los profesionales por considerarlo una postura paternalista. Así que junto al término de cumplimiento (Buchmann, 1997; Cameron, 1996; Smith, 1995) se han considerado otros como el de empoderamiento (Henst, 1997; Elliot & Turrell, 1996; Myers & MacDonald, 1996) y asociación (Cahill, 1998; Cahill, 1996; Jewell, 1994; Waterworth &

Luker, 1990). Estos estudios sobre las estructuras de empoderamiento han establecido una relación directa entre la satisfacción en el trabajo de la enfermera y la interacción enfermera/paciente (Laschinger, Finegan & Shamanian, 2001), donde la percepción de la enfermera con respecto a esta relación es considerada como un vehículo que influye en el cuidado de los pacientes. Los estudios que hablan de asociación en la relación enfermera y paciente, se refieren a una interacción entre ambos, basada en la autonomía del paciente en la toma de decisiones tras escuchar los consejos de los profesionales.

En segundo lugar, otros estudios plantean que la calidad de la relación, es un factor que influirá al profesional para realizar modificaciones y propiciar un cambio efectivo y útil en las interrelaciones enfermera-paciente (Webb & Hope, 1995; Porter, 1994; Ashworth et al., 1992). Eustis, Kane y Fischer (1993) y Luker, Austin, Caress y Hallet (2000) plantean que esta calidad de la relación afecta directamente a la calidad de los cuidados proporcionados y es crucial para la efectividad de la práctica de enfermería.

En tercer lugar, algunos autores hacen referencia al concepto de impotencia. Definen la relación enfermera-paciente a partir de la dificultad de la enfermera para observar las necesidades reales del paciente sin guías de práctica clínica o soporte de la práctica basada en la evidencia (Hallet et al., 2000). Pero además, esta impotencia es vista por algunos autores en el propio paciente que no recibe la atención que espera de los profesionales (Appelin & Bertero, 2004; McGarry, 2003). Es decir, que los estudios analizan la impotencia desde el punto de vista del profesional y del paciente.

En último lugar, un concepto que en la literatura se relaciona con el estudio de las relaciones de la enfermera con el paciente, casi exclusivamente a nivel internacional, es el de poder. Giddens (1984) afirma que en todas las relaciones sociales, incluyendo las que se establecen entre las enfermeras y pacientes, está presente el poder. El poder configura el uso de recursos, de cualquier tipo, para asegurar los objetivos (Giddens, 1984: 348). Cameron (1996) establece una presencia del poder en la interacción entre

el paciente y el profesional, que ha generado que el profesional desarrolle en el paciente un «*reference power*» y para el paciente es considerado como un «*frame of reference*» (Buchmann, 1997:133). Buchmann se refiere a estos conceptos como la percepción que tiene el paciente sobre el profesional: experto que ejerce un poder sobre la toma de decisiones en el cuidado que le convierte en un marco de referencia para él. El autor hace visible como el profesional manipula el poder ejercido con el paciente alegando una protección de su estatus profesional. Este poder, aparece descrito por otros autores, como forma de expresión del control de los profesionales en su relación con los pacientes (Oudshoorn, Ward-Griffin & McWilliam, 2007). Liaschenko (1994) y Andrews (2002) plantean que el impacto de este poder en el equilibrio entre relación enfermera-paciente evidencia un cambio en los cuidados y en el potencial de centrarlos en el paciente-cliente (McWilliam, Ward-Griffin, Sweetland, Sutherland & O'Halloran, 2001). De esta forma, Finlay (2005) afirma que un intercambio entre el paciente y el profesional es un ejemplo de poder social en sus distintas formas de expresión, mediante manipulación, dominación o persuasión.

4.2.2.4. Tipo de relación de la enfermera con la familia

A pesar de que la literatura en pocas ocasiones separa la relación de la enfermera con el paciente, de la que establece con la familia, me ha parecido interesante extraer aquellas temáticas dominantes que de forma directa hacen referencia a la relación enfermera-familia. El concepto de familia aparecido en la literatura científica no define un determinado modelo, tiende a la consideración de familia nuclear monoparental, aunque es usual los autores que hacen referencia a las personas allegadas al paciente.

La mayoría de los estudios que analizan la relación enfermera-familia también incluyen la relación con el paciente. Por tanto, son una minoría los que se centren exclusivamente en el estudio de la relación de la enfermera con la familia. Por esta razón, he decidido incluir esta temática por separado, aún siendo consciente de la estrecha relación con

la anterior, de forma que sea posible realizar una lectura más sencilla, que aclare las similitudes y diferencias de los autores referenciados.

En la literatura revisada se pueden identificar dos tipos de estudios. Por un lado, aquellos artículos que presentan un aspecto más conceptual sobre el tipo de relaciones entre la enfermera y la familia, en los que se exponen y desarrollan las teorías en las que se basan estas relaciones. Y por otro lado, los artículos experimentales que analizan este fenómeno desde una perspectiva clínica o de intervención. Al igual que en las temáticas revisadas anteriormente, hay diferencias entre la literatura a nivel nacional, que además de escasa, no analiza la práctica clínica y la literatura internacional que comienza a proponer una serie de estrategias de intervención y mejora de la práctica asistencial.

Desde el punto de vista conceptual, la documentación científica describe la necesidad percibida por parte de las enfermeras, de mantener una relación con la familia. En este sentido en la mayoría de la literatura española se señala una serie de teorizaciones sobre habilidades de comunicación y relación terapéutica entre la enfermera y la familia. A nivel internacional, empieza a emerger la literatura científica basada en estudios empíricos y de práctica basada en la evidencia. Aún así, la mayoría de los estudios versa sobre aplicación de estrategias y de entrenamiento en habilidades de comunicación, centradas fundamentalmente, en la relación de los profesionales sanitarios con la familia. Se han encontrado pocas referencias sobre otros aspectos de la relación, como puede ser la influencia de esta relación enfermera-familia en el cuidado, la percepción de ambos sobre esta interacción y el rol de la familia en la toma de decisiones del paciente.

A partir de aquí, me gustaría resaltar aquellas temáticas más dominantes aparecidas en la bibliografía, que de una forma u otra hacen referencia a la relación enfermera-familia. Las temáticas más concurrentes son: relación de supervisión y dependencia y la asistencia medicalizada. Aunque no es a día de hoy una temática dominante en la literatura, he destacado también por el interés que tiene para esta investigación, los

estudios que identifican el poder como factor determinante en la relación enfermera-familia.

Algunos estudios señalan que la relación enfermera-familia suele ser una interacción de dependencia, basada en la supervisión que la enfermera ejerce sobre la familia en el cuidado del paciente (Echeverri y Zuluaga, 2004). En concreto se refieren a este tipo de relación, como relación de ayuda de la enfermera al paciente y la familia (Hoyos y Duque, 2004). Según algunos autores, esta situación de dependencia provoca que la enfermera sólo considere a la familia como sustituta ante la carga de trabajo y la falta de tiempo (Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, De Pedro y Lastra, 2004).

Pocos son los autores, que analizan la dependencia de la familia a los profesionales como una estrategia de poder en esta relación (Rose & Miller, 1992). Existen algunos estudios que de una manera indirecta, vinculan la dependencia mencionada anteriormente con los discursos y relaciones de poder presentes en la interacción enfermera-familia. Así Wilson (2001) identifica los dos discursos dominantes que configuran la relación enfermera-familia. Por un lado, el discurso de la enfermera que aboga por la importancia de la relación con la familia y por otro el discurso que emana de la ciencia o la institución. Respecto al primero, el profesional da importancia a la relación con la familia y fundamenta esta interacción en el diálogo y la construcción de relaciones para la mejora de la salud familiar y bienestar. Este discurso se integra en la práctica profesional de una forma ficticia, pues debido al papel histórico de las enfermeras en la asistencia sanitaria, de dependencia de otros profesionales no alcanza dichos objetivos (Zaforteza et al., 2004). Respecto al discurso institucional, es aquel que convierte a la enfermera en una mera agente gestora de casos para satisfacer las necesidades de salud de la familia.

En este aspecto varios investigadores señalan que en la práctica, solamente se observa, tanto el discurso profesional como el institucional o científico la importancia que se le da a la relación con la familia, como telón de fondo. Muchas enfermeras destacan la importancia de mantener una buena relación con las familias, pero paradójicamente,

articulan su trabajo en base a la dependencia y la supervisión implícita (Wilson, 2001). Además Salmond (1975), Mayall (1986), Bloor y McIntosh (1990), Knott y Latter (1999) describen la precaria situación de la relación de la enfermera con la familia, estableciendo diferencias según el ámbito de estudio, bien sea hospital, donde son algo más cordiales o en el domicilio, donde se tercián complejas y poco satisfactorias. Según estos autores, las relaciones son más complejas en el ámbito domiciliario por el grado de supervisión y dependencia de la familia, viviendo esta, la presencia del profesional en el domicilio como una cierta amenaza ante los cuidados proporcionados al paciente.

Algunos estudios plantean que la biomedicalización de la salud o la asistencia medicalizada es un factor determinante en la relación enfermera-familia. Este modelo de asistencia considera la salud un producto que puede ser fabricado por laboratorios o médicos y consumido por los pacientes posibles o reales. Hay una convicción muy fuerte de que el consumo de servicios y tecnología médica cada vez más costosos puede solucionar los problemas de la salud (Wortman, 2003). Según Conrad (1992) y de Vries, Berg y Lipkin (1982), este modelo ha ido creciendo hacia las tendencias occidentales de una asistencia medicalizada por parte del personal sanitario y los comportamientos sociales ante las enfermedades. La medicalización es vista como la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, y es criticada por sus efectos negativos, paradójicos o indeseables. Se afirma también que la medicina siempre ha ejercido un poder normalizador o de control social del comportamiento humano, lo que conlleva la normalización del paciente y la familia, situación que ha justificado el tipo de relación establecida con la enfermera. Dicha medicalización ha incrementado la autoridad de la medicina como disciplina dominante que pone a la gente cada vez más, bajo su vigilancia (Conrad & Schneider 1980). Por lo tanto la medicalización de los comportamientos no solo ejerce un control social sino que también determina una interacción entre los profesionales, los pacientes y la familia. Aunque intuitivamente, algunos autores plantean un perjuicio de este tipo de relación enfermera-familia en el

cuidado del paciente, la literatura al respecto no alcanza un consenso de cuáles serán las implicaciones en la práctica clínica de esta asistencia medicalizada.

Finalmente, a modo de resumen y en referencia a las dos temáticas, relación enfermera-paciente y relación enfermera-familia, anteriormente analizadas, me gustaría destacar el grado de complejidad de la literatura consultada sobre el tipo de relación de la enfermera con el paciente y su familia, por la diversidad en los planteamientos y perspectivas de abordaje. Por esta razón, considero necesario que se tengan presentes las temáticas abordadas en el subapartado sobre los roles del paciente y la enfermera dada su interrelación.

4.2.2.5. Influencia en el cuidado de la relación de la enfermera con el paciente y la familia

La mayoría de la literatura revisada sobre la relación de la enfermera con el paciente aborda de forma directa o indirecta las implicaciones o influencias de esta relación con la práctica profesional. Me gustaría señalar que, personalmente creo que es uno de los puntos fundamentales para comprender la utilidad del estudio de este fenómeno.

La bibliografía al respecto, plantea cómo la enfermera percibe que el tipo de relación que se establece con el paciente es clave en los cuidados de enfermería proporcionados y en los efectos positivos de esta relación (Ramos, 1992). Esta temática la abordaré desde dos perspectivas diferentes. Por un lado, la literatura que relaciona los roles, expuestos anteriormente, del paciente y la enfermera y por otro lado, los artículos que hacen referencia al tipo de relación y sus implicaciones en la práctica profesional.

Respecto al primer punto, la consideración del rol del paciente como sujeto pasivo tiene una serie de implicaciones en los cuidados de enfermería, que como indican Taylor y White (2000) generan que la opinión del paciente sea menos valorada que la del profesional en la práctica clínica diaria. La consecuencia directa de este posicionamiento, provocará dificultades en la comunicación interpersonal entre la enfermera y el paciente-familia (García Marco, López Ibort & Vicente, 2004). Según Jaramillo et al. (2004) esta situación

crea la percepción del paciente sobre la enfermera como que solo participa de las rondas médicas y la entrega de turno, estableciéndose un código de neutralidad entre ambos, es decir, que el paciente ni desconfía ni confía en la enfermera.

Respecto al rol de la enfermera, el nexo relacional que se establezca con el paciente hará que la relación resulte fácil o compleja. Un rol cuasi-paternal del profesional y un rol cuasi-infantil del paciente proporcionarán, según Arrollo Arelano (2007) una mezcla de beneficencia y poder, que parecerá correcta, ya que pretende beneficiar al paciente, pero que puede resultar incorrecta, ya que se niega a aceptar deseos, opciones y acciones de esa persona.

En lo que se refiere al segundo aspecto de esta temática, el tipo de relación propiamente dicha, entre la enfermera y el paciente, Luker et al. (2000) focaliza su estudio en el «conocimiento del cliente» como un componente de relación positiva entre profesional y paciente, haciendo referencia al poder, como salida o como obstáculo para el desarrollo de esta interacción. Biering (2002) afirma que para que una relación enfermera-paciente sea positiva debe partir de la consideración de ambos en una negociación igualitaria de poder mediante parámetros de relación. Esta relación de igualdad, según Holm (1993) generará qué decisiones sobre los procesos de salud y enfermedad sean tomadas por los pacientes con el consejo de los profesionales. Lo contrario implicaría según Cameron y Buchmann (2005) una manipulación del paciente para que el profesional mantenga su estatus y poder en la relación entre ambos (Hallet et al., 2000). Así, Parse (1992) se refiere a la relación enfermera-paciente como aquella que no debe perseguir el cambio en los valores y costumbres del paciente sino que debe posicionar al profesional como testigo de la propia vivencia del proceso de su salud y enfermedad. Según Parse, este planteamiento, proporcionará a los cuidados de enfermería una dimensión positiva.

Relacionado con el concepto de poder introducido por Luker et al. anteriormente, algunos autores proponen que las enfermeras reconozcan la presencia de poder en su relación con los pacientes y cómo es ejercido dicho poder para explorar el tipo de relación con el

paciente (Oudshoorn, 2005). Oudshoorn afirma que esto nos llevará a entender mejor los cuidados de enfermería que proporcionamos, donde el paciente ejerza el control de los factores que contribuyen a desarrollar sus necesidades. Henderson (2003) en un estudio que incluía entrevistas a enfermeras y pacientes en hospitales australianos, detalló el ejercicio del poder y el estatus profesional como el intercambio de información y toma de decisiones con los pacientes, donde observó cómo muchas de estas enfermeras, no estaban dispuestas a compartir la toma de decisiones con el paciente, posicionándose en la creencia de personal experto para ello. Así, Holm (1993), Hess (1996) y Cahill (1998) destacan que la práctica dominante en la relación enfermera-paciente está basada en una serie de protocolos y guías preestablecidas y defienden una ruptura de dichos protocolos para dar paso a una relación basada en el paciente y su propia autonomía.

De forma novedosa, Hewison (1995) hace referencia al ejercicio de poder mediante el uso del lenguaje, practicado a través de las órdenes a los pacientes. Dichas órdenes se formulan en clave de persuasión ante los pacientes que se resisten a las sugerencias de enfermería. El lenguaje usado se basa en una comunicación hermetizada, donde el profesional establece los límites y el grado de participación del paciente y en el uso de términos de contenido cariñoso. Lo interesante de estos estudios es que intentan focalizar sus resultados en la importancia de la relación enfermera-paciente, particularmente examinando como esta relación afecta directamente al cuidado del paciente y deben ser mejoradas. Así la interpretación del lenguaje, no intenta únicamente comprender los significados sobre determinados eventos sino que además intenta apreciar como estos significados son construidos socialmente en términos de relación profesional-paciente.

A modo de conclusión, he podido observar en la literatura revisada, como dependiendo de la perspectiva de relación establecida entre la enfermera y el paciente, las implicaciones en la práctica profesional son positivas o negativas según los distintos autores, sin existir un acuerdo entre ellos. Pero la mayoría de artículos establecen una crítica a la relación actual entre la enfermera y el paciente. El modelo de práctica profesional actual no deja

paso a una relación terapéutica de comunicación positiva por diversas razones. Las razones más dominantes hacen referencia a los roles de pasividad del paciente, el rol paternalista/maternalista de la enfermera y la relación entre enfermera-paciente basada en una toma de decisiones por parte del profesional experto sin tener en cuenta la autonomía del paciente. Un aspecto a destacar, que complementa mi objeto de estudio, es la consideración del papel que juega el poder dentro de las relaciones de la enfermera-paciente y como se ha puesto de manifiesto con algunos de los artículos revisados, es necesario profundizar en las relaciones de poder ejercidas desde las diferentes posiciones discursivas de los profesionales, de los pacientes y de la familia.

4.2.3. Relaciones interprofesionales en los equipos de salud

La mayor parte de la bibliografía encontrada sobre las relaciones entre los profesionales en el equipo de salud gira en torno a las establecidas entre enfermeras y médicos, quedando relegadas a un segundo plano las relaciones entre la enfermera y la auxiliar de enfermería (Miró Bonet, 2009) y la enfermera y otros profesionales del equipo de salud. Las temáticas dominantes identificadas sobre éstas son las que aparecen en el siguiente esquema (esquema 6).



ESQUEMA 6: Temáticas dominantes en la literatura sobre las relaciones interprofesionales en los equipos de salud.

No es fácil encontrar revisiones concretas o estudios empíricos sobre las relaciones interprofesionales en la literatura española. En general, la mayoría de los estudios se centran en reflexiones personales, en los problemas de comunicación dentro del equipo o en conflictos entre los diferentes profesionales (McMurtry, 2009).

A nivel internacional, la literatura da relevancia a los programas de intervención y educación dirigidos a los profesionales de la salud, para mejorar el modo en que estos atienden a los pacientes. A este nivel se han publicado algunos estudios de cómo la deficiente colaboración entre los distintos profesionales del equipo de salud puede impactar de forma negativa en la calidad de los cuidados, estudios que no se han concluido en España. Según revela una revisión sistemática de la literatura realizada por Zwarenstein, Goldman y Reeves (2009) y Reeves, Zwarenstein, Goldman, Barr, Freeth, Hammick y Koppel (2009) publicada en Cochrane, un mayor conocimiento sobre las relaciones interprofesionales y la puesta en marcha de estrategias para mejorarlas podría aumentar el grado de satisfacción de los médicos, enfermeras y pacientes y reduciría los costes sanitarios en seguridad del paciente así como en las complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria.

Pero a pesar de esto, la mayoría de los estudios versan sobre la perspectiva de la satisfacción del paciente y los aspectos organizacionales del fenómeno del trabajo en equipo multiprofesional sin centrarse en los problemas interpersonales del equipo (Timpka, 2000; Timpka & Hallberg, 1996). En este punto, es interesante hacer referencia a las investigaciones desarrolladas en otros países como Suecia, Portugal y Japón, a diferencia de España, que consideran que el modelo de equipo multiprofesional o interdisciplinar es un eje explícito en las políticas de salud (Schmitt, 2001; Thylefors, Price, Persson & von Wendt, 2000).

La bibliografía reciente sobre el estudio de los equipos de salud plantea que se está produciendo un cambio, en los países occidentales, en la organización de los equipos multidisciplinares y coordinación de los recursos, lo que llevará a ir modificando las

competencias profesionales en el conocimiento de las necesidades de los pacientes/ usuarios (Kvarsntröm & Cadersund, 2006). Este cambio ya fue definido por Inglott (1998) como transdisciplinariedad o reorganización de varias disciplinas en torno a un paradigma o adopción de forma conjunta de una metodología particular que agrupe las intenciones y preocupaciones de las diversas epistemologías. De esta forma, el autor considera que la competencia profesional pasa a adquirir una noción de atención integral, integrada e integradora. Aunque reconoce que esta situación puede quedarse estancada en una exhibición conceptual más o menos vistosa ya que los patrones de rendimiento asistencial actual insisten en reproducir sin grandes matices el patrón médico-quirúrgico. Desde este punto, Inglott alerta que las relaciones interprofesionales y sus diferentes enfoques en el sistema actual tienden a convertirse en una herramienta de consenso entre los profesionales del equipo de salud ante el imperativo de acotar el terreno y estratificar la práctica profesional. Este consenso constituye un instrumento cuya virtud consistirá, no tanto en desempeñar determinadas funciones profesionales en la atención de salud, como en desmenuzar dichas funciones y volverlas institucionalmente dirigibles.

En relación al concepto de transdisciplinariedad, Drinka y Clark (2000) señalan que un equipo de salud debe comprender su disciplina y en paralelo reconocer la existencia del resto de profesionales. La sinergia de conocimientos permite constatar las necesidades del paciente, incluyendo competencias suplementarias en los miembros del equipo sin perder de vista las de otros. Björkdahl (1999) y Ehnfors, Ehrenberg y Thorell-Ekstrand (2000) plantean que para facilitar las acciones orientadas al paciente y la adaptación de sus necesidades individuales, los profesionales deben trabajar en un clima de afecto social y desde la concepción cultural de «nosotros trabajamos juntos, mejor».

Me gustaría apuntar que la revisión de la literatura sobre las relaciones interprofesionales, me ha posibilitado observar el complejo entramado de las mismas desde distintas perspectivas. Es por esto, por lo que he intentado dar coherencia a este apartado,

partiendo de la definición aportada por algunos autores de trabajo interprofesional, multidisciplinariedad e interdisciplinariedad.

Cabe destacar la dificultad generada por la multitud de conceptos sobre equipo de salud, relaciones interprofesionales, trabajo interdisciplinar, etc. en la literatura revisada. Se pone de manifiesto que en estos momentos, no existe un consenso entre los autores, de cuál es el punto de partida para el estudio de este fenómeno. Quiero destacar que dado que la bibliografía encontrada tiene en cuenta muchos aspectos de las relaciones interprofesionales y desde multitud de perspectivas y orientaciones, he necesitado centrarme en aquellas temáticas que tienen un mayor interés para el objeto de mi estudio.

Mucha de la documentación científica intenta trazar y redefinir a nivel teórico la conceptualización sobre el equipo de salud, antes de introducir otros elementos de análisis. En primer lugar, desde una perspectiva tradicional se considera el trabajo interprofesional como una estructura monolítica, en la que los conocimientos, habilidades, valores y códigos éticos se consideran necesarios para adquirir un servicio público. Algunos autores como Holmes (2002) consideran esta perspectiva como la responsable de forjar las relaciones de poder en las que el orden y desigualdad social se sustentan.

Por otro lado el concepto que aporta Goffman (1959) incluido en muchos estudios posteriores, sobre equipo de salud, es la idea de un grupo de individualidades, las cuales juntas con una audiencia, revelan la definición de una cierta situación. Little, Jordens y Sayers (2003) amplían esta definición a la forma cómo los miembros de un equipo construyen una relación entre ellos basada en la reciprocidad y la familiaridad. Esta construcción es considerada por estos autores como un proceso de colonización, por el cual una persona se compromete con un discurso comunitario o de grupo y establece una parte de su identidad a partir de esa comunidad.

Me gustaría destacar, que el tesoro de Pubmed define actualmente al equipo de salud como el cuidado de pacientes por parte de un equipo multidisciplinar usualmente organizado bajo el liderazgo de un médico, en donde cada miembro del equipo tiene delimitadas sus responsabilidades y en su conjunto contribuyen al cuidado del paciente (consultado en Pubmed, enero de 2012).

Otro tipo de conceptualizaciones relacionadas con el equipo de salud señalada en varias publicaciones son la multidisciplinariedad e interdisciplinariedad. Leathard (1994:6) se refiere a multidisciplinariedad como un equipo de individuos, con diferentes grados de formación, que comparten objetivos comunes con funciones diferentes y contribuciones complementarias. En contraste, este mismo autor considera interdisciplinariedad algo más ambiguo, como un proceso de diferentes contribuciones disciplinarias que trascienden de la identificación y el logro de objetivos colectivos. A partir de estas ideas, Lingard, Garwood, Schryer y Spafford (2003) y Coombs y Ersser (2004) plantean el trabajo interdisciplinar mediante equipos en cuidados de salud, como la relación entre los profesionales participantes y su dinamismo grupal, donde se incluyen factores como el proceso de toma de decisiones y las actitudes hacia la colaboración.

A partir de esta conceptualización he identificado las temáticas más dominantes en la literatura sobre las relaciones interprofesionales en los equipos de salud, que dividen el apartado, por un lado en estereotipos profesionales y sus características y por otro lado, en tipos de relaciones y su influencia en el cuidado del paciente.

4.2.3.1. Estereotipos profesionales y sus características

Muchas de las investigaciones revisadas aportan evidencia sobre los denominados estereotipos profesionales dentro del equipo de salud, y su influencia en el tipo de relaciones interprofesionales.

Robertson (1999) considera que el estereotipo o los roles de los profesionales de los equipos de salud emergen de la negociación de las posiciones relativas y relaciones dentro del equipo. Este proceso de estereotipación ocurre cuando la percepción de la gente y los grupos sociales son relativamente rígidas, demasiado simplificadas y generalizan una serie de creencias o asunciones. Así se crea una imagen de un determinado rol o función que es llevado a cabo desde la percepción y no desde la realidad (Giddens, 1989). De esta forma, el estereotipo representado sirve para salvaguardar y mantener las diferencias interdisciplinarias y la identidad profesional en vez de crear los fundamentos para la colaboración entre estereotipos profesionales similares.

Robertson, a partir de las tesis de Gilmore y Hunt (1974), señala cómo un grupo profesional configura una imagen estereotipada de otro grupo profesional, aun compartiendo el equipo de salud, desde su propia perspectiva de práctica clínica. Este autor, mediante un estudio sobre los estereotipos de médicos, enfermeras y trabajadores sociales clarifica el funcionamiento de los procesos de estereotipación. Los resultados señalan cómo los trabajadores sociales ven a los médicos y enfermeras excesivamente autoritarios en el cuidado del paciente y los médicos y enfermeras ven a los trabajadores sociales poco realistas a la hora de considerar las necesidades de salud. Según Pietroni (1991) estos médicos, enfermeras y trabajadores sociales se distinguen en su identidad ocupacional y en las percepciones de los estereotipos profesionales en base a su formación pregrado y su posterior desarrollo profesional.

Es interesante destacar, en este punto, como Dingwall y McIntosh (1978) ya habían introducido en sus estudios una relación entre los estereotipos y las cuestiones de sexo y género, que años después otros autores como Sánchez García, Suárez Ortega, Manzano Soto, Oliveros Martín-Yarés, Lozano Santiago, Fernández D'Andrea y Malik Liévano (2011) y Miró Bonet (2009) identifican como centrales en el desarrollo de muchos roles profesionales, como es el caso de la naturaleza patriarcal de la relación enfermera-médico. Estos autores consideran la dualidad entre el estereotipo paternal del doctor

con el objetivo de curar frente al estereotipo maternal de la enfermera con un valor más afectivo de los cuidados que proporciona (Dingwall & McIntosh, 1978).

Estudios como el de Robertson (1999), no muy frecuentes en la literatura científica, centran el análisis de los estereotipos profesionales en las relaciones de poder y la influencia de éstas en las creencias profesionales y personales que construyen el rol e identidad profesional dentro del equipo de salud. Este autor considera que los roles de los otros grupos profesionales estarán influenciados por el sistema de creencias personales y profesionales del grupo al que pertenezcan.

Mientras que otros autores como Björkdahl (1999) y Ehnfors et al. (2000) describen los estereotipos o roles de los miembros del equipo en base a sus identidades y relaciones de trabajo. Es decir, teniendo en cuenta las relaciones entre los profesionales participantes en el equipo y los grupos profesionales, incluyendo los factores que están presentes en el proceso de toma de decisiones y actitudes hacia la colaboración interprofesional. Es la consecuencia de esta relación entre los grupos, lo que dichos autores identifican como elementos para generar un determinado estereotipo profesional dentro del equipo de salud. Estos elementos son analizados en profundidad por Widdicombe (1998) en su estudio sobre los patrones discursivos emergentes de las funciones de los profesionales.

Relacionado con el proceso de estereotipación, otros autores han descrito en sus investigaciones las características de los miembros del equipo de salud responsables de su rol en las relaciones interprofesionales.

En primer lugar, en lo que se refiere al rol médico dentro del equipo interdisciplinar, Elston (1991) lo define como la autoridad social y cultural de los juicios y definiciones aceptadas como «verdad». King (1990) señala cómo los médicos son vistos automáticamente como líderes del equipo de cuidados. Según el análisis de una tesis doctoral nacional (Miró Bonet, 2009), el médico asume la responsabilidad del cuidado, es quien toma las decisiones sobre el tratamiento y autoriza todo lo relacionado con la atención a

los pacientes. Así el reconocimiento de esta autoridad se refleja en las prácticas de los profesionales y construye sus estereotipos. Según Schön, Frost, Chu, Lawson y Salamon (1992), este estereotipo profesional parte de la consideración del escalafón epistemológico del conocimiento profesional, calificando las profesiones en mayores, como la medicina y menores, como la enfermería y el trabajo social, según se basen en un conocimiento científico sistemático o tengan un estabilidad institucional en el contexto de la práctica, al referirse a una zona indeterminada más ambigua y compleja de los procesos de salud y enfermedad.

Otros autores más recientes (Miró Bonet, 2009; Ramió Jofre, 2005) en referencia a la calificación anterior de profesiones «mayores y menores» realizan un análisis de los estereotipos profesionales en clave de identidad profesional, destacando el de la enfermera, menos susceptible al pensamiento positivista y basado en una experiencia profesional más de corte técnico. Esta identidad profesional, según los autores, define el rol de la enfermera.

Los diferentes estudios al respecto, aunque consideran a la enfermera parte del equipo profesional, detectan una serie de tensiones entre los diferentes miembros y sus competencias profesionales. Little (2003) encuentra en el grado de experiencia un punto clave que determina el rol o estereotipo profesional que la enfermera adquirirá dentro del equipo de salud y que puede menospreciar el grado de conocimiento de este profesional. En este sentido, Hardy et al. (2002) describen este rol de la enfermera dentro del equipo como la habilidad de observación en la valoración del paciente, incluso incluye referencias a cómo esta condición queda reflejada en el uso del lenguaje verbal y no verbal y su capacidad para interpretar los signos y síntomas del paciente. Algunos autores consideran fundamental este rol o habilidad de observación de la enfermera (Stein-Parbury, 1993; Sanger, 1996).

Por lo tanto puede afirmarse que, las relaciones interprofesionales en el equipo de salud, según la bibliografía revisada, vienen determinadas por varios aspectos, desde los

estereotipos o roles profesionales que cada uno de los miembros del equipo construyen recíprocamente a partir de su formación y práctica profesional hasta el papel que cada uno de los profesionales juegan dentro del propio equipo de salud. Estas relaciones son complejas y variadas y según los autores están condicionadas en gran medida por las instituciones en las que se dan y por los modelos de comunicación existentes entre los profesionales del equipo (Green & Thomas, 2008). Cabe hacer mención a algunos estudios que plantean como la propia percepción de los profesionales reclama un espacio colaborativo dentro del equipo de salud, evitando las luchas internas entre sus miembros. Un espacio que permita centrar su práctica en el paciente y su familia (Dodwell, 2008).

Finalmente, considero necesario hacer referencia a algunos estudios que introducen el ejercicio de estrategias de poder en las relaciones interprofesionales. Estos estudios están marcados por la distribución jerárquica de la estructura sanitaria y analizan los valores y creencias presentes en estas relaciones interprofesionales (Manojlovich, 2007).

Algunos autores, distinguen entre el poder ejercido por los médicos y el ejercido por las enfermeras. Por un lado, los médicos ejercen el poder de una forma clara respecto al resto del equipo en cada una de las situaciones que se presentan en la práctica clínica diaria (Bradbury-Jones, Sambrook & Irvine, 2008; Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000). Hansson, Foldevi y Mattsson (2009) se refieren al poder ejercido por el médico como *status quo* médico dentro de los hospitales, que condiciona las relaciones interprofesionales. Estos autores manifiestan como los médicos marcan los tiempos de la actividad clínica e influyen en que la enfermera no sea capaz de participar de una forma activa en el proceso de toma de decisiones en el cuidado del paciente. Esta situación provoca que la enfermera dependa en la mayoría de ocasiones de las decisiones, tomadas por el médico.

Por otro lado, las enfermeras configuran una serie de estrategias más complejas para ejercer el poder. Esto es debido, a que este ejercicio de poder por parte de la enfermera es «mal visto» por el resto del equipo e incluso en ocasiones, considerado como una

práctica no legítima o de insubordinación al médico (Espin, 2002). Riley, Manias y Polgase (2006) consideran que este hecho es debido a la situación física de los profesionales de enfermería dentro de los servicios hospitalarios. Estas autoras se refieren a situación física como el lugar donde la enfermera desarrolla su actividad profesional (control de enfermería, *office*, sala de curas, sala de medicación, sala de estar). Estos espacios la presentan permanentemente expuesta a la presión del resto de equipo sanitario, del paciente y la familia, que marca su agenda de trabajo, sin dejar posibilidad de practicar un proceso de reflexión ante las situaciones clínicas que se le presentan.

En este aspecto, Liaschenko y Peter (2004) señalan cómo la enfermera, en ocasiones, ejerce un poder en la relación con el paciente, para enfrentarse a la relación con el médico. Debido a las tensiones que dificultan su participación en la toma de decisiones con respecto a los cuidados del paciente (Bailey, Jones & Way, 2006), la enfermera utiliza este poder para hacer valer su autonomía profesional ante el médico. Esto plantea la dualidad de su papel en el equipo de salud, a veces como nexo de unión con el paciente y otras veces como productora de conflictos por hacer valer su criterio profesional en el resto del equipo.

A modo de conclusión de este subapartado quiero destacar la opinión de otros autores que en el estudio de las relaciones de poder en los equipos de salud y el trabajo interprofesional proponen una colaboración multidimensional donde deben entrar en juego un amplio abanico de ideas y perspectivas profesionales (Miró, Gastaldo y Gallego, 2008).

4.2.3.2. Influencia de las relaciones interprofesionales en el cuidado del paciente

Aunque en el subapartado anterior he mencionado ligeramente alguno de los impactos de las relaciones profesionales en el cuidado del paciente, a partir de aquí ampliaré las influencias o impactos que tienen en la práctica profesional. Para ello, tendré en

cuenta aquellos estudios que, por un lado, se refieren a las tensiones, resistencias u obstáculos que generan las relaciones interprofesionales en el cuidado del paciente y a sus posibles soluciones donde va a jugar un papel importante la comunicación entre los miembros del equipo de salud. Y por otro lado, destacaré cómo los procesos internos en los equipos de salud pueden condicionar los cuidados de enfermería. La intención es que este subapartado sirva de conclusión según la revisión de la literatura de cómo las relaciones interprofesionales en los equipos de salud influyen en la toma de decisiones de los pacientes y genere puntos de reflexión de cara al desarrollo de mi investigación.

Tal y como he comentado anteriormente, los estudios sobre relaciones interprofesionales en los equipos de salud, se centran mayoritariamente en la relación establecida entre el médico y la enfermera. Por esta razón, me referiré en la influencia de la relación entre ambos en el cuidado del paciente.

Barbosa de Pinho y Azevedo dos Santos (2006) afirman que las enfermeras entienden que las relaciones establecidas entre los equipos son importantes para desempeñar sus funciones de forma satisfactoria. Esto también presupone que ellas estén comprometidas con la realidad y les permita ser autónomas en el momento de tomar decisiones. Estas autoras apuntan que las enfermeras, mantienen un interés en la cooperación con el equipo, con la intención de corresponsabilizarse en el cuidado del paciente. Aunque, las autoras también admiten que esto no siempre es así, principalmente cuando lo que está en juego son las relaciones entre las personas y el interés implícito o explícito en la actitud de los profesionales. Se puede ver, en ciertos casos, como algunos profesionales que interactúan muy bien con otros profesionales, se ayudan mutuamente en las actividades con los pacientes. Y en otros, es tan evidente lo contrario, que incluso es percibido por el paciente y la familia. Es en este último caso, es donde aparecen las tensiones, resistencias y obstáculos en la toma de decisiones del paciente y la calidad en sus cuidados.

Riley, Manias y Polgase, (2006) en su estudio sobre relaciones interprofesionales aseguran que estas tensiones entre la enfermera y el médico afectan de forma directa al cuidado del paciente y su atención de salud. Apuntan dos impactos relacionados con la tensión en el equipo de salud, por un lado la impotencia y frustración que se genera en los profesionales de enfermería y por otro lado la indefensión del paciente ante esta situación. Lunardi (2007) achaca estas tensiones a las resistencias establecidas por parte de cada uno de los profesionales y al ejercicio de poder del otro, que quedaron descritos en el subapartado anterior, ejercidos entre las enfermeras y los médicos.

Otros autores, como Robertson (1999) y Beattie (1995) identifican qué factores están presentes y mantienen los límites o tensiones profesionales y el *status quo* del grupo. El primer factor al que hacen referencia, es la falta de preparación de los profesionales para afrontar los nuevos retos y cambios en los roles profesionales encaminados hacia la participación y comunicación grupal. En segundo lugar, plantean la asunción de posicionamientos rígidos dentro del grupo, como un factor que genera tensiones en el equipo. Según el grado de participación en la toma de decisiones de los profesionales, identifican por un lado a aquellos que se sienten cómodos con las ambigüedades del grupo, en las que en caso de duda, es el médico quién toma la última decisión y por otro lado, aquellos que mantienen una posición de pasividad ante los conflictos, para que sean otros miembros del equipo quienes tomen las decisiones. El tercer factor contextualiza las tensiones en el equipo debido al sentido distintivo de identidad cultural, valores, relaciones sociales que cada miembro del equipo tiene por su experiencia personal. Y finalmente, los autores señalan que la aprobación de líder y autoridad del médico, por parte del resto del equipo, configura uno de los factores determinantes en las tensiones interprofesionales.

Muy similar a los factores propuestos por los autores anteriores, Ham (1992) identifica una serie de obstáculos en las relaciones interprofesionales que generarán ciertas tensiones. Algunos de estos obstáculos son las diferencias en la estructura

organizacional y la forma de trabajo, la hostilidad política entre autoridades, las diferencias en el proceso del plan de trabajo, los límites establecidos por la autoridad y las disposiciones presupuestarias.

Este análisis de las tensiones, resistencias, factores y obstáculos en las relaciones interprofesionales, ha servido a diferentes autores para analizar el impacto de las mismas en el cuidado del paciente y su toma de decisiones autónoma.

La literatura describe la comunicación en el equipo de salud como un factor determinante en las relaciones interprofesionales y causante de muchas de estas tensiones. Por lo que esta comunicación tendrá un impacto en el cuidado del paciente. Devereux (1981) y Chiu, Tang, Liu, Shyu, Chang y Chen (1998) apuntan, por un lado, como los médicos se fían de la comunicación oral con las enfermeras para informarse del estado del paciente. Y por otro lado, cómo las enfermeras se fían de la comunicación oral entre el personal de enfermería para transmitir la información del paciente, datos significativos y órdenes de enfermería. Pero en los estudios de Björkdahl (1999) y Ehnfors et al. (2000), en los que se analiza la eficacia de la comunicación entre el médico y la enfermera en el cuidado del paciente, se observa que dicha comunicación no alcanza resultados positivos en la atención de salud del paciente. Estos autores apuntan que la causa de dicho fracaso es debida a que los profesionales únicamente pretenden dar una imagen de equipo a través del uso de recursos retóricos como «nosotros» en su descripción de la práctica profesional diaria, pero que la realidad es bien diferente.

Otra de las tensiones destacadas en la literatura versa sobre la posición de cada uno de los colectivos respecto al equipo de salud. En lo que se refiere a la posición que la enfermera ocupa, muchos autores se han referido a ella como una mera subordinada de las decisiones del médico. Este estatus dentro del grupo, generará una serie de luchas por parte de la enfermera para hacer valer su autonomía profesional, lo que es planteado por Little et al. (2003) como un límite en la resolución de las necesidades del paciente y sus capacidad de toma de decisiones. El autor afirma que en ocasiones el

afán de la enfermera de querer pertenecer a un grupo profesional puede convertirse en una necesidad de conformarse. Así Strauss y Corbin (1990) señalan al profesionalismo y la segregación de la formación de los profesionales como una barrera para la colaboración interdisciplinar.

Esto daría paso, a considerar el impacto que un estatus jerarquizado en los equipos de salud podría tener en el cuidado del paciente. Medina (2005) plantea cómo las relaciones de poder entre la medicina y la enfermería han naturalizado formas socialmente construidas de opresión, lo que ha obligado a la enfermera a internalizar un estatus de sumisión respecto a la medicina. Zaforteza, Gastaldo, De Pedro, Lastra y Sánchez-Cuenca (2005) concluyen que los médicos presentan una serie de intransigencias por mantener su hegemonía en la toma de decisiones, en la información proporcionada al paciente y familia y en el establecimiento de normas dentro de los servicios. Esto genera que el paciente y la familia se vean perjudicados en la atención que reciben, pues no se benefician de todos los conocimientos y habilidades del profesional de enfermería.

Por último, describiré algunos estudios que aportan algunas soluciones a las tensiones y obstáculos planteados en las relaciones interprofesionales y que en consecuencia pueden servir para considerar mejoras en la toma de decisiones del paciente y su familia. Björkdahl (1999) y McCormick, Logan, Coenen, Ehnfors, Entwistle, Bakken y Carr (2000) defienden unos cuidados de salud basados en la gestión de las tensiones entre los diferentes posicionamientos dentro del grupo, los subgrupos profesionales y las destrezas y cualidades de cada uno de ellos. Otro de los cambios que proponen, es la eliminación de superioridad de unos profesionales respecto a otros, ya que esto puede excluir al paciente y sus familiares de sus propios cuidados. Para ello las relaciones interprofesionales deben ser entendidas a través de la comprensión y observación de los procesos internos en el grupo. Según los autores una perspectiva más amplia de conocimiento de una profesión reemplazaría el estudio de un foco concreto de ésta,

para analizar la competencia de la totalidad de un equipo de salud. Así las relaciones interprofesionales proporcionarían un soporte positivo para desarrollar el equipo multidimensional sintiéndose integrados unos con otros (Little et al.; 2003).

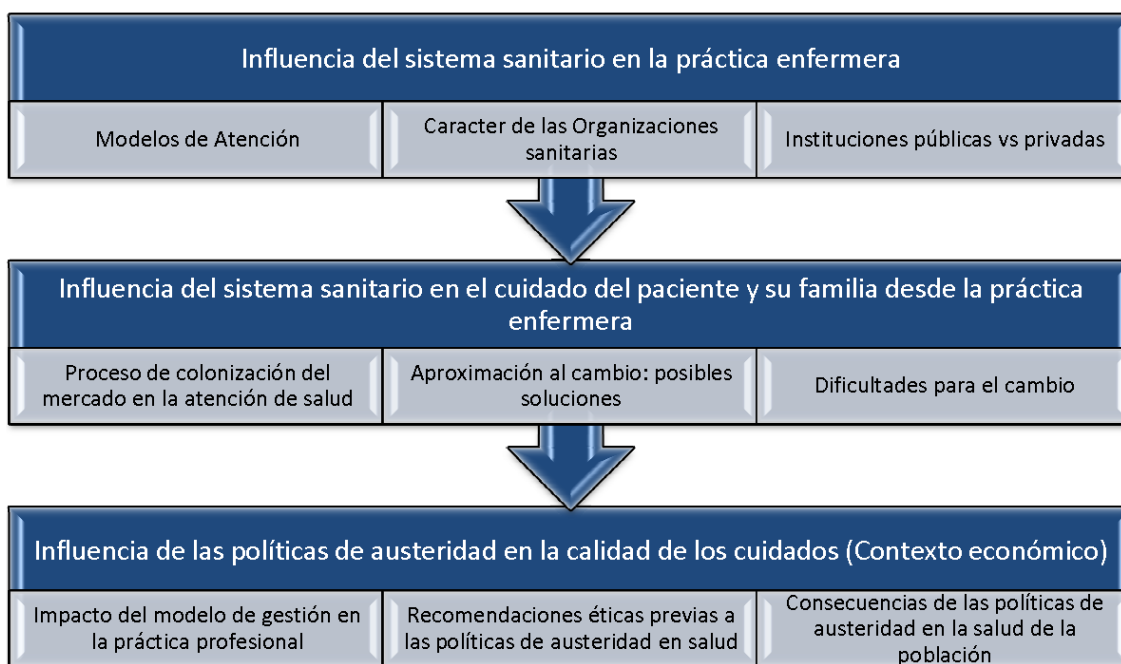
En general, la gran diversidad de concepciones sobre las relaciones interprofesionales en los equipos de salud me ha permitido comprender cómo las relaciones dentro del equipo se configuran mediante una serie de estereotipos o roles de cada uno de los profesionales integrados en dicho equipo. Estos estereotipos, según la literatura revisada, han construido un *status quo* del médico, como disciplina dominante, frente al resto de profesionales implicados y en especial a la enfermera, la cual se sitúa en una posición menos privilegiada respecto al cuidado del paciente. Son estos estereotipos y sus características los que conforman el tipo de relación interprofesional, en las que son fácilmente distinguibles una serie de tensiones y obstáculos de cara a la atención de salud proporcionada por los profesionales y la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes.

4.2.4. El Sistema Sanitario: efectos sobre la práctica clínica de los profesionales de la salud

Antes de exponer la bibliografía revisada al respecto de esta temática, me gustaría hacer mención a la gran complejidad y diversidad de artículos, que de una forma u otra se refieren al sistema sanitario. Esto ha dificultado en cierta medida el desarrollo de este apartado, donde he tenido que ir acotando la literatura hasta relacionarla con el objeto de estudio. Por este motivo he decidido no analizar los artículos que incluyen de forma general la gestión y organización del sistema sanitario, sino de forma concreta, la opinión y la percepción de los profesionales y fundamentalmente de la enfermera respecto al sistema sanitario o las organizaciones sanitarias. Además en este apartado hago referencia al impacto en la práctica profesional y en el cuidado del paciente del contexto concreto actual de crisis económica.

Es importante señalar que durante el periodo revisado son una minoría las investigaciones que reflexionan sobre la posición e influencia de las organizaciones, respecto al desarrollo en la práctica clínica de los cuidados enfermeros. Dada la influencia que podrían tener las organizaciones sanitarias en los resultados en salud, identifiqué este concepto como de interés para el análisis de mi fenómeno de estudio.

Al igual que en los dos subapartados anteriores, he extraído aquellas temáticas que aparecen referenciadas de forma más recurrente en la literatura revisada sobre la relación entre la enfermera y el sistema sanitario, así como, su influencia en los cuidados que proporciona (esquema 7).



ESQUEMA 7: Temáticas dominantes en la literatura sobre los efectos del sistema sanitario en la práctica clínica de los profesionales de salud.

La mayoría de la bibliografía revisada sobre el sistema sanitario versa sobre la gestión de los recursos y los indicadores de calidad de los servicios. En España, es posible encontrar algunas referencias bibliográficas que analizan la influencia de la gestión del sistema sanitario en la práctica de los profesionales, pero son pocas las que se refieren

en particular a la enfermera. Sin embargo, a nivel internacional, puede verse tanto en investigaciones como en la política de sus instituciones aspectos de interés respecto a la consideración de los profesionales como fuente de éxito en la mejora de la calidad de la atención en salud. Esto pone de manifiesto, como en otros países, no solamente se ha analizado en profundidad esta cuestión sino que se están produciendo pequeños cambios en las organizaciones sanitarias para la mejora de la atención del paciente. Es el caso del gobierno británico, que a finales de los noventa, a consecuencia de una alta tasa de abandono de enfermeras y desmotivación profesional, puso en marcha una estrategia denominada «*Making a difference*» que abarcaba medidas estructurales, funcionales, de liderazgo, económicas y académicas, encaminadas a favorecer la contribución de las enfermeras a la salud de los ciudadanos. En esta estrategia el propio gobierno británico reconoce abiertamente que las organizaciones sanitarias existentes en ese momento no favorecían el desarrollo profesional enfermero e impedían continuamente las innovaciones en la enfermería (Department of Health: United Kingdom, 1999). Es clara la diferencia existente en España respecto a otros países, tanto a nivel de revisiones bibliográficas como de estudios empíricos y de políticas de salud respecto al grado de reflexión y crítica de las organizaciones sanitarias sobre la influencia en los cuidados en la salud de la población.

Antes de profundizar sobre las temáticas más dominantes respecto a la influencia del sistema sanitario en la práctica profesional, haré referencia a aquellos estudios, que han puesto de manifiesto los retos en la gestión del sistema sanitario y sus implicaciones en la práctica de los profesionales de enfermería. Mark, Salyer y Wan (2003) identifican dos grandes retos, por un lado la demanda de servicios de alta resolución —cirugía mayor ambulatoria, corta estancia, etc.— que se traducen en un acortamiento de las estancias y en un desorbitado aumento de la rotación enfermo-cama, a la vez que se dispara la atención domiciliaria. Y por otro lado, la demanda de servicios de soporte debido a una creciente población cada vez más envejecida, con problemas de autonomía en las actividades de la vida diaria y con enfermedades crónicas. Cuando coinciden ambas

demandas, el sistema sanitario no puede asumir la carga asistencial con la misma dotación de enfermeras, con la misma capacidad en la toma de decisiones sobre los cuidados y con una distribución de profesionales similar a la de hace veinticinco años (De Pedro y Morales, 2004).

En ese mismo sentido autores como Hau (2004) destacan que los retos en el modelo de gestión sanitaria actual han obligado a muchos países a (re)plantearse los servicios que se ofertan y la provisión de profesionales. Se refiere a este modelo, como aquel que distribuye los ratios enfermera-paciente o enfermera-población como una mera frecuentación de servicios bajo una visión tradicional de la contribución enfermera en los resultados en salud. Es decir, como una estructura sanitaria basada en la formación exclusivamente empírica de las enfermeras, que desempeña tareas de eminente corte práctico. De hecho, Thompson, McCaughan, Cullum y Sheldon (2001) consideran que la formación de las enfermeras siempre ha estado condicionada por una imagen de provisión de masa laboral adiestrada a semejanza de las instituciones sanitarias. De ahí la dificultad que entraña realizar cualquier cambio en los modelos de práctica profesional en aquellas instituciones en las que este modo de pensamiento colectivo está ampliamente legitimado, siendo una barrera difícil de suprimir (Retsas, 2000).

Otros autores discuten sobre los retos del sistema sanitario desde otras perspectivas. Así, destacan los que se refieren al modelo holístico de enfermería, describiendo los efectos de la gestión ante el exceso de las demandas y la pérdida de autonomía de las enfermeras (Beardwood, Walters, Eyles & French, 1999). Otros autores como Doolin y Lawrence (1997) analizan el sistema sanitario desde la relación existente entre la biotecnologización de los cuidados de salud y la gestión de las instituciones sanitarias. Exponen cómo las organizaciones sanitarias actualmente se centran en unos cuidados deshumanizados a consecuencia de la aplicación desmesurada de técnicas médicas. Por otro lado, Bamford y Porter-O'Grady (2000) investigan sobre las posibilidades de la gobernabilidad compartida como gestión pública de los sistemas sanitarios. Barnett,

Barnett y Kearns (1998) examinan las estrategias de resistencia de la gestión y Jommi, Cantu y Anessi-Pessina (2001) exploran la extensión de las técnicas de gestión como consecuencia de la reorganización del cuidado de salud.

Parece evidente según los artículos que tratan de explicar las organizaciones sanitarias, la existencia de una gran diversidad de temáticas analizadas desde multitud de perspectivas. No obstante cabe destacar que una de las características comunes de la literatura, es que la mayoría de autores plantean las investigaciones de cara a identificar retos en los sistemas de gestión de las organizaciones, pero en muy pocos casos aportan soluciones a los problemas planteados. Este hecho se debe a la gran diversidad de factores que confluyen y que deben ser estudiados en cada contexto social, cultural, político y económico concreto, como apuntan algunos investigadores (Irgoyen, 2003).

A partir de aquí y en base a aquellas temáticas dominantes en la literatura revisada sobre la influencia del sistema sanitario en la práctica enfermera, he planteado una división que recoge aspectos sobre la influencia de las organizaciones sanitarias en dicha práctica, para desde aquí analizar dicha práctica y su impacto en la autonomía en la toma de decisiones del paciente y su familia.

4.2.4.1. Influencia del sistema sanitario en la práctica enfermera

Según un informe técnico de la OMS publicado en 2008 sobre la accesibilidad de los recursos de salud en varios países, nuestro sistema sanitario actual está conformado por una serie de recursos y prestaciones que intentan asegurar la atención de salud de los ciudadanos. La distribución de estos recursos configuran los modelos de atención que priorizan las políticas de salud al respecto. Por esta razón, en lo que se refiere a los profesionales sanitarios que atienden a la población, el sistema sanitario español ha establecido una serie de expectativas, que en principio, como ocurre también a nivel internacional, no cubre las necesidades de salud de la población (WHO, 2008). Este aspecto es considerado por varios autores punto de partida para analizar la práctica

enfermera en el sistema sanitario que incluyen temas analizados anteriormente como los deficitarios ratios enfermera-paciente de las organizaciones sanitarias actuales (De Pedro & Morales, 2004).

Como evidencia Ramió Jofre (2005), la repercusión en el trabajo enfermero de los recursos del sistema sanitario viene determinado por los modelos de gestión, el carácter de las organizaciones y que las organizaciones sanitarias sean públicas o privadas. Es por esta razón, por lo que me parece interesante, a partir de estos tres factores analizar la influencia del sistema sanitario en la práctica enfermera desde la literatura publicada al respecto.

En primer lugar, en lo que se refiere a los modelos de gestión de los sistemas sanitarios, me centraré en aquellos que se consideran modelos de práctica clínica. Algunos autores se refieren a cómo las instituciones sanitarias generan una serie de pautas o modelos de cuidado o atención, que contribuyen a que los profesionales se adhieran a determinados estilos de práctica (Brennan & Anthony, 2000). La presencia y difusión de ciertos modelos hace que las enfermeras se identifiquen con normas, valores y vías de comunicación que establecen grupos informales o formales en las organizaciones. De esta forma, se crean en las estructuras del sistema sanitario una serie de modelos de práctica enfermera, que constituyen las vías de consecución de los objetivos asistenciales (Brennan & Anthony, 2000). Es interesante observar, cómo desde los modelos impuestos por las instituciones sanitarias, la enfermera define sus competencias y su contribución en la organización respecto a la continuidad de cuidados, la participación en la toma de decisiones, la colaboración entre los miembros del equipo asistencial, el liderazgo, el entorno de aprendizaje, la comunicación o la gestión de los recursos entre otros (Brennan & Anthony, 1998).

Actualmente, una de las formas de gestión sanitaria más examinada en la literatura, describe a las organizaciones sanitarias como dominadas por los médicos, que se resisten a la participación de las enfermeras en temas de planificación (Fajardo y

Germán, 2004). En estas organizaciones la estructura sanitaria se articula en torno al modelo biomédico, centrado en la enfermedad, más que en el enfermo, y el tratamiento biológico. Los cuidados aplicados por las enfermeras se articulan de forma secundaria y silenciosa.

En este punto, se analiza en la literatura cómo se relaciona directamente los objetivos de calidad del sistema sanitario con la actividad profesional. Respecto a la conceptualización del propio término, calidad, los autores señalan que cuando ésta es definida o contemplada como un control de la actividad profesional, puede provocar resistencias por parte de los profesionales y en consecuencia con el sistema sanitario (Rapley & Ridway, 1998). Estas resistencias son el fruto de unas organizaciones sanitarias que conforman microestructuras en las que coexisten numerosos roles, estatus y pautas de relación, estructuradas mediante mecanismos diversos (De Pedro y Morales, 2004). Es entonces cuando aparece un aspecto al que hacen referencia diversos autores, sobre cómo estas resistencias limitan la participación de la enfermera en las decisiones de cuáles deben ser los criterios de calidad del sistema de salud. Krairiksh y Anthony (2001) se refieren aquí a una coartación de la autonomía de las enfermeras para ejercer esta participación, erróneamente confundida con la percepción de control o pérdidas de poder por el resto de miembros de la organización.

Otro de los modelos de gestión del sistema sanitario, es aquel que se centra en la vinculación de la práctica profesional con la gestión del conocimiento dentro de las organizaciones sanitarias. De Pedro y Morales (2004) aluden a las organizaciones sanitarias como entes destinados a gestionar el conocimiento científico. Por tanto, la formación de los profesionales de la salud ha estado ligada a instituciones sanitarias. Este hecho, como consecuencia de los modelos anteriormente mencionados, ha mantenido a la enfermera ajena a la gestión del conocimiento. Algunos autores evidencian, mediante un análisis de la bibliografía existente en los centros sanitarios,

como en 1996 solo un 10% de las bibliotecas hospitalarias contaban con alguna revista de enfermería y existían 12 escuelas de enfermería sin acceso a ninguna biblioteca (De Llano Reguera, Estrada Lorenzo, Blanco Pérez, Gálvez Toro, Poyatos Huerta y Grupo BDIE, 2000; Estrada Lorenzo, Poza Sanz, Sánchez Gómez y Lázaro y de Mercado, 1996). Esta situación tiene consecuencias sobre la práctica enfermera, pues serán desconocedoras de los resultados de investigación que mejoran los cuidados al paciente (Hunt, 1996).

Respecto a las organizaciones sanitarias como condicionante de la práctica enfermera, la mayoría de autores diferencian dos tipos según su orientación hacia la práctica de enfermería, organizaciones cuidadoras y no cuidadoras. Las que por trayectoria histórica son *cuidadoras*, se preocupan formalmente de los profesionales que trabajan. Son organizaciones que tienen identidad propia, con principios y valores que los gestores, entre otros profesionales, transmiten a las demás personas que trabajan, y en consecuencia repercute positivamente en la calidad de la atención prestada (Ramió Jofre, 2005). Por el contrario, aquellas instituciones con valores materialistas o *no cuidadores* repercuten en la práctica enfermera de forma negativa. Esta característica suele estar presente en las instituciones privadas donde hay una mayor carga de trabajo, las condiciones laborales son precarias con menores posibilidades de mejora, mayor polivalencia en la atención, menos autonomía profesional, más exigencia del usuario y una mayor desigualdad jerárquica profesional (Huizing, López Alonso, Lacida Baro y Pérez Hernández, 2005).

Por último y relacionado con el anterior, referente al tercer elemento de influencia del sistema sanitario sobre la práctica de enfermería, en la literatura se plantean diferencias entre la organización pública y la privada en su impacto en la práctica enfermera. De estos estudios, destacaré aquellos que consideran a las organizaciones como estructuras que deben establecer las condiciones para que las enfermeras ejerzan en plano de colaboración con otros profesionales, en el sector público como

en el privado (Huizing, López Alonso, Lacida Baro y Pérez Hernández, 2005; De Pedro Gómez, 2004). Los autores proponen un análisis de la distancia jerárquica, transmitida a través de actitudes, entre médicos y enfermeras en las organizaciones sanitarias, especialmente en las organizaciones privadas. Apuntan que esta distancia es la causa principal de las desigualdades que se producen en la práctica profesional, más que la división del trabajo. Según Ramió Jofre (2005) es necesario profundizar en las condiciones de trabajo y la división jerárquica de los profesionales en ambos sectores, público y privado y en los valores que sustentan las prácticas profesionales para conocer qué influencia tienen en el cuidado del paciente.

4.2.4.2. Influencia del sistema sanitario en el cuidado del paciente y su familia desde la práctica enfermera

La documentación científica revisada al respecto pone de manifiesto que el sistema sanitario condiciona el rol de la enfermera, y por lo tanto influye en la atención de salud que se les proporciona al paciente y su familia desde las organizaciones sanitarias.

Hunter (2001) apunta que el sistema de gestión actual de las instituciones sanitarias responde principalmente a un modelo de la ética de mercado y de las demandas de competitividad. Este hecho reemplaza los valores promovidos por las profesiones proveedoras de cuidados, como la enfermería, por valores de mercado, oferta y demanda e imperativos de gestión sanitaria (Clarke & Newman, 1997). Esto ha sido denominado por algunos autores como proceso de colonización del mercado en la atención de salud (Calnan & Gabe, 2001; Jommi et al., 2001; Doolin & Lawrence, 1997). Las implicaciones que este proceso de colonización tiene sobre la práctica de los profesionales es evidente, pero solo algunos autores como Beresford (1997a), Traynor (1999) y Ellis (2000) plantean el impacto que podría tener en los cuidados del paciente y su familia.

Beresford (1997a) se refiere al proceso de colonización como el control que el sistema sanitario ejerce en la actividad profesional mediante una serie de imperativos de gestión sobre los servicios que deben ofrecer los profesionales en el seno de las organizaciones sanitarias. El cuidado al paciente y su familia es debatido a través de discursos de empoderamiento, ciudadanía, costes y valores económicos y no en base a sus necesidades de salud. Los pacientes se convierten en un producto a controlar mediante monitores, indicadores de calidad, consumo de servicios y costes del sistema sanitario.

Autores como Ellis (2000) describen el proceso de colonización del sistema sanitario, como el efecto que produce una serie de criterios prefijados y estándares de calidad sobre los resultados esperados en la atención de salud de los pacientes y sus familias. Según Ellis, el sistema sanitario pretende gobernar la clínica mediante evaluación de resultados y medición de los objetivos de la práctica clínica que la organización ha marcado previamente, sin tener en cuenta la situación particular de cada paciente.

Traynor (1999) habla en su estudio de la tensión entre la autonomía del profesional para desarrollar libremente su práctica asistencial y el fortalecimiento del control de la actividad profesional por parte de la organización sanitaria. La autora alude en particular a las enfermeras, que como consecuencia de esta sinergia, se convierten en meras agentes de seguros para los pacientes, priorizando la estimación de los riesgos y las complicaciones clínicas, abandonando otro tipo de actividades. Este aspecto es considerado por otros autores como el valor de mercado impuesto por el sistema de organización sanitaria (Crowe & Carlyle, 2005; Crowe, 2000).

Estas perspectivas sobre el impacto de la organización sanitaria en los cuidados del paciente y su familia, se encuentra dentro de lo que la mayor parte de la literatura considera corriente o perspectiva empresarial de la salud. Crow (2000) predice que una organización sanitaria basada en esta perspectiva puramente empresarial promoverá pacientes acomodados y objetos pasivos de cuidado únicamente asociados a riesgos.

Además, añade que si la práctica enfermera se adhiere a esta perspectiva será absorbida por los discursos dominantes y tradicionales de la medicina y de la gestión sanitaria y continuará en una posición inferior a otros profesionales de la salud. Crow habla incluso de exclusión de las enfermeras de la estructura organizacional.

El pensamiento de Crow se concatena con algunos estudios que relacionan el sistema sanitario con uno de los conceptos expuestos en esta revisión de la literatura sobre el rol del paciente en su relación con la enfermera, que consideraban al paciente como un objeto pasivo. Determinados autores responsabilizan a las organizaciones sanitarias de este rol pasivo del paciente. Así Gerteis, Edgman-Levitan, Daley y Delbanco (1993) alude a las reglas, regulaciones y estándares establecidas por el sistema sanitario como causantes de convertir al paciente en un ser pasivo y sumiso. Anteriormente, Hart (1985) ya delimitaba al hospital como el subsidiario de despojar de identidad al paciente, donde el poder de la disciplina médica definía todo comportamiento y acceso de otros profesionales al cuidado del paciente. Hart defiende la idea de que una institución totalitaria, puede ser entendida como un lugar donde el paciente es desnudado de su identidad social y se reinscribe con un rol pasivo basado en un cuerpo para su sometimiento a los procesos biomédicos.

Entre la literatura sobre la influencia del sistema sanitario en el cuidado del paciente y su familia cabe destacar aquellos estudios que plantean las dificultades presentes en las organizaciones sanitarias para que se produzca un cambio en la práctica profesional de cara a la mejora del cuidado del paciente y su familia. McGrath (1998) alega que una limitación importante en la atención al paciente viene determinada por las estructuras internas de las organizaciones sanitarias. Estas estructuras internas marcan una rutina en la vida de una institución sanitaria y ningún profesional ni paciente se atreve a cuestionarla. Fairlough (1989) piensa que estas rutinas están ampliamente extendidas, legitiman la organización de los hospitales y hoy se entienden como simplemente el único camino para la atención de los pacientes y su familia.

A partir de estas limitaciones, aparecen autores que apuntan algunas soluciones respecto al impacto que las organizaciones producen en el cuidado del paciente. Gilbert (2005) expone como mediante la reducción de la complejidad burocrática de las instituciones sanitarias y el manejo de las expectativas de mercado de las mismas puede emerger un sistema sanitario más humanizado. Osborne (1997) aboga por un sistema sanitario eficaz reduciendo los aspectos burocráticos y replanteando los objetivos propuestos hacia unos cuidados centrados en el paciente y no en los valores de mercado. Ambos autores, defienden la idea de un sistema de salud participativo, abandonando el consumismo como valor económico de los cuidados (Beresford, 1997b).

4.2.4.3. Influencia de las políticas de austeridad en la calidad de los cuidados (contexto económico)

Como he comentado anteriormente, la demanda de servicios de alta resolución ha provocado que la gestión de los recursos sanitarios vayan dirigidos a un acortamiento de las estancias clínicas, a un aumento importante de la rotación enfermo-cama (Mark, Salyer & Wan, 2003) y a una apresurada integración del modelo de atención domiciliaria para generar mayores índices de altas hospitalarias en el menor tiempo posible. Además, en los últimos datos demográficos (Lanzieri, 2012) observamos como la población europea está envejeciendo y presenta problemas crónicos cada vez más prevalentes. Si a todos estos aspectos le sumamos la situación económica que están sufriendo la mayoría de países de la Unión Europea, con la consiguiente reducción y restructuración de estos recursos, la carga asistencial para las enfermeras se puede ver desbordada (De Pedro y Morales, 2004).

Son muchos los problemas actuales de salud de la población que dependerán de la respuesta profesional que den las enfermeras. No se puede pensar en una atención que no esté basada en una asistencia flexible y adaptada a los intereses y las necesidades de las personas y su entorno familiar. Las enfermeras están formadas y han adquirido

las competencias para dar respuesta a las múltiples necesidades que emergen con independencia de los procesos médicos (Molina Mula y De Pedro Gómez, 2013).

El modelo de gestión instaurado en la mayoría de sistemas europeos presenta una fuerte relación entre la biotecnologización de los cuidados de salud y la pérdida de autonomía de los profesionales para decidir sobre el tipo de cuidados que se proporcionan (Molina Mula, 2011; Beardwood et. al., 1999; Doolin & Lawrence, 1997). Algunos autores como Bamford y Porter-O'Grady (2000) han propuesto modelos de gobernabilidad compartida entre la gestión pública y privada de los sistemas sanitarios mientras que Barnett, Barnett y Kearns (1998) han descrito la resistencia de los modelos neoliberales para generar cambios en la gestión de los recursos sanitarios. Blasco (2007), González (2001) y Jommi, Cantu y Anessi-Pessina (2001) exploran las técnicas de gestión adaptadas a la reorganización del cuidado de salud integrando el desarrollo socioeconómico de la comunidad para garantizar la transparencia de dichas técnicas (OPS, 2008). Todos ellos han expuesto como las organizaciones sanitarias actualmente se centran en unos cuidados deshumanizados a consecuencia de la aplicación desmesurada de técnicas y una consideración mercantilista de la salud.

Los pacientes refieren que la hospitalización es una experiencia traumática, que supone un importante deterioro de la intimidad, de la confidencialidad y en algunos casos de la dignidad de las personas. Se establece con el médico una relación de sumisión a su autoridad basada en la falta de conocimientos y en la confianza. Los pacientes exigen información, pero continúan sin participar activamente en su proceso asistencial. La posición médica se caracteriza por una visión más técnica que no da tanta importancia a los problemas de dignidad o de intimidad de los pacientes. Al tiempo, se considera que los pacientes no tienen suficiente información (o formación) para entender los temas médicos. Por el contrario, las enfermeras mantienen una posición más respetuosa hacia los derechos de los pacientes, manifestando explícitamente que se consideran defensoras de los mismos desde su posición de cuidar (Arora & McHorney, 2000).

El impacto del modelo de gestión en la práctica profesional viene determinado por la distribución de los recursos sanitarios que configuran los modelos de atención (WHO, 2008). Los modelos de gestión condicionan los resultados de las organizaciones, no existiendo en la actualidad duda sobre cómo afectan los modelos organizacionales a los resultados clínicos (Morales Asensio et al., 2005; Lang et al., 2004; Needleman et al., 2002) resultando imprescindible que las organizaciones definan su capacidad cuidadora como una prioridad ya que los modelos basados en cuidados deficientes insertan una dimensión que afecta a la mortalidad y a los desenlaces indeseados y evitables de la atención sanitaria (Rafferty et al., 2011).

Para plantear las recomendaciones que deberían ser tenidas en cuenta antes de cualquier política de recortes en derechos y prestaciones sanitarias algunas organizaciones parten de cuatro premisas fundamentales (Comisión Deontológica del COIBA, 2012; OECD, 2011): (a) el Sistema Nacional de Salud es un pilar fundamental para garantizar la solidaridad y la equidad de la sociedad, (b) la atención sanitaria debe ser un bien común organizado según el principio de cobertura sanitaria universal con independencia del nivel socioeconómico de la población, (c) la atención sanitaria equitativa y de calidad debe ser un derecho ciudadano y no un privilegio. Esta atención debe ser integral, continuada y prestada en el nivel adecuado en salud pública, atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria y (d) las enfermeras siempre han de estar comprometidas en el buen uso de los servicios sanitarios y en mejorar la eficiencia y la calidad del Sistema Nacional de Salud.

A partir de estas consideraciones, algunas normas nacionales e internacionales y en especial en el ámbito de la enfermería nos pueden ayudar a reflexionar antes de la puesta en marcha de medidas de austeridad en el entorno sanitario. Según la legislación española, el artículo 43 de la constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud, especificando que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Al

tiempo que se debe fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte, se debe facilitar la adecuada utilización del ocio. En este sentido, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Ley General de Sanidad, 1986), establece que la asistencia sanitaria pública se debe extender a toda la población en condiciones de igualdad efectiva y superando los desequilibrios territoriales y sociales, desde una concepción integral del sistema sanitario.

El Código Deontológico Internacional de la Enfermería del CIE (2012), aboga por que la enfermera comparta con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud, en particular las de las poblaciones vulnerables, que elabore declaraciones de posición y directrices que favorezcan los derechos humanos y las normas éticas, que establezca normas de atención de salud y un contexto de trabajo que fomente la seguridad y la calidad de los cuidados.

El Código Deontológico de la Enfermería Española señala que la enfermera (1989) ejercerá su profesión con respeto a la dignidad y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje y tendrá como responsabilidad profesional primordial la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados. Además hace referencia a que cuando la enfermera observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio Profesional correspondiente, para que éste tome las medidas oportunas.

Todo ello y aun siendo consciente de la situación de crisis económica actual, los últimos informes de la OMS plantean que se debería tener en cuenta la información científica disponible y valorar opciones o alternativas que no afecten a la equidad y atención en salud antes de realizar ajustes que perjudiquen a la salud de los ciudadanos. Tal como

plantea la OMS (2008) «la recesión económica mundial probablemente acabe afectando al gasto sanitario y social, en especial en los países en desarrollo. La protección de las inversiones en las estructuras de salud y sociales es esencial para mantener la estabilidad y la seguridad y acelerar la reactivación económica». El reto que se afronta ahora estriba en prevenir que la llamada *crisis económica* no sirva de pretexto para debilitar los sistemas de protección públicos y que el aumento de las desigualdades acaben en una crisis social y sanitaria en espacios donde existían excelentes indicadores sanitarios.

Según Navarro (2012) la solución de esta preocupante situación no es técnica sino política, y los retos son muy importantes. Destacando que debe ser cambiado el lenguaje y la conciencia personal y colectiva sobre la salud mostrando un modelo de salud público alternativo al discurso neoliberal dominante que tenga en cuenta los determinantes sociales; para ello plantea que se deben realizar alianzas entre los movimientos sociales y las fuerzas populares con los profesionales, investigadores, expertos y académicos para trabajar en favor de la sanidad pública y la equidad; y frenar la privatización de la sanidad pública defendiendo su universalidad, equidad y calidad.

En este sentido, algunos estudios plantean como el impacto perjudicial sobre la salud de las personas derivado de las situaciones socioeconómicas desfavorables, se relaciona con la mayor o menor protección social de las personas (Stuckler, Basu & McKee, 2010). Las consecuencias de las crisis económicas y de los recortes afectan de manera especial a los grupos de población más sensibles —los más pobres y desfavorecidos—: la población infantil, las personas mayores y las personas inmigrantes (CERMI, 2009; EAPN-ES, 2009; Observatory of the Third Sector, 2009). Varios autores han mostrado, por un lado, que existe una importante correlación entre el gasto en protección social de un país y la mortalidad (Esu, 2011). Por otro lado, en casos como en la fuerte crisis económica que afectó a Finlandia a principios de los noventa, no tuvo efectos negativos sobre la salud ni sobre las desigualdades en salud gracias a la fortaleza del Estado del Bienestar de este país (Ulriksen, 2011). Dichos estudios muestran que el impacto

perjudicial sobre la salud se relaciona con la mayor o menor protección social de los ciudadanos.

Desde una perspectiva ética se considera que las respuestas que se están dando desde los gobiernos para realizar los ajustes económicos no deberían afectar a las prestaciones sociales ni a la asistencia sanitaria ya que existen suficientes evidencias sanitarias sobre el impacto negativo de las crisis económicas en la salud y el efecto beneficioso de las políticas sociales sobre la misma (WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008; Labonté & Schrecker, 2007; Benach & Muntaner, 2005; Anthony & Lurie, 2004; WHO Commission on Macroeconomics and Health 2003). La OMS advirtió en 2009 que aunque el sector de la salud no hubiera tenido que ver con la crisis financiera, terminaría por ser el más afectado. Y es evidente que la crisis va dejando rastros negativos de su paso en las prestaciones sanitarias a medida que avanza el tiempo.

La Comisión Deontológica del Colegio Profesional de Enfermería de las Islas Baleares publicó en Mayo de 2012 una serie de recomendaciones que indicaban que: (a) parece injusto que los costes de la crisis recaigan sobre el derecho fundamental de la salud y que la asistencia sanitaria se limite a las personas aseguradas excluyendo a otros colectivos, (b) las autoridades sanitarias deben plantear medidas de eficacia económica sin acortar los derechos de los ciudadanos en materia de salud. Su prioridad debe ser asegurar que puedan ser cubiertas las necesidades de salud sin tener en cuenta distinciones por condiciones sociales, económicas o nacionalidad, (c) las enfermeras desde su responsabilidad no pueden aceptar recortes que afecten negativamente a la salud o a la calidad y seguridad de los servicios sanitarios y (d) las enfermeras desde su ética profesional y compromiso social deben continuar respondiendo a las necesidades de salud de la población, especialmente de los grupos más vulnerables.

Así, algunos autores plantean como el modelo de la ética de mercado y de las demandas de competitividad del sistema sanitario actual (Hunter, 2001) promueve valores condicionados por la oferta y demanda y los imperativos de gestión sanitaria

(Calnan & Gabe, 2009; Jommi et al., 2001; Clarke & Newman, 1997; Doolin & Lawrence, 1997). El cuidado al paciente y su familia es debatido a través de discursos de costes y valores económicos y no en base a sus necesidades de salud (Cruces, Glüzmann & Alva, 2012; Ramesh, 2009; Beresford, 1997). Si además le sumamos que el sistema sanitario establece una serie de criterios prefijados y estándares de calidad sobre los resultados esperados en la atención de salud (Barham, 2011; Touze, 2011; Ellis, 2000), se genera un sistema sanitario que pretende gobernar la clínica mediante evaluación de resultados y medición de los objetivos de la práctica clínica que la organización ha marcado previamente, sin tener en cuenta la situación particular de cada paciente. Esto refuerza que los profesionales de la salud se conviertan en meros agentes de seguros para los pacientes como se ha planteado en apartados anteriores (Marcus, Harding & Lamarche, 2011; Traynor, 1999).

Se destaca que la evidencia científica defiende la idea de un sistema de salud participativo, renunciando al consumismo como valor económico de los cuidados (Gudmundsdottir, 2012; Avcin et al., 2011; Conway, 2011; Esu, 2011; Ulriksen, 2011; Bidani et al., 2012; Sargent-Cox, 2011; Anderson, 2011). Para evitar que sea mermada la salud de una población especialmente en época de crisis económica, los modelos de gestión que posibiliten el empoderamiento de la enfermería están más justificados que nunca, porque son las enfermeras las que defienden mayoritariamente las posiciones de defensa de los pacientes hacia actitudes de mayor compromiso y participación (De Pedro Gómez y Sales Girona, 2007).

4.3. ¿QUÉ ESTÁ PENDIENTE DE CONTESTAR?

Una vez revisados los estudios publicados sobre los conceptos nucleares que configuran mi investigación, la finalidad de este apartado es señalar algunas futuras áreas de investigación en relación a esta línea de estudio. Además, esta

reflexión permitirá destacar las potencialidades concretas de este proyecto de investigación.

Por lo que en la exposición que propongo a continuación, plantearé, en primer lugar, aquellos aspectos que a mi parecer no quedan suficientemente aclarados en la literatura científica, sobre todo a nivel nacional sobre los conceptos nucleares planteados. Y en segundo lugar, indicaré las aportaciones que tendrá esta investigación en lo que ya ha sido estudiado sobre este tema.

Con respecto a los aspectos que falta explorar, en la revisión de la literatura ha quedado explícito que, la mayor parte de los estudios sobre las relaciones entre la enfermera con el paciente, la familia, los profesionales del equipo de salud y el sistema sanitario han versado sobre el rol que cada uno de ellos juega en esta interacción. Fundamentalmente se han centrado en las habilidades de comunicación, las estrategias de cuidado, el cumplimiento terapéutico y la adherencia a los tratamientos médicos. De modo que, son una minoría, sobre todo en España, las investigaciones que se centran en el estudio de estas relaciones desde el análisis de los discursos y las relaciones de poder que constituyen la práctica profesional. Además aunque a nivel internacional, los estudios ponen más énfasis en los conocimientos y virtudes del profesional, no profundizan sobre la autonomía del paciente en estas relaciones y la capacidad de toma de decisiones.

Aunque la literatura revisada destaca como importante la relación de la enfermera, paciente y familia para la mejora de los cuidados, no he encontrado estudios que analicen en profundidad las relaciones de poder existentes que legitiman determinadas prácticas profesionales y que dominan la atención de salud. Queda patente la escasez de estudios empíricos sobre los conceptos nucleares propuestos, desde un punto de vista de relaciones de poder, saber y lenguaje.

Otra de las fragilidades destacadas en las investigaciones revisadas sobre el impacto en el cuidado del paciente del fenómeno analizado, es la ausencia de estudios que analicen las relaciones interprofesionales desde la propia opinión de los profesionales del equipo de salud y no solamente de médicos y enfermeras, sino de todos aquellos que se encuentran implicados en los cuidados del paciente y la familia.

Además, he podido observar que la literatura que versa sobre la relación de la enfermera con el sistema sanitario es muy diversa y no aporta información clara sobre la legitimidad de ciertas prácticas profesionales que impactan en el cuidado del paciente y la familia.

Finalmente, con respecto a la perspectiva de mi estudio, a nivel nacional es casi inexistente la literatura científica que profundice en el día a día de los profesionales desde la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones. Es decir, no son comunes los estudios que describan el papel de autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre sus propios cuidados de salud. La mayoría de las investigaciones discuten sobre la aplicación de una forma u otra de los principios de la bioética planteados por Beauchamp y Childress.

Las debilidades descritas anteriormente, me introducen en la descripción de qué aportará mi investigación al fenómeno objeto de estudio.

En primer lugar, considero que un análisis de las estrategias de poder ejercidas en la relación de la enfermera con el paciente y la familia, partiendo del punto de vista de los propios profesionales, me permitiría identificar aquellos elementos o áreas en las cuales se podrían plantear llevar a cabo algunos cambios en los cuidados proporcionados por el profesional al paciente y su familia. Para ello, incluyo en mi planteamiento de investigación entrevistas a enfermeras para conocer las creencias, las costumbres, y las prácticas de estos profesionales sobre las relaciones con los

pacientes, las familias, otros profesionales del equipo, y el sistema sanitario, que influyen de forma directa o indirecta en la atención de salud que proporcionan.

En segundo lugar, considero que mi investigación intentará cubrir la necesidad de plantear estudios que profundicen en los discursos descritos en los documentos institucionales, desde la perspectiva de análisis de relaciones de poder. Por ello, he realizado un análisis de discurso de los registros de las observaciones de enfermería informatizados, de un servicio de hospitalización. A través de ellos, podré identificar aquellos discursos que dominan la práctica profesional y los que emergen de las tensiones y resistencias de las enfermeras por su contraposición a los modelos de atención naturalizados en el sistema sanitario. Este análisis contribuirá a conocer mejor la influencia en el cuidado del paciente de aquellas prácticas profesionales implantadas de forma rígida en las instituciones y que todos los profesionales realizan sin cuestionamiento alguno, como se ha constatado en la literatura revisada. Así, la enfermera podrá reconocer qué alternativas a su práctica podría mejorar el cuidado del paciente y la familia.

Pero además, me parece interesante profundizar en el análisis sobre cómo los propios profesionales de enfermería perciben la influencia que tiene el sistema sanitario sobre su actividad profesional. Es decir, como las relaciones de poder presentes en su relación con la organización sanitaria puede condicionar el desarrollo de dicha práctica de cara a proporcionar unos u otros cuidados al paciente y la familia. Visibilizar los discursos dominantes de las organizaciones sanitarias podría permitir a las enfermeras detectar las debilidades en el sistema sanitario y sus modelos de gestión de cuidados que están justificando determinados estatus profesionales y que dificultan la autonomía de los pacientes. Un análisis de discurso sobre las relaciones de poder de las entrevistas a enfermeras y los registros de las observaciones de enfermería de las historias clínicas aportan información relevante sobre las prácticas dominantes insertadas de las organizaciones sanitarias sobre la participación de la

enfermera en estas y en el establecimiento de los objetivos de cuidados propuestos desde la propia estructura sanitaria.

Finalmente, otra de las aportaciones de mi investigación, de forma novedosa en España, abrirá una reflexión de cómo la aplicación actual de los principios éticos están legitimando determinadas prácticas en las enfermeras respecto a la autonomía del paciente en la toma de decisiones. Estas prácticas éticas están dominando la actividad profesional guiándola hacia códigos y normas universales, que dificultan el desarrollo de la subjetividad y autonomía del paciente y la familia en la toma de decisiones sobre su salud. Por ello, dentro de este estudio, cruzaré la perspectiva de la ética foucaultiana en el análisis de discurso que propongo.

En definitiva, hacer visible la presencia de poder en las relaciones con el paciente y la familia, con los profesionales del equipo de salud y con el sistema sanitario, permitirá entender mejor los cuidados que proporcionan a los pacientes y su familia, y plantearse la posibilidad de transformarlos y mejorarlos.

Capítulo 5

PERSPECTIVA Y ORIENTACIÓN TEÓRICA

He dividido este capítulo en cuatro apartados claramente diferenciados, pero en conexión con los conceptos nucleares de mi investigación y la revisión de la literatura al respecto. El primer apartado incluye una serie de consideraciones sobre el paradigma crítico social desde el que parte mi propuesta de investigación. En el segundo y tercer apartado se exponen aquellos conceptos que se relacionan con mi investigación desde la perspectiva postestructuralista y la ética foucaultiana, haciendo especial hincapié en la construcción de la autonomía y la libertad del sujeto. Finalmente, en el cuarto apartado, se plantean las aportaciones de la perspectiva teórica al análisis de la autonomía del paciente en el ámbito clínico.

Parto de la idea de paradigma como conjunto de prácticas en torno a la investigación (Kuhn, 1970), como guía para el desarrollo y crecimiento del conocimiento como resultado. El paradigma describe el conjunto de experiencias, creencias y valores que afectan la forma en cómo percibimos la realidad. Por lo que, un paradigma dominante se refiere a los valores o sistemas de pensamiento en una sociedad estable, en un momento determinado (Campanario, 2004).

La epistemología es una de las cuestiones fundamentales en la planificación y diseño de cualquier investigación, especialmente cualitativa (Guba & Lincoln, 2000;

Mason, 1996). Su importancia radica en considerar que la elección de una perspectiva es determinante desde el punto de vista de las interpretaciones y resultados que se pueda hacer de un mismo fenómeno (Stoehrel, 2000).

La orientación teórica que conecta los discursos y las relaciones de poder que constituyen la autonomía del paciente en la toma de decisiones se fundamenta en esta investigación, en el paradigma crítico social.

5.1. PARADIGMA CRÍTICO-SOCIAL

Este paradigma sitúa la comprensión de un fenómeno a través de los significados compartidos por el contexto político, social, histórico y las prácticas culturales que están influyendo en la participación de los sujetos. Por lo que, supone una serie de concepciones teóricas y metodológicas relacionadas entre sí, basadas en los principios de la racionalidad y el constructivismo social (Montero, 2002; Guba & Lincoln, 2000).

Se considera que las estructuras y preconcepciones sociales pueden ser una fuente de opresión y marginación para determinados colectivos sociales con el firme planteamiento de la emancipación o lucha por el cambio a partir de las estructuras de poder y de la verdad que lo sostiene (Miró Bonet, 2009; Castel, Rendueles, Donzelot & Álvarez-Uria, 2006; Guba & Lincoln, 2000). Por lo tanto, se considera esta verdad como una forma de realidad social, política, cultural, de género y económica, no accesible a todo el mundo.

De ahí que los investigadores que se sitúan desde esta perspectiva exploren las fuentes que dan lugar a dogmas, la influencia de la autoridad y tradición sobre el conocimiento y la búsqueda de alternativas efectivas para configurar el conocimiento y las prácticas de una determinada profesión (Kincheloe & McLaren, 2003).

Este paradigma promueve un mayor análisis del contexto político social, asumiendo la necesidad de escapar de la neutralidad y de reconocer los desequilibrios de poder

existentes. Tiene, en continua consideración, los factores sociales, políticos, culturales, étnicos y de género que marcan la asunción de verdad como realidad social preconcebida (Heslop, 1997; Weedon, 1997; Dzurec, 1995). La posición del investigador dentro de este paradigma tiene particular importancia, pues implica un proceso de investigación redefinido continuamente mediante la cooperación e interacción con el fenómeno y el ambiente estudiado.

Del paradigma crítico social subyacen una serie de premisas (Kincheloe & McLaren, 2003) como: (a) todo pensamiento está fundamentalmente mediado por relaciones de poder que se constituyen social e históricamente, donde las relaciones entre concepto y objeto y entre significativo y significado no son estables ni fijas y están mediadas por las relaciones sociales; (b) los hechos no pueden ser aislados del dominio de los valores o separados de alguna forma de adscripción ideológica; (c) el lenguaje es un eje central para la construcción de la subjetividad, tanto consciente como inconsciente; (d) en cualquier sociedad, ciertos grupos gozan de privilegio sobre otros y, aunque las razones para este privilegio pueden ser ampliamente variadas, la opresión que caracteriza a las sociedades contemporáneas se reproduce con más fuerza cuando los subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario e inevitable; (e) la opresión, en sus múltiples facetas, debe ser estudiada sin centrarse sólo en una, lo que podría eludir la interconexión entre ellas. De todo esto, las prácticas investigadoras están generalmente, aunque muy a menudo sin saberlo, implicadas en la reproducción de sistemas de clase, raza y opresión de género.

Por tanto, este paradigma se sitúa en un relativismo escéptico sobre la presunción de que no existen grandes y únicas teorías capaces de reflejar la complejidad de la realidad, articulada por las relaciones de poder y contextualizada por el habla, los textos y los medios de masas (Lunardi, Peter & Gastaldo, 2006; Guba & Lincoln, 2000). Castel, Rendueles, Donzelot y Álvarez-Uría (2006) consideran este paradigma como la oportunidad para construir un discurso transformador que dispute el terreno de lo

que hasta ahora se ha considerado como natural o aceptado, mediante la percepción crítica de la realidad. Es decir, trata de poner de manifiesto nuevas formas de reflexionar sobre lo que se sabe (Lunardi, Peter & Gastaldo, 2006).

A nivel particular como investigador, el paradigma crítico social, me ha permitido ser sensible a las distintas voces y perspectivas marginadas en el estudio de fenómenos sociales. Desde esta orientación he analizado las diversas presunciones, representaciones y opiniones construidas como verdades únicas e inamovibles, que me permiten visibilizar el poder oculto y las implicaciones del mismo en las experiencias de los participantes del estudio.

El paradigma crítico social me ha servido de paraguas para situarme en la comprensión de mi fenómeno de estudio desde el análisis del contexto social, político e histórico que los envuelven. Este paradigma incluye una serie de perspectivas teóricas como el Postestructuralismo (Guba & Lincoln, 2000) que surge de la suposición epistemológica de que la naturaleza de una investigación está determinada por los valores sociales. Esta suposición me acerca a los desequilibrios de poder existentes en el objeto de mi investigación.

Me ha parecido interesante, no escapar de la influencia de este poder en la autonomía del paciente en la toma de decisiones y del impacto de factores como las relaciones de la enfermera con el paciente, la familia, los profesionales del equipo de salud y el sistema sanitario en dicha autonomía. Estos factores determinan la asunción de determinadas verdades como una realidad social preconcebida poco estudiada en nuestro país hasta el momento. La integración en mi investigación de conceptos como la relación entre el saber y el poder, los discursos y las relaciones de poder ha influido mi posicionamiento teórico y mi fenómeno de estudio.

A modo de resumen, reúno en la siguiente tabla los aspectos más característicos del paradigma crítico social.

Objeto o propósito de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> ● Crítica a las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género que limitan a la humanidad. ● Descripción de los factores sociales, políticos, culturales, étnicos y de género persistentes a lo largo del tiempo que ha construido la realidad de mi fenómeno a estudio. ● Defensa y activismo.
Naturaleza del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Insights</i> estructurales/históricos que se transforman con el tiempo. ● <i>Insights</i> informados mediante interacción dialéctica.
Cómo se acumula el conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Crece y se transforma mediante un proceso dialéctico de revisión histórica. ● Generalizaciones cuando son similares las condiciones sociales, políticas, culturales, económicas, éticas y de género.
Criterios de evaluación de calidad y validez de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> ● Contextualización histórica de la investigación.
Ética de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> ● Intrínseca. ● Inclínación moral del investigador.
Voz del investigador	<ul style="list-style-type: none"> ● Intelectual. ● Visibilizar y legitimizar. ● Dialógica y dialéctica: diálogo entre investigador e investigado.
Entrenamiento de los investigadores	<ul style="list-style-type: none"> ● Resocialización de la perspectiva heredada. ● Contextualización histórica y estructura social del escenario de la investigación.

TABLA 8. Elementos comunes de las perspectivas dentro del paradigma crítico social.

5.2. LA PERSPECTIVA POSTESTRUCTURALISTA

En este apartado explicaré una serie de consideraciones generales sobre la perspectiva posestructuralista para posteriormente centrarme en aquellos conceptos desarrollados por el filósofo M. Foucault, autor central de la orientación filosófica de mi tesis. Finalmente, describiré y conectaré con el fenómeno a estudio de esta investigación, los conceptos desarrollados en la última etapa del filósofo francés

sobre una nueva perspectiva ética, lo que algunos autores han denominado ética foucaultinana (esquema 8).

El postestructuralismo se origina del estructuralismo y busca extender críticamente aspectos de este (Saussure & Levi-Strauss de Palmer, 1997). De acuerdo con Dzurec (1995; 233), el postestructuralismo resalta lo que sucede en el mundo, a partir de las presunciones de verdad que se construyen desde las prácticas sociales.

Una de las piedras angulares del postestructuralismo y de la filosofía postmodernista en los años 70 y 80, ha sido la posición desarrollada por Michael Foucault (Vahabi & Gastaldo, 2003; Fox 2000; Lupton 1994; Valverde, 1991). Habermas, Rorty o Derrida coinciden, pese a sus diversos enfoques teóricos, en la importancia de Foucault como uno de los autores imprescindibles en el panorama filosófico del siglo pasado (Castro Orellana, 2004).

Foucault está reconocido como un filósofo e historiador polémico, autodenominado, diagnosticador del presente y que con coraje ha invertido el foco de las verdades ocultas hacia lo que está tan íntimamente unido a nosotros mismos, hacia lo que se dice de nosotros y sin lo cual no seríamos lo que somos.

«Foucault tuvo siempre la virtud de transformar lo habitual en extraño».

Keith Hoskin (1996:213)

Michael Foucault fue profesor del Collège de France desde los inicios de 1971. Su cátedra de Historia de los sistemas de pensamientos se estructuraba mediante exploraciones y desciframiento de campos de problemas, para analizar el tipo de discurso que se utilizaba en la genealogía de las relaciones de saber-poder (Ávila-Fuemayor, 2007). Pero hasta la publicación en 1994 de la obra de Gallimard *Dits et Écrits*, abordar la globalidad de la reflexión del autor francés representaba una labor muy compleja, por la existencia de infinidad de prefacios, artículos, entrevistas

o conferencias dispersas y en diferentes idiomas. Esta obra resuelve en cierto modo esta dificultad.

Foucault se dedicó a estudiar el poder desde la óptica de los operadores de dominación, desde una perspectiva histórica. Es decir, la relación del poder como ejercicio o estrategia de dominación. Dicha perspectiva es adquirida de Nietzsche del que obtiene además, una concepción de la historicidad del sujeto y del objeto de conocimiento que le permite articular un materialismo que resulta incompatible con la teoría del acto fundante del sujeto epistemológico. La fragmentación de la razón y del sujeto que efectúa el filósofo alemán, conduce a Foucault a tomar distancia de los sistemas totalizantes y a proponer un materialismo anti-antropológico que se sostiene en la dimensión de un acontecimiento (Sauquillo, 1989).

«En el fondo no soy más que un historiador de las ideas. Pero [...] un historiador de las ideas que ha querido renovar de arriba a abajo su disciplina, que ha deseado sin duda darle ese rigor que tantas otras descripciones, bastante vecinas, han adquirido recientemente [...]».

Michel Foucault (1999a:229)

Para Foucault la historia es el discurso del poder, el discurso de las obligaciones a través de los cuales el poder somete, es el discurso por medio del cual el poder fascina, aterroriza e inmoviliza (Foucault, 2001a).

La llamada crítica postestructuralista o crítica foucaultiana trata de cuestionar la relación entre poder y conocimiento y como esta relación está enclavada en las prácticas cotidianas (Dzurec, 2003; Fox, 2000; Francis, 2000; Cheek & Rudge, 1993). El propósito no es cuestionar la verdad o falsedad del conocimiento producido, sino los efectos o las implicaciones de los discursos dominantes y poco cuestionados (Vahabi & Gastaldo, 2003). Esta perspectiva permite generar nuevas posiciones desde las que resistir, cuestionar o transformar los discursos dominantes que son aceptados sin

crítica ni reflexión y que perpetúan estereotipos sobre determinadas prácticas (Meyer, 2005; Duzrec, 2003; Wodak, 2001; Manias & Street, 2000; Cheek, 2000; Gastaldo & Holmes, 1999; Crowe, 1998; Cheek & Porter, 1997; Heslop, 1997; Walter, 1997; Prior, 1997; Ang & Hermes, 1996; Gilbert, 1995; Henderson, 1994; Nelson, 1994).

La filosofía, después de Mayo del 68, se veía urgida a resolver dilemas que planteaban los usos desmedidos de la racionalidad científica y técnica, el componente despótico que parecía asociado al impulso revolucionario y las prerrogativas hegemónicas y universales de la razón universal. Estas inquietudes llevarían a Foucault a concluir con la tematización de la ética característica de su pensamiento de los años ochenta (Castro Orellana, 2004).

Esta perspectiva foucaultiana, se dirige a partir de la interpretación de las problemáticas abordadas por el filósofo desde finales de los sesenta y hasta su muerte: *El gobierno de sí, El cuidado de uno mismo* o las *Tecnologías del yo*. Centro mi estudio en la cuestión de la ética. Pero tal análisis pretende desarrollarse colocando dicho horizonte de inquietudes en relación con los trabajos anteriores del autor y subrayando sus nexos más que sus discrepancias.

Según Vázquez (2000) existen dos modos de aproximación diferentes a los escritos de Foucault. Primero, un acercamiento hermenéutico que intenta descifrar los textos, establecer etapas en su filosofía y convergencias teóricas con otros autores. Pero el interés de esta investigación se centra en el segundo modo de aproximación, considerando la obra de Foucault desde un enfoque praxeológico, cuyo propósito es considerar a éstos como una *caja de herramientas* o un *instrumental conceptual*. Los conceptos que aborda Foucault son un medio para el análisis de problemas empíricos, como es el caso de la autonomía del paciente en la toma de decisiones.

Esta concepción praxeológica puede describirse en tres modalidades (Halperin, 2000). En primer lugar, la utilización programática que consiste en una recepción que intenta

proseguir o completar proyectos de investigación que Foucault sólo esbozó o no alcanzó a concluir. En segundo término, el «uso autopoético o estético» que entiende los textos de Foucault como un medio para trastocar la propia relación que uno tiene con las verdades que ha recibido, es decir, como un vehículo para la transformación del sujeto-lector, función que sin duda a mi me ha impregnado. En tercer lugar, el trabajo investigativo o heurístico que recurre a las herramientas conceptuales de Foucault con el fin de abordar objetos que él propiamente no llegó a explorar nunca. En esta última posición, se desarrolla el trabajo teórico de mi investigación. A pesar de esto, no se puede llevar a cabo un uso de la contribución foucaultiana sin una comprensión meridiana y anterior de sus obras, es decir, de su aproximación hermenéutica (Castro Orellana, 2004).

Asumo el carácter abierto de la aproximación teórica y la necesidad de no elaborar una interpretación global del pensamiento del filósofo francés, dirigiendo mis esfuerzos hacia un análisis de un espacio de intervención de la propuesta ética foucaultiana en la autonomía del paciente influenciado por los factores mencionados anteriormente.

A partir de aquí, el análisis de la perspectiva ética está subdividida en dos grandes partes, la primera que aborda la ética foucaultiana desde la problemática del individuo y la genealogía de esta ética para realizar una aproximación particular de la analítica interpretativa que el filósofo realiza sobre el poder, la verdad y el saber. Y la segunda parte, que hace referencia a uno de los elementos que definen la ética foucaultiana y que el propio filósofo denominó «cuidado de sí».

5.3. LA ÉTICA FOUCAULTIANA

El interés de Foucault fue instalar la idea de pluralidad de modelos de individuo, o de diversidad de espacios y condiciones que hacen posible la construcción de un abanico de formas de subjetividad en donde la libertad y la política tienen un espacio para ser pensadas de otra forma (Castro Orellana, 2004). El trabajo del pensador francés parte de una expresión de escepticismo respecto a la idea de un sujeto kantiano,

universal y fundador. Subyace en la afirmación de que ciertos juegos de verdad, discursos y prácticas determinan la construcción de modelos de subjetividad. Dichas consideraciones son frágiles e inestables, en constante transformación. Es entonces mediante esta fragilidad del individuo, desde donde Foucault (1986) pretende demostrar su rechazo hacia un sujeto constituyente (1973a).

Foucault entiende la moral como «un conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y a los grupos por medio de aparatos prescriptivos diversos» (Foucault, 1973b:26) o también como «el comportamiento real de los individuos, en relación con las reglas y valores que se les proponen» (Foucault, 1976a:27).

Se pueden considerar dos niveles distintos: una moral del código y una moral de los comportamientos, un nivel de valores y reglas establecidos y un nivel de acciones concretas. Ambos niveles son los que entendemos por moral actualmente, pero la originalidad del pensamiento foucaultiano reside en la aparición de un tercer nivel de análisis que va más allá de la regla y la conducta. Este nivel se refiere «a la manera en que uno debe conducirse, la manera en que debe constituirse uno mismo como individuo moral» en atención a un conjunto de elementos o a un código de acciones (Foucault, 1977a:27).

La acción moral, por lo tanto, implica una relación consigo mismo, la constitución de sí como sujeto moral, en la que el individuo define su posición en relación con el precepto, se fija un modo de ser, actúa sobre sí mismo, se perfecciona y se transforma (Foucault, 1977b). Esta relación que establece el sujeto consigo mismo, o modo de subjetivación o práctica de sí, es lo que Foucault entiende por ética.

La ética es la relación con uno mismo que se lleva a cabo en la acción o «la ética es una práctica» (Foucault, 1984a:377). Con esta propuesta ética, la subjetividad se configura abierta, plural y transformable.

No se puede considerar que el pensador rearticule una fundamentación del sujeto con una nueva orientación. El individuo ético es aquel que hace una experiencia de sí mismo que se va modificando con diversos criterios y prácticas. No es universal ni suprahistórico, es más bien una realidad que está influenciada por las estructuras, las experimenta consigo mismo y es permeable a los cambios que le afectan produciendo una autotransformación (Schmid, 2002). Por lo tanto, el individuo ético es un elemento susceptible de autoconstitución y autoconducción.

Pero además, existe una estrecha relación, como veremos más adelante, entre éste individuo ético y el poder. Mediante una serie de estructuras de control y normalización o dispositivos de dominación, que corresponden a las tecnologías políticas de la sociedad que indican los comportamientos y actitudes correctas, aparece un poder que actúa sobre el sujeto.

La defensa del sujeto ante estos ejercicios de poder dominantes es lo que Foucault denominó «cuestión ética», es decir la respuesta frente a lo intolerable, es la reacción individual frente a un poder desmedido sobre el sujeto, que a su vez ejerce un poder que tenga su origen en su propia actitud y comportamiento.

El poder que busca la dominación de los individuos, se enfrenta a la construcción de un individuo constituido a sí mismo. Este espacio de lucha que el sujeto inventa configura múltiples formas de subjetividad. El individuo ético, entonces, es para el filósofo, la fuente de resistencia, es el sujeto político (Dreyfus & Rabinow, 1988:199).

Para la descripción profunda de éste individuo ético, Foucault recurre a un análisis desde la antigüedad griega hasta la sociedad occidental, inscribiendo el relato histórico en una ontología crítica de nosotros mismos. Esto ha supuesto el estudio de las condiciones que han hecho que seamos lo que somos, definido por tres momentos: el momento de la relación con la verdad que nos constituye como sujetos de conocimiento, el momento de la relación con el poder que nos hace constituirnos

como sujetos que actúan sobre otros y, el momento ético por el que nos constituimos como agentes morales (Foucault, 1984b).

La ética en Foucault se instaura en un desplazamiento del concepto de sujeto sustancial al de individuo o sujeto ético, en una comprensión política de sujeto de la resistencia, a partir de las propias experiencias históricas que este sujeto ha tenido, una ética como relación con uno mismo y por lo tanto una ética como cuidado de sí (Castro Orellana, 2004). Esta dimensión abre una crítica al concepto actual de sujeto sustancial y afirma una subjetividad constituida desde un espacio de libertad o un arte de vivir (Lanceros, 1996).

No hay, entonces, sujeto constituyente pero sí constituido por prácticas de libertad, entre otras, que lo configura como un individuo moral. La intención del filósofo francés es ilustrar una fragilidad del sujeto que se inventa, se evapora y se vuelve a reconfigurar una y otra vez. Defiende una ética como cuidado de sí, como creación de nosotros mismos como seres plurales y en permanente transformación.

A continuación expondré brevemente algunos de los principales elementos que van configurando la perspectiva de la ética foucaultiana y que son importantes en el desarrollo de esta investigación como son la cuestión del sujeto o nacimiento de la subjetivación y la genealogía de la ética.

5.3.1. Nacimiento de la Subjetivación

Uno de los elementos fundamentales de la teoría de Foucault, antes de desarrollar los aspectos referentes que configuran la propuesta ética, es la cuestión del sujeto. Además, en esta investigación, esta cuestión de sujeto es de suma importancia, al ser una unidad que determinará la autonomía del paciente. Por esta razón, se hace necesario conocer como se articula el sujeto desde la perspectiva foucaultiana y de esta forma, describir la autonomía del mismo.

Foucault atribuye a la cuestión del sujeto uno de sus ejes articuladores de su pensamiento (Castro-Orellana, 2004). El filósofo desarrolló dos críticas al respecto, en primer lugar, la noción de sujeto como una categoría, como se observa en sus obras *Las palabras y las cosas* y *La arqueología del saber*. En segundo lugar, el autor plantea la crítica al sujeto como entidad empírica oprimida por determinados tipos de dominación. Se trata de un sujeto sometido a otro por alguna forma de coerción. El elemento fundamental de dicha crítica es la determinación de la subjetividad, su modelación por prácticas de poder y saber, que recibirá el nombre de «subjetivación» (Foucault, 1976b).

La subjetividad es la forma en que los individuos se constituyen y se producen como sujetos, entendiendo la subjetivación como la construcción de un sujeto concreto a partir de diversos dispositivos (Sauquillo, 2001). Foucault rechaza una teoría del sujeto previa en términos de sustancia o fundamento, a partir de la cual se plantee la cuestión del conocimiento, estableciendo así una detracción de la fenomenología o el existencialismo (Foucault, 1987a). Para ir comprendiendo mejor los elementos que perfilan la subjetividad, desarrollaré los planteamientos de Foucault sobre la arqueología; el discurso; el poder y sus disciplinas, y los dispositivos de poder-saber para finalmente abordar la constitución de la subjetividad.

Para Foucault no hay estructuras formales por encima de los acontecimientos que escapen a cualquier contingencia, sino que existe un conjunto de reglas que determinan las condiciones para el despliegue de una práctica discursiva (Foucault, 1976c). Aparece la idea de un *a priori histórico* que permite formular las condiciones que han hecho posible que el hombre llegue a jugar un rol dentro de ese conjunto de reglas que marcan la pauta de nuestros discursos y de nuestro modo de ver el mundo (Castro Orellana, 2004).

Este aspecto determina lo que Foucault llama «arqueología» y que intenta definir qué ha hecho posible pensar de determinada forma o lo qué el pensador llama «analítica

de la finitud». Dicha analítica es descrita desde dos enfoques, la estética y la dialéctica trascendental (Foucault, 1978a).

La primera, incluye el enfoque positivista y su pretensión de alcanzar la verdad para hacer valer lo empírico a un nivel trascendental. La segunda, parte de la verdad prometida del discurso para lograr asimilar lo trascendental a lo histórico. Ambas presentan de modo similar la idea de verdad en sí que anuda discurso y objeto, ya sea como verdad del discurso obtenida a partir del objeto, o como la verdad de los objetos que precede el discurso.

Pero Foucault incluye un tercer enfoque, que debe de ser capaz de nombrar a lo empírico y a lo trascendental y a pesar de ello, mantener la tensa separación de los dos niveles. Se refiere al «análisis de lo vivido», cuyo proyecto sería la articulación de una disciplina con carácter trascendental y contenido empírico, capaz de dar cuenta del sujeto como fuente de significaciones históricas y culturales (Dreyfus & Rabinow, 1988). Proyecto al que me sumo como investigador en este trabajo.

Respecto al discurso, Foucault no quiere alejarse de la idea de la existencia de un sistema opresor sino que más bien describe un campo de reglas que hacen posible unas prácticas discursivas que dan lugar a unas figuras epistemológicas, a unas ciencias, eventualmente a unos sistemas formalizados (Foucault, 1978b).

Aparece entonces, el poder como otro de los elementos que perfila nuestra subjetividad desde sus diferentes estrategias y transformaciones. Este pluralismo del poder da lugar a una experiencia concreta y diversificada que liga a los individuos. Su característica es la imbricación entre dominios de saber y prácticas sociales de integración y exclusión.

Se modela un tipo de subjetividad pasiva en la relación con uno mismo, puesto que el individuo se encuentra orientado y dirigido a hacerse cargo de una verdad ya dada en él como una virtualidad que hay que asumir. El efecto más penetrante de las relaciones de poder y de saber es la elaboración de un modelo de subjetividad en que la propia

relación con uno mismo es diseñada como una relación cognoscitiva. El individuo cuanto más busca alcanzar esa verdad de sí mismo, más atrapado se encuentra en un imperativo insaciable. Se trata de un proceso de subjetivación en el que el resultado es una subjetividad anulada en su posibilidad de autoconstrucción y que, además, apuntala su propia identidad bajo los parámetros de comprensión científica del yo (Schmid, 2002).

Así se introduce, otro de los elementos que configura la subjetividad, que son los dispositivos de poder-saber. Una subjetividad que se afirma en la negación de la alteridad. Una subjetivación minimizada en su fuerza política, en sus posibilidades de transformación y diferenciación por medio del recorte del cuerpo y de su tratamiento utilitario. Es una subjetividad normalizada que se incorpora a los objetivos de productividad, rendimiento y funcionalidad del sistema; y una subjetividad sometida al imperativo de la verdad interior o psicológica como expresión de su esencia o fundamento último. Una subjetividad vinculada a una identidad que debe saber y conocer, y que se halla determinada desde parámetros científicos de elaboración del yo (Castro Orellana, 2004).

Este modelo de subjetividad se articula en relación con una serie de ficciones: la ficción de un saber y una verdad que se oponen al poder, la ficción de una racionalidad humana que en su proceso histórico descubre sus formas anómalas, la ficción de la libertad humana como condición imperante en las sociedades modernas, la ficción de un poder únicamente represivo ante el cual cabe liberarse desde la supresión del sometimiento, la ficción de un cuerpo sólido y neutro frente a los mecanismos de poder y de saber o la ficción de una identidad nuclear a la que corresponde remitirse.

Llegados a este punto, Foucault abre un nuevo territorio, donde el individuo representa una dimensión, una constitución de la subjetividad en la que se toma a sí mismo como un objeto para dar a su vida una orientación determinada, para autoconformarse

(Álvarez-Yáñez, 1995). Esta dimensión permite describir el proceso de subjetivación desde las formas de sujeción o las tecnologías de poder, las formas de autoconstitución de uno mismo o las tecnologías del yo y las técnicas de sí (Foucault, 1981a).

Es ésta última dimensión, la que Foucault denominó «prácticas de sí» (Foucault, 1984), donde se observa un carácter poliédrico del sujeto, susceptible de modelamiento y transformación (Foucault, 1981b). Foucault aborda al individuo como génesis, examinando las instituciones que hacen de ciertos sujetos unos objetos de saber y procedimientos prescritos o propuestos a los individuos para fijar su identidad (Foucault, 1981b:385-389).

5.3.2. Genealogía de la ética

Foucault, como he comentado al inicio de éste apartado, realiza un análisis de la consideración de sujeto a lo largo de la historia, desde la época antigua y el cristianismo, presente en los volúmenes segundo y tercero de *Historia de la Sexualidad* (1977) hasta el presente, descrita fundamentalmente en multitud de sus últimos libros y conferencias. Este análisis, es lo que se ha llamado «genealogía de la ética» en Foucault.

La genealogía de la ética concluye el nexo entre lo ético y lo político. Se describen en ella, el contexto social y los límites políticos en que cabe pensar un nuevo enfoque de la subjetividad. La historia de la ética es una condición que hace posible la formulación de una ética como forma de resistencia (Castro Orellana, 2004).

Esta resistencia juega un papel en el contexto de una ontología de nosotros mismos en el presente, son resistencias que cuestionan el estado de individuo contra el gobierno de la individualización. Son luchas contra los privilegios del conocimiento, contra la forma en que el conocimiento circula y funciona, sus relaciones de poder. La genealogía constituye un ámbito, entre muchos, donde cristaliza el sujeto con la verdad (Gabilondo, 1990).

De esta forma, la genealogía de la ética se va describiendo por el pensador francés a través de la crítica a varios elementos: las relaciones de poder, la arqueología del saber y la verdad, los discursos, la relación entre poder, saber y verdad, el gobierno y la globalización. Pero antes de describir los elementos anteriores y para su mejor comprensión, haré referencia a tres escenas de la historia en las que el filósofo justifica la configuración de la propuesta ética de nuestro presente.

La **primera escena**, nos sitúa en la antigüedad, donde la moral no tenía un código articulado ni dependía de unas reglas universales y autoritarias. La moral se inscribía en la preocupación por darle a la vida una articulación relacional y prescriptiva. La ética se contextualizaba desde la inquietud por definir un arte que permitiese enfrentar la vida que persigue la libertad, es decir, que el modo de subjetivación que se despliega apunta a que el individuo elabore y preserve su condición de ser libre en atención a la importancia cívica que posee la capacidad de ejercicio de la autoridad (Jenofonte, 1986).

Ahora bien, en la ética del cuidado de sí, se produce un desplazamiento a una inquietud más intensa. El cuidado de uno mismo se lleva a cabo mediante un trabajo ético preciso que atraviesa toda la individualidad. Lo interesante para el filósofo francés de este trabajo ético, es que permite al sujeto percibir el presente en su justo valor (Foucault, 1980a:131). Por lo que el cuidado de sí es comprendido por la tradición platónica y neoplatónica como una dimensión que halla su realización fundamental en el autoconocimiento (Foucault, 2002a).

El objetivo es lograr una relación completa y adecuada consigo mismo por medio del ejercicio constante, un entrenamiento que transforma cotidianamente al individuo equipándolo con las destrezas que le permitan enfrentar las dificultades de la vida. El saber cumple una función importante en la práctica del yo sobre sí mismo. Se le valora, no por el contenido de verdad, sino por su carácter etopoético (Foucault, 1980b-1982), es decir, en cuanto en tanto el conocimiento se transforma, la manera

de existir del individuo es más útil. El ejercicio sobre sí mismo no se centra en la reducción o minimización de las acciones y operaciones del sujeto, sino que intenta abastecerlo y dotarlo de un equipamiento para enfrentar la existencia.

Pero con la extensión de la moral cristiana, refiriéndose a partir del Concilio de Nicea, se produce una modificación importante respecto al cuidado de sí, incluso según el filósofo francés, su desaparición en nuestros días.

Para Foucault las hipótesis que podrían explicar este fenómeno de crepúsculo y olvido de la cultura del cuidado de sí, son: (a) la afirmación de un individualismo insuperable, con incapacidad de sostener una moral colectiva o con una solución simplista de una ética de la egofilia y el disfrute sin reglas (Foucault, 1987b). (b) Esta tradición ética ha sido remontada, reaclimatada y traspuesta en el interior del contexto de una ética general del no egoísmo. Han primado las ideas cristianas de renuncia de uno mismo y las ideas modernas de compromiso con la colectividad, la clase o la acción desinteresada por los otros. El egoísmo ha sido culpabilizado y la preocupación por uno mismo ha sido entendida como culto del yo, con desprecio de los demás. Se ha llegado incluso a considerar como elemento antagónicos, el cultivo de uno mismo y la formulación de una ética. (c) Y el establecimiento como únicas condiciones de acceso a la verdad, los procedimientos formales internos de conocimiento y factores externos de claro carácter cultural o moral.

Puede concluirse que Foucault pretende rescatar una comprensión del sujeto que se halla inscrita en la tradición del cuidado de sí estoica. Lo importante no es el saber cómo conocer la verdad, sino el saber cómo se experimenta. Foucault considera que es posible instaurar una nueva ética, al margen de la moral instituida de los valores eternos del bien y el mal, y sin recurrir a la noción de sujeto trascendental. Se establece una libertad personal, con uno mismo y con la presencia constante del otro. De esta forma, el cuidado de sí es una práctica social que no busca romper la relación del yo con el entorno, sino prepararlo para los acontecimientos del mundo.

La **segunda escena** que describe Foucault se sitúa en el cristianismo/catolicismo. La inquietud de las prácticas de sí que caracterizan esta época aparece en los últimos escritos del filósofo. Retomando el modelo de análisis de la relación ética y sus cuatro componentes centrales: la sustancia ética, telos, práctica de sí y modo de subjetivación.

Con el cristianismo aparece la idea de una profundidad del alma que debe ser explorada, considerando que en ésta está la verdad de un yo que ya no es flexible, de elaboración activa. Ahora, la relación consigo mismo opera bajo el criterio de la auto-observación permanente de una interioridad, en la que habita oculta la verdad. Para el cristianismo, habría un primer nivel de relación con la verdad: el acto de fe y de sometimiento a la autoridad de una institución con potestad sobre dicha verdad (Gallimard, 1987).

En la historia del cristianismo maduro, según Foucault, se identifican dos procedimientos en la tecnología del descubrimiento del yo: la *exomológesis* y la *exagóreusis*. La primera establece un reconocimiento público de la propia fe o del pecado de uno mismo. La segunda es un ritual donde sin mediar la lógica del auto-descubrimiento, solicita a un sacerdote la imposición de una penitencia. Dicha penitencia establece un determinado estilo de vida identificable con el resto de la comunidad de fieles, esperando la ceremonia de perdón. Es una tecnología del yo que renuncia a la propia autonomía (Foucault, 1987c).

La lógica católica del examen del yo debe comprenderse en conexión con la cuestión de la impureza del alma o lo que Foucault llama «hermenéutica de sí» (Foucault, 1978c:471). La hermenéutica de sí es el trabajo de discriminación permanente del individuo entre lo bueno y lo malo del pensamiento, que precisa en el catolicismo de la reforma, de un director de conciencia o un maestro.

Aparece la necesidad de generar un poder pastoral cuando se introducen las lógicas del poder eclesiástico en la cultura. Según Foucault se configura alrededor de la confesión

como pieza central de la penitencia, todo un mecanismo en que están involucrados el poder y el saber del sacerdote y de la iglesia (Foucault, 1978d). Foucault afirma que la confesión ha sido parte de lo que denominó como un conjunto de reglas que definen lo permitido y lo prohibido, lo prescrito y lo ilícito (Foucault, 1977a).

Se configuran una serie de dispositivos de normalización que responden a contextos históricos muy concretos en los cuales cada uno de ellos representa un instrumento al servicio de procesos económicos y estructuras políticas específicas. La preocupación por el modo en el que se ordenan los dormitorios de una escuela o se organiza la vigilancia en un hospital, la determinación de las lógicas de visibilidad en el diseño de unos baños o en las reglamentaciones que ordenan la jornada diaria, vienen a reemplazar el discurso indiscreto con el que la dirección de conciencia pretendía atrapar la naturaleza humana (Foucault, 2001a).

El análisis de Foucault sobre el catolicismo de la contrarreforma, intenta demostrar una nueva perspectiva sobre las relaciones de poder. El poder pastoral, que explicaré con detalle más adelante, es la expresión que el pensador francés usa para referirse a un poder individualizador que involucra una serie de técnicas orientadas hacia el gobierno continuo y permanente de los individuos, (Foucault, 1991b). El filósofo francés afirma que el Estado moderno occidental integra, en una nueva forma política, la vieja técnica del poder pastoral que nació en las instituciones cristianas (Foucault, 1982), donde el poder del Estado llega a convertirse en un poder individualizante y totalizador.

Esta nueva perspectiva del poder pastoral produce tres fenómenos: un cambio en los objetivos del poder, una multiplicación de las estructuras que ejercen poder y una ampliación del campo de operación de las relaciones de conocimiento que genera el poder. Se produce un giro desde un gobierno de los individuos a un poder cuya intención es el aseguramiento y un conjunto de fines mundanos como la salud y el bienestar con instituciones ligadas al Estado como la policía, la familia, la medicina o los hospitales. El nuevo poder invade la vida por completo y su ejercicio puede distinguirse en la

materia de la fuerza o el poder de ser afectado y la función de la fuerza o el poder de afectar (Deleuze, 1995c).

Estos dos ejes, sirven a Foucault para describir una tecnología que denomina «biopoder» como los dispositivos de poder que se encuentran sujetos a modulaciones históricas que explican el abandono de unas tecnologías por otras o su posible reordenamiento en vistas de la optimización de su rendimiento. La expresión biopoder intenta describir la táctica global que caracteriza un conjunto amplio y extenso de técnicas y estrategias, cuya naturaleza es consecuencia de procesos históricos previos y cuyo desenlace siempre parece abierto a modificaciones estratégicas inesperadas (Foucault, 1999g).

El biopoder es la mutación del poder pastoral, que legitima un sistema que atraviesa todo el cuerpo social con imperativos de salud, seguridad, higiene y normalidad. Así, se puede constatar un importante elemento en común, la producción de individualidad por parte de un entramado de relaciones de poder (Castro Orellana, 2004).

En resumen, en esta escena aparece la práctica de sí como la noción de verdad. La verdad de la ética cristiana es trascendente de Dios. Por lo que la práctica de sí se ancla en la negatividad de la vida y del hombre. El individuo se ve conducido por la autoridad externa de una verdad absoluta, se dejan a un lado el cuidado o dominio de sí de la época antigua, y se renuncia de sí mismo buscando la pureza del alma y del cuerpo. Se instaura una ética consiste en la salvación ultraterrena.

La **tercera escena** y final de la genealogía de la ética corresponde a la descripción de los mecanismos modernos de apropiación y control de los individuos que bloquean el espacio de la relación ética. Los procesos disciplinarios penetran cada vez más en la sociedad hasta alcanzar la dimensión biológica de la reproducción de la población, dando lugar al biopoder.

El biopoder describe la singularidad de un conjunto de estrategias de saber y de relaciones de poder. El nuevo escenario de relaciones de poder se apropia de los

fenómenos característicos de la vida de la especie humana por estructuras de saber y poder (Foucault, 2001c).

El antecedente del biopoder no es solo, el poder pastoral sino que también se puede asociar al poder soberano como estructura clave de la racionalidad política occidental que legitima la autoridad del gobernante como una instancia cuyo fin fundamental y cuya tarea es alcanzar el bien común y la salvación de todos (Foucault, 1978a).

Aparecen entonces, dos mecanismos en los que se articula la invasión política de la vida. El **primero**, cercando al cuerpo como una máquina a la cual es preciso educar, arrancarle fuerzas para obtener ciertas ventajas, hacerla dócil para integrarla eficazmente en sistemas de control. Esta es la serie de la disciplina como tecnología que se ejerce sobre el cuerpo-individuo en un proceso que abarca el conjunto de la sociedad y que Foucault denomina «anatomopolítica» (Foucault, 1977b:168). Para este poder, los problemas fundamentales son como vigilar a alguien, cómo controlar su conducta, su comportamiento, sus aptitudes, cómo intensificar su rendimiento, cómo multiplicar sus capacidades, cómo situarlo en el lugar que sea más útil.

Esta anatomopolítica atraviesa una serie de instituciones de la sociedad moderna como la escuela, el hospital, la fábrica y las cárceles. Ahí se identifica una misma estrategia de individualización; así como técnicas equivalentes de gestión del espacio, de cálculo del tiempo y de control del movimiento; o modalidades de vigilancia y examen que buscan la exploración, la desarticulación y la recomposición del cuerpo humano (Foucault, 1988a). Esto correspondería a una *microfísica del poder*.

El **segundo** mecanismo es el biopoder, mencionado con anterioridad. Dirige el cuerpo hacia discursos de procesos biológicos, proliferación, nacimientos, mortalidad, nivel de salud, duración de la vida y longevidad, es decir un ejercicio del poder sobre la población. La población no es solo entendida como un grupo humano numeroso,

también seres vivos atravesados y regidos por procesos y leyes biológicas que pueden ser encuadrados en tasas de salud y desarrollo.

Se dispone de los individuos como constituyentes de una especie que produce riquezas, bienes, para producir otros individuos. Así se configuran los principales problemas de la biopolítica que girarán en torno a la regulación del flujo de la población.

Esta biopolítica se servirá instrumentalmente de la estadística y de diversas entidades administrativas, económicas y políticas de regulación (Foucault, 1988b). Se reduce, por lo tanto, a los individuos a medidas y cifras que manipula la burocracia política. Se pierden los caracteres distintivos de las individualidades y con ello, la ventaja de lo abstracto de la que puede desprenderse fácilmente de cualquier evaluación ética.

El biopoder tiene como meta clarificar, medir, apreciar y jerarquizar de acuerdo con la norma. Norma además de entendida como una producción social e históricamente construida es también, una función constituyente al establecer las líneas divisorias dentro de las relaciones sociales. Esta función de demarcación social es la característica principal de la norma y rige a un nivel anatomopolítico y biopolítico. Su efecto principal es la articulación de una sociedad normalizadora (Foucault, 1988c).

La descripción del entramado de estrategias que implica el dispositivo del biopoder puede entenderse por sí misma como una postura ética muy concreta y decisiva del filósofo francés (Castro Orellana, 2004). Sería una llamada de atención de los riesgos que arrastra esta racionalidad política que insiste en la apropiación de la vida bajo códigos biológicos.

La producción biopolítica de sometimiento atraviesa los tres niveles de configuración de la subjetividad que Foucault ha identificado: la construcción del sujeto en el campo de la ciencia como ser que habla, trabaja y vive; la constitución del sujeto que aparece

al otro lado de la partición normativa; y la manera en la que el sujeto hace de la experiencia de sí mismo.

El biopoder se sirve del saber científico y de nociones como la de naturaleza humana para el disciplinamiento y la regularización, despliega prácticas concretas de demarcación y distribución de los cuerpos y limita las posibilidades de autoconformación de la subjetividad al modelo del conocimiento del propio yo y de la identidad. Resistirse a esta apropiación de la vida humana por parte de las fuerzas biopolíticas es reinventar el espacio de la ética.

A partir de las consideraciones anteriores, se constata que Foucault plantea el problema ético en un contexto histórico. Por lo que los aspectos generales que caracterizan la genealogía de la ética serían:

Primero, contraponer la ética kantiana a una ética estoica postmoderna, negando el fundamento de sujeto moral, que critica a las categorías universales y la supuesta esencia o fundamento del sujeto moral. Foucault pretende validar la consideración de que el sujeto es un producto absoluto de las relaciones de poder, saber y moralidad (Procacci, 1986). Se propone una subjetividad maleable donde se articule la mejor de las vidas posibles, de gobernar la propia conducta o de actuar sabiamente ante los demás que implican formas heterogéneas de subjetividad y dinámicas diferentes de relación con uno mismo. En palabras de Foucault, se considera como «falaz la necesaria universalidad de toda propuesta ética» (Sauquillo, 2002:370).

Segundo, el compromiso con la ética del presente, donde se muestra como los componentes autoritarios e impuestos que caracterizan muchas de nuestras valoraciones morales contemporáneas son invenciones recientes. Es decir, modelos de subjetividad que se inscriben, al igual que los del pasado, en el horizonte de la historia y que guardan entre sí relaciones de extrañeza y diferencia, con familiaridades silenciosas y poco sólidas.

Tercero, la recuperación de la dimensión problemática y olvidada de lo ético, como ejercicio de la memoria histórica (Deleuze, 1995d). El filósofo considera que la ética como relación con uno mismo ha caído en una desatención, centrando el interés en la normatividad del código moral o en los esfuerzos por fundamentar un discurso ético.

Cuarto, la descripción de las relaciones entre sujeto y verdad, donde la genealogía de la ética demuestra a través de la relación con uno mismo, que no existe verdad del individuo moral. La relación ética implica una construcción de la subjetividad en relación con la verdad. Por lo que el modelo ético del cuidado de sí deriva en el conocimiento de uno mismo. En un sentido distinto pero equivalente, las tecnologías disciplinarias subjetivantes se sirven de una cierta política de la verdad en la configuración de la sociedad normalizadora. La construcción del sujeto guarda conexión con la manera como éste hace una experiencia de sí mismo en un juego de verdad en el que tiene relación consigo (Foucault, 1988d).

Quinto, el análisis histórico de la relación con uno mismo según cuatro dimensiones: (a) la *sustancia ética*, que es la parte de uno mismo o de la conducta que es comprendida como el aspecto nuclear para el desarrollo del sujeto moral. Constituye el material variable que ha sido objeto de diversas elaboraciones históricas. (b) *Modo de subjetivación*, que es la forma en que el sujeto es conducido a reconocer sus obligaciones morales. Modalidad entendida como en el caso de la sustancia ética, como una estructura histórica y flexible. (c) El *trabajo ético, elaboración del yo o práctica de sí*, que son diferentes formas por las cuales uno mismo se transforma en sujeto ético. Es la actividad concreta de elaboración de la sustancia ética que el individuo ejercitará y (d) el *telos de la relación* que el sujeto establece consigo mismo. Una acción no sólo es moral en sí misma y en su singularidad, también lo es por su inserción y por el lugar que ocupa en el conjunto de una conducta (Foucault, 1989).

Finalmente, sexto, el análisis de los límites y actitud experimental, donde la genealogía trata de situar lo ético en un horizonte histórico y plural en el cual la exigencia de

universalidad y normatividad ya no tienen cabida. Se establece una lucha dentro de una sociedad en la que las relaciones de poder se han convertido en una red que atraviesa todo el cuerpo social. El objetivo de Foucault reside en comprender la moral más allá de un código jurídico, que hace de la subjetivación un sometimiento a la norma, para dar paso a una moral de la práctica de sí donde el código se desdibuja y se establece una relación con uno mismo (Lanceros, 1996).

En las diferentes escenas de la genealogía de la ética y como he ido describiendo, aparecen elementos que son necesarios su profundización y que construyen una nueva mirada ética. Estos elementos son las relaciones de poder, subdivididas en tecnologías y estrategias de poder; la arqueología del saber y verdad; los discursos; la relación entre poder, saber y verdad y el gobierno y la globalización.

5.3.2.1. Relaciones de poder

El pensamiento de Foucault está asociado habitualmente a la tematización del poder. Existen múltiples poderes con sus particulares estrategias y sus específicas transformaciones (López y Muñoz, 2000).

Foucault postula que el poder no es una propiedad sino una estrategia, por lo que no se posee, sino que se ejerce y está presente en las prácticas sociales. Considera que el uso del poder por mecanismos de ideología o represión, no es más que una estrategia extrema para excluir o impedir o hacer creer u ocultar.

El poder está alrededor de nosotros y opera entre los individuos o grupos o instituciones sociales y políticas. De este modo, el poder juega un papel importante en todas las relaciones. Es la habilidad de influir o controlar a la gente, los eventos, los procesos o los recursos. Es la habilidad de hacer cosas (Thompson & Campling, 1998).

En algunas ocasiones, el ejercicio del poder es claramente visible, mediante el uso de la fuerza o la coacción a otros. En otras ocasiones es más difícil de reconocer,

ya que se ejerce de forma sutil, cuando se influencia a otros mediante la persuasión y la manipulación o cuando se produce a nivel personal, político o económico (Finlay, 2005).

El poder impregna todas las capas de la sociedad, se ejerce, se practica a partir de innumerables puntos de apoyo y dentro de un juego de relaciones (Perron, Fluet & Holmes, 2005; McHoul & Grace, 1993). Así, Foucault plantea como las distintas y múltiples formas de represión, se globalizan desde la óptica del poder. Se trata en ocasiones de convertir a la población en repetidores del discurso dominante bajo patrones de memorización.

Estos patrones de memorización configuran un poder ejercido a partir de las percepciones, cogniciones y preferencias de las personas, que influyen y orientan sus prácticas sociales. Se establecen formas de conocimiento e institucionaliza prácticas, que las personas aceptan de forma natural (Gilbert, 1995).

El poder es un concepto relacional históricamente determinado. No es una sustancia, ni esencia, ni institución, ni estructura. Foucault desplazó la atención a los procesos por los cuales los sujetos ejercen poder y cómo son constituidos como efecto de las relaciones de poder (Vahabi & Gastaldo, 2003; Crawford, 1994; Fox 1993; Foucault, 1990a).

El filósofo plantea la importancia de las relaciones de poder en el conocimiento, en primer lugar, al considerar cómo una disciplina se convierte en una autoridad en la materia y en segundo lugar, cómo el estudio del ejercicio del poder puede ser una posible solución ante los dilemas éticos presentes en los desequilibrios de este poder y sus relaciones (Foucault, 1990b, 1990c).

Cuando se habla de relaciones de poder no sólo se hace referencia a la política, el gobierno o determinados grupos o élites, sino que se refiere a todas las relaciones

existentes entre las personas. Para describir esta multidireccionalidad, Foucault utilizó el concepto de «capilaridad».

Este concepto da a entender que el poder no opera sólo desde arriba hacia abajo sino también desde abajo hacia arriba, atraviesa todas las relaciones y es difuso (Manias & Street, 2000; Cheek & Rudge, 1993). El poder tiene que ser analizado como algo que circula desigualmente y no como una única forma de poder, ni como un lugar en el que se pueda adscribir (Foucault, 2001b; Witto, 2001).

Así, la red de relaciones de poder no es inmutable ni eterna, se va modificando a lo largo del proceso histórico, porque las sociedades tienen como rasgo distintivo el dinamismo, donde existen conflictos y rupturas de los predomios existentes en busca de la transformación (Foucault, 2002b; Gabilondo, 1990). Las relaciones de poder se caracterizan por ser móviles, inestables y modificables, no prefijadas de antemano e incluso, en ocasiones, se pueden invertir.

Aquí, se introduce un concepto fundamental en los postulados de Foucault, íntimamente relacionado con las relaciones de poder, la resistencia. Foucault (1994) resalta el inevitable rol de la resistencia por el cual un discurso necesariamente da lugar a contra-discursos, con menos influencia o legitimadores en el mundo social y que se refieren a discursos marginales o discursos subyacentes (Foucault, 1980a).

Las relaciones de poder no pueden existir más que en función de una multiplicidad de puntos de resistencia, donde hay poder hay rechazo y contrapoder (Manias & Street, 2000; Foucault, 1990d; Peerson, 1995). El poder que se reivindica, necesita de resistencia como uno de sus condiciones fundamentales de operación. Es a través de los puntos de resistencia que el poder se difunde a través del campo social (Dreyfus & Rabinow, 1992).

En consecuencia, los que se resisten o rebelan contra otra forma de poder no pueden satisfacerse con denunciar o criticar esta forma de violencia, lo que hace falta es

volver a poner en tela de juicio la forma de racionalidad existente (Foucault, 1991a). La resistencia se puede presentar en diferentes niveles y formas pero siempre está presente en los contextos donde existen discursos dominantes que influyen o determinan las dinámicas sociales (Foucault, 2001c).

Las relaciones de poder orientan, conducen e influyen en las conductas de las personas, sometiendo las prácticas e identidades a ciertas normas sociales específicas de cada tiempo (Foucault, 2004). El ejercicio del poder no es simplemente una relación entre personas a nivel individual o colectivo, sino es una forma por la cual ciertas acciones pueden modificar a otras (Foucault, 2005).

La complejidad de las relaciones de poder supone no solamente que atraviesan como una red los cuerpos, las instituciones y sus prácticas, sino que también actúan penetrando los campos de saber.

El poder posee un carácter estratégico, lo cual se traduce en que las relaciones de poder han de ser pensadas como relaciones de fuerza que se ejercen sobre acciones y de acuerdo a una intencionalidad. El término estrategia es el que mejor define los desplazamientos, las tensiones y las variaciones que se dan en el espacio abierto de las relaciones de poder. La situación estratégica, por tanto, se desliza a través de distintas acciones sobre acciones, articulando una constelación extensa de modalidades como incitar, inducir, desviar, facilitar o dificultar, ampliar o limitar, hacer más o menos probable.

En concreto, el poder de una disciplina se sirve de dos formas. Por un lado, mediante la distribución de los individuos en un lugar, clausurando los cuerpos en un espacio, dividiendo las zonas y localizando sitios que permitan el análisis y la vigilancia de los individuos. Opera ordenando cierto grupo a partir del uso de un rango.

Por otro lado, la articulación de una serie de técnicas de penetración de los individuos en la perspectiva del acto. Las estrategias aquí, consisten en la determinación del empleo

del tiempo, la regulación de los ciclos o el establecimiento de ritmos individuales y colectivos. Las tecnologías disciplinarias, en resumen, pretenden fabricar máquinas, mediante el poder como mecanismo productivo.

Foucault describe tres instrumentos de estas tecnologías en una sociedad disciplinaria.

(a) La vigilancia, caracterizada por una visibilidad que da lugar a una estrategia de control y producción de conductas que se produce automáticamente en el individuo por la acción de una mirada absoluta coercitiva. La consecuencia es la reproducción espontánea del poder de uno mismo, el individuo se convierte en la fuente de su propio sometimiento al vigilar y ser vigilado. El filósofo francés lo denomina a esto «panoptismo» convirtiendo a la sociedad en un campo de observación. (b) La sanción normalizadora, como infrapenalidad que sanciona todo aquello que no se ajusta a la regla, reduciendo la posibilidad de la desviación o la diferencia en términos cuantitativos y jerarquizando el valor de las capacidades de los individuos o trazando el límite de lo anormal. Esta tecnología la constituye el poder de normalización, que obliga a la homogeneidad anulando todo aquello que escapa de la norma, pero también individualiza al permitir las desviaciones, determinar los niveles, fijar las especialidades y hacer útiles las diferencias. Y (c) el examen que se apoya en un sistema de objetivación que hace ingresar la individualidad en un campo documental como si se tratase de una unidad describible y analizable. El examen hace visibles a los individuos y los inserta, por medio del saber, en el registro de la norma. Así, algunas instituciones como el hospital han requerido de prácticas y discursos operativos para hacer efectiva la producción de individuos disciplinados.

Estos tres instrumentos disciplinarios ponen de manifiesto, que la sociedad de las libertades encubre a la sociedad disciplinaria, cuyo poder de control se agudiza en la misma medida que se disimula y multiplica, haciéndose evidente una de las ficciones principales del orden sociopolítico establecido: la ficción de la libertad (Blanchot, 1998).

Se modela la ilusión de una sociedad de las libertades sustentada en el recorte de un espacio que aparentemente monopoliza la privación de libertad. Sin embargo, ese individuo que vive en libertad eventual como algo que le puede ser sustraído, o ese individuo oprimido que es objeto de un discurso humanista que le incita a la liberación, representa ya en sí mismo un resultado de sometimiento. El individuo no es independiente al poder.

Lo expuesto hasta el momento sobre el poder nos aproxima a las estrategias de poder planteadas por Foucault. El filósofo considera que dichas estrategias de poder legitiman, sustentan y promueven lo que es aceptado como apropiado o verdadero, en relación a lo inadecuado y falso. El conocimiento se desarrolla en respuesta, y algunas veces en resistencia, a los límites impuestos por las estrategias o relaciones de poder (Doering, 1992).

Foucault (1986) identificó como estrategias de poder: el poder disciplinario, pastoral, de autogobierno y de resistencia como se ha podido observar en las escenas de la genealogía de la ética y que ahora describiré en profundidad cada uno de ellos.

El **poder disciplinario** es ejercido a través de mecanismos y estrategias, que son usadas para manipular y controlar. El objetivo de tales estrategias es forjar un sujeto útil y dócil que pueda ser subyugado, transformado y resocializado (Foucault, 1996d). A través de esta forma de ejercicio de poder se mantiene un *statu quo* y se forman nuevos saberes, nuevas prácticas y nuevos mecanismos de sujeción y normalización (Varela, 2001). Las personas ejercen el poder disciplinario a través de una serie de mecanismos como la normalización; la homogeneización; la vigilancia y el control; el sometimiento y la subyugación; la mirada clínica; el control de espacios y el uso de tiempos; las recompensas y las sanciones (Miró Bonet, 2009).

Las estrategias de normalización operan estableciendo definiciones comunes de objetivos y procedimientos, que toman la forma de manifiestos de cómo se debería

ordenar y organizar la actividad humana. Su finalidad es que las personas se constituyan y se identifiquen con ciertos estándares y lograr así la conformidad dentro de una estructura social. Las estrategias de normalización no sólo prescriben conductas particulares, sino que categorizan a los individuos en grupos. De este modo, se define lo que es normal o desviado, lo aceptado o inaceptable, lo superior o inferior, lo bueno o lo malo.

La homogeneización es un mecanismo que lleva, en cierto sentido, a amenazar la identidad de las personas en muchos aspectos ya que promueve la armonización de los saberes y la conformidad de los individuos. La homogeneización dificulta la individualidad y la singularidad de las personas.

La vigilancia y el control son procedimientos por los cuales aquellos que están situados en posiciones más estratégicas observan a los que están por debajo. Foucault (1994) apuntó como mediante la vigilancia, deliberada o no, la sociedad moderna ejercita sus sistemas de control de poder y conocimiento. El filósofo sugirió que en todos los niveles de la sociedad moderna, desde las cárceles de máxima seguridad, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, policía, maestros, hasta nuestro trabajo diario y vida cotidiana, existe un tipo de *prisión continua*. De manera que la vigilancia es permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción.

Las estrategias de sometimiento y subyugación son mecanismos de imposición, sujeción, represión, opresión, dogma o conquista de individuos o saberes. En ocasiones, son estrategias físicas y simbólicas que constituyen al individuo de manera tal que sus movimientos y ritmos respondan y se subordinen a las necesidades de los dispositivos disciplinarios. El sometimiento de los individuos a ciertas pautas, reglas o normas es fundamental para el sostenimiento de las relaciones de poder que rigen la sociedad moderna (Foucault, 1992).

La mirada clínica no es sinónimo de visión, sino una metáfora que Foucault utilizó para referirse a otra estrategia de poder a través de la cual los acontecimientos de alteración orgánica pueden ser leídos, organizados e interpretados en una concepción anatomo-clínica (Foucault, 2001a). La mirada clínica definida por Foucault, puede ser extrapolada a cualquier mirada cotidiana que se inscribe en el espacio social y es a la vez efecto y soporte de determinadas prácticas y relaciones con los otros.

Otras estrategias disciplinarias de poder son el control de espacios y el uso de los tiempos. El control de espacios es la distribución y asignación de los individuos a determinados espacios, a menudo de clausura o bien la división de ciertos grupos. Para Foucault, los espacios tanto físicos como simbólicos, son una pieza fundamental para el dispositivo de conocimiento y poder que lo ha convertido en referencia inmediata en los análisis sociales del poder. El espacio y el tipo de relaciones que se dan en él poseen una íntima relación. El uso de los tiempos es una estrategia de ejercer el poder mediante la fragmentación o división de las actividades o tareas en horarios fijos y tiempos preestablecidos, lo cual se convierte en un nuevo dispositivo de control.

Por último, las recompensas y las sanciones son estrategias a través de las cuales se consigue la permanencia de un orden o de un poder normativo. A través del manejo de recompensas y castigos o amenazas se logran algunos de los mecanismos anteriormente comentados.

El **poder pastoral** es otra forma de poder menos impositiva que se basa en la información y conocimientos que se obtienen en base a una relación de confianza, de corte emocional o terapéutica. Este poder es una forma individualizada de poder en la que alguien actúa de guía para otros (Holmes & Gastaldo, 2004). El líder, ejerce el poder desde el cumplimiento del deber y la abnegación, porque todo lo que hace es para bien del «rebaño» (Foucault, 1999h; Lunardi, 1999).

El poder es ejercido mediante mecanismos como la intermediación, la introspección o el autoexamen. La intermediación o la representación es una estrategia de ejercicio de poder en la que una persona defiende los derechos, necesidades o deseos de otro ante una tercera persona. La introspección o autoexamen, son formas de ejercer el poder en las que uno es interpelado a verbalizar sus conductas, reconocer sus defectos y explorar sus verdaderos intereses e inquietudes. En la mayoría de las ocasiones, estos ejercicios son llevados a cabo de forma introspectiva, pasiva o en silencio (Miró Bonet, 2009).

Las **estrategias de autogobierno**, llamadas también de autogestión o subjetivación, son formas de relacionarse con uno mismo que se vuelven parte de la vida cotidiana, no exteriorizado, pero en el que se implican las relaciones de conocimiento y control (Gastaldo, 1997). Es una forma de poder autoaplicada por los individuos, dirigida hacia el control de su propio comportamiento. Este autogobierno está influenciado por los discursos sociales dominantes que han sido interiorizados e incorporados como deseo propio pero que ha sido constituido socialmente.

Por último, tal y como apuntaba anteriormente, donde hay poder hay **resistencia**. Las estrategias de resistencia o lucha están presentes en todas partes dentro de la red de poder (Foucault, 1996b). La resistencia no es la imagen invertida del poder, sino que es tan móvil y tan productiva como él. No se debe conceptualizar la resistencia en términos de negación, sino como proceso de creación y transformación. En el momento mismo en el que se da una relación de poder existe la posibilidad de la resistencia. No estamos atrapados por el poder; siempre es posible modificar su dominio en condiciones determinadas y según una estrategia precisa. La finalidad de este poder es infiltrar cada vez con mayor profundidad la existencia humana, tanto a nivel individual como colectivo (Foucault, 1998).

En el contexto de los cuidados de salud, el poder es una parte integral de la actividad diaria, forma parte de la rutina. Tanto los profesionales, como los pacientes ejercen poder. Por un lado, los profesionales pueden ejercer autoridad, son responsables de

personas que necesitan cuidados o ayuda y toman decisiones complejas. Por otro lado, los pacientes también pueden ejercer relaciones de poder, como la habilidad para el cumplimiento terapéutico o para generar demandas a los profesionales (Finlay, 2005).

5.3.2.2. Arqueología del saber

Otro elemento de la genealogía de la ética es la arqueología del saber, considerada como una herramienta analítica que tiene dos características principales.

La **primera característica** de la arqueología del saber, no intenta poner en evidencia el sentido del discurso, sino que es un mero funcionamiento como acontecimiento, estableciendo relaciones que corresponden entre diferentes series de acontecimientos discursivos. Se constata que existen reglas que hacen posible el despliegue de diferentes enunciados y sistemas que condicionan su transformación.

Estas reglas y sistemas, aunque determinan la articulación de los discursos, no son conscientes para los sujetos parlantes, quedando identificados en la regularidad de una práctica (Foucault, 1995b). Por lo que el sentido de la arqueología propone extraer, registrar y describir los enunciados que han puesto en juego nuestra cultura sin apelar a nociones de tradición, influencia, casualidad o mentalidad.

Servirá ésta arqueología para el análisis de los discursos de las enfermeras que definen la autonomía del paciente en la toma de decisiones con las prácticas que lo determinan. Su análisis descubre, que las prácticas discursivas ejercen un poder en la formación de objetos y sujetos. Las reglas se dan en un nivel formal que harán posible la descripción de la sistematicidad de las prácticas.

La arqueología alcanza un grado de madurez en el que se reconocen dos series de problemas: los relativos a las reglas de formación de los discursos y los relacionados con los procedimientos de control, selección y redistribución de la producción discursiva (Foucault, 1999b), que se relaciona con dos tipos de investigación al respecto de estos

discursos: la primera de las modalidades de investigación es el análisis genealógico que incluyen tres principios metodológicos: la discontinuidad, especificidad y exterioridad.

El primero, la discontinuidad, plantea que a pesar de la existencia de procedimientos de control del discurso, no existe un discurso ilimitado, continuo y silencioso que haya que recuperar. Foucault habla de discursos como prácticas discontinuas. La especificidad niega la idea de un discurso pletórico de significaciones que debamos descifrar y la exterioridad sostiene que no existe un núcleo interior y oculto del discurso, por lo que se debe dirigir el análisis hacia sus condiciones externas de posibilidad, hacia lo que da motivo a la serie aleatoria de esos acontecimientos y que fija los límites (1977:53). El análisis genealógico estudia la formación dispersa, discontinua y regular de los discursos.

La segunda de las modalidades de investigación, es el análisis crítico y su principio fundamental es el trastocamiento. Significa que el análisis debe operar en una inversión de las figuras donde se reconocen los discursos y su continuidad para convertirlas en fuentes de rarefacción. Reconoce el poder y los procedimientos de control en los discursos, representando el primer antecedente de las herramientas analíticas mencionadas con anterioridad.

La **segunda característica** de la arqueología del saber es el ejercicio que realiza la genealogía para pensar de otra forma las condiciones históricas de la existencia moderna y reflexionar sobre su propia historia en otro sentido (Sauquillo, 2000). En palabras de Morey (1983) no se busca hacer aparecer la verdad de nuestro pasado, sino mostrar el pasado de nuestras verdades. Así, la tarea consiste en escribir la historia conservando el carácter accidental pues nada en el individuo es fijo, nada en él escapa a la historia, lo discontinuo se introduce en su propio ser.

De ésta forma, la genealogía plantea a su vez, la cuestión del suelo que nos ha visto nacer, de la lengua que hablamos, o de las leyes que nos rigen, para sacar a la luz los

sistemas heterogéneos que, bajo la mirada de nuestro yo, nos prohíben toda identidad (Foucault, 1999c:69). A lo que Dreyfus y Rebinow (1982) añaden que en la exploración genealógica reside un gesto subversivo al pensamiento que ha pensado el conocimiento en relación con la adecuación al objeto, la unidad de las cosas o la verdad universal.

A partir de aquí, se configura otro elemento como cuestión capital en la genealogía de la ética, la verdad. La verdad es sorprendida en su relación con el poder, ejerciendo un doble papel; nunca es neutral y vehiculiza mecanismos de sometimiento. La verdad tiene efectos en la individualidad y su formulación tiene costes específicos. Se llega entonces, a través de la genealogía, a una conclusión de que no hay verdad que se escriba con mayúsculas, sino múltiples verdades producto de diversas luchas.

Se configura una función importante del genealogista que consiste en el ejercicio de una anatomía de las interpretaciones, no con la intención de decir lo no dicho, lo reprimido o lo inconsciente, sino para verlas desde otro ángulo, con la mirada puesta en los detalles banalizados de las cosas (Foucault, 1999d).

La verdad aparece como aquello que nos conmina a pensar de una determinada manera, desde la particularidad que promueven diversos regímenes de verdad, desde los sistemas de generalización. Para Foucault todos los que dicen que, la verdad no existe, son espíritus simplistas (Foucault, 1984a). No hay una verdad única y universal, pero eso no excluye la presencia de una verdad plural y local, cuya historia corresponde que la realice la genealogía.

La verdad, por lo tanto, desde el punto de vista del pensador francés, tiene una historia. Cada época se caracteriza por un específico régimen de producción de la verdad, que opera como un sistema de reglas en cuyo contexto se despliegan modos de decir verdadero y técnicas políticas de elaboración de la verdad. La verdad se constituye como un efecto de las relaciones de poder que existen en cada sociedad.

Cada sociedad tiene su régimen de verdad, donde se acogen los tipos de discursos y se hacen funcionar como verdaderos y la manera en que se sancionan unos y otros. Pero la verdad no sólo tiene un sentido histórico sino que implica un fenómeno actual (Schmid, 2002). Este sentido implica una actitud crítica que distancia su relación con la verdad en vigor, provoca una ruptura con un sistema de reglas imperante y abre un espacio para una nueva relación con la verdad. Así, la verdad puede abandonar la norma y la figura del conocimiento para situarse en el ámbito de la autoconformación del individuo y de la ética. Aparece entonces, la noción de juegos de verdad.

Por juego, el filósofo, entiende al conjunto de reglas de producción de verdad, estableciendo una diferencia entre la dinámica de la verdad y la lógica de las relaciones de poder. La cuestión ética es un descubrimiento de una modalidad particular de juegos de verdad que se opone a los mecanismos de sujeción. Se descubre así, una modalidad de juegos de verdad que se articula en función de una práctica de sí, donde el sujeto se elabora a sí mismo, se transforma y accede a otro modo de ser, a partir de una relación que establece con la verdad o con un conjunto de verdades (Castro Orellana, 2004).

Se llega a distinguir tres niveles de la verdad. El primer nivel, son las relaciones que establecemos con la verdad a través del saber científico. El segundo nivel, son las relaciones que establecemos con ella a través de las estrategias de individualización y por último, el tercer nivel, son las relaciones con la verdad que se efectúan con la relación ética, eslabón al que me refería al inicio de este párrafo.

La práctica del cuidado de sí implica un uso práctico de las verdades en que los principios o las prescripciones operan como agentes de una modificación. Por lo que la verdad ya no puede ser considerada como una simple esencia u origen que el sujeto debe descubrir, sino que debe entenderse como un trabajo sobre sí mismo, como una producción y como un ethos. La verdad deja de ser concebida

como la norma, para instalarse en la dimensión del modo de ser del individuo (Ortega, 1999).

A partir de aquí, Foucault desarrolla la *parrhesia* entendida como el «decirlo todo», «hablar libremente», ejercer una «libertad de palabra». Esta parrhesia se sitúa en los modos de decir verdadero, con una concordancia entre la palabra y la acción, hablando en nombre propio y no a partir de una verdad general que lo rebasa (Bernauer, 1995).

Esto daría paso a distintas nociones de verdad: la verdad como sistema de exclusión que produce un ordenamiento y una separación del discurso en lo verdadero y lo falso; la verdad como ficción histórica cuya configuración necesita de la genealogía; la verdad como estrategia de poder que se presenta en las prácticas confesionales y en las lógicas del biopoder que incitan al descubrimiento de sí (Foucault, 1999e). Y la *verdad agonística*, situada en la parrhesia, en cuanto al poder de decir una verdad que es modificadora de la acción y transformadora de uno mismo.

Con todas estas nociones, el pensador francés articula la verdad en diferentes niveles: en el plano del saber y el poder, o en el plano de la subjetividad. Estos planos precisan de una relación con la verdad que se encuentre más allá de los criterios de conocimientos científicos y donde esta verdad se constituya como praxis histórica y política (Ortega, 2002). Supone también liberarla de sus usos coercitivos y normalizadores (Foucault, 1999i).

El enfoque genealógico se caracteriza por cinco criterios que lo orientan: aleatoriedad de los acontecimientos, descripción de la historia desde la confrontación de fuerzas, relación entre verdad y poder, interpretación incesante de elementos nominales, plurales e históricos y analítica interpretativa como trabajo sobre la situación presente (Cano, 1996).

Mientras que la arqueología atiende al papel de la categoría de sujeto en el campo del saber y a los procedimientos de rarefacción del discurso; la genealogía se

orienta a la confrontación empírica de los sujetos en relación con la verdad y con el poder de los discursos, entendidos como mecanismos de sujeción de los individuos (Álvarez Yágüez, 1995). La arqueología hace referencia a un tipo de análisis que se centra en el estudio estricto del discurso, mientras que la genealogía apunta a aquello que condiciona, limita o institucionaliza las formaciones discursivas (Dreyfus & Rabinow, 1982).

La genealogía extrae de la contingencia que nos ha hecho ser lo que somos la posibilidad de ya no ser, hacer o pensar lo que somos, hacemos o pensamos (Davila, 1999). Por lo que de ésta manera, se configuran dos formas de investigación histórico-crítica, por un lado, la ontología histórica y por otro el análisis experimental que hace posible constatar las zonas en las que el cambio es y deseable. Esta última se inscribe en una apuesta política por las transformaciones parciales o específicas y precisan del abandono de las soluciones globales o universales propias de la radicalidad utópica.

La ontología histórica analiza tres ejes conectados entre sí, saber, poder y ética. Podría efectuarse en relación con la verdad que nos constituye en sujetos de conocimiento y en relación al campo de poder a través del cual nos constituimos como sujetos que actúan sobre otros (Foucault, 1983:199). Pero también, ésta ontología sería capaz de orientarse en relación a la ética, como espacio en el que nos constituimos como individuos morales de nuestras acciones.

Se podría decir, que la ontología histórica se traduce en una serie de investigaciones arqueológicas y genealógicas relativas a la relación de dominio de las cosas o a la acción sobre los otros y sobre uno mismo (Foucault, 1983). Desde esa perspectiva, la investigación foucaultiana de la ética correspondería a uno de los ejes de la ontología histórica, cuyo énfasis se halla en la genealogía de la relación con uno mismo, dentro del espacio extraño y ficticio del saber y del poder.

5.3.2.3. Los discursos y el lenguaje

Los discursos se refieren al conjunto de conocimientos que legitiman ciertas formas de actuar y ser. Los discursos abarcan la manera de actuar y explican las acciones sociales (Foucault, 1991c). Así, surge la idea de los discursos como grupos de ideas, formas de pensamiento y prácticas consolidadas e integradas dentro de una amplia estructura social, que aunque raramente reconocidos de forma consciente, proveen la base para lo que es reconocido como conocimiento (Miró Bonet, 2009). Se refieren a lo que puede ser dicho, pensado y hecho, pero también a quién puede hablar, cuándo y con qué autoridad (Georges, 2003).

Para Foucault, los discursos dependen del saber y el poder que lo constituyen (Foucault, 1996a). Los actos y las ideas usadas para explicar dichas acciones son vistas como derivados de los intercambios de poder y del uso del lenguaje disponible.

Los discursos tienen una base institucional, se asientan y toman fuerza en las instituciones como la iglesia, el ejército, la familia, los hospitales, las escuelas o las universidades (Foucault, 2005; Weedon, 1997; Deleuze, 1995a). Estas instituciones, juegan un papel clave en la normalización social; son las encargadas de hacer prevalecer ese conjunto de creencias, narrativas y sentidos que se consideran como lo dado por supuesto (Deleuze, 1995a; Larrosa, 1995). Desde estas instituciones se propicia la producción, transmisión y reproducción de determinados discursos que van a participar en la constitución de la persona (Larrosa, 1995).

De este modo, se configuran los discursos dominantes como aquellos que se encuentran arraigados en la sociedad, que se consideran incuestionables y proporcionan una estructura para debatir el valor de una forma de hablar sobre la realidad por encima de otras (Parker, 1992).

Los discursos dominantes pueden limitar otras formas de pensamiento sobre un fenómeno, definiendo los límites de las posibilidades del conocimiento (Cheek, 2004;

Cheek & Rudge, 1993). Estos discursos pueden ser considerados como regímenes de verdad, ya que determinan lo que cuenta como conocimiento importante, legítimo y relevante (Manias & Street, 2000; Cheek & Porter, 1997; Foucault, 1980b;). Son formas de normalización y sistemas legitimados que se instituyen como referentes y que configuran las prácticas de los profesionales (Cheek, 2004).

Según el principio de discontinuidad de Foucault (2001a) mencionado anteriormente, los discursos dominantes están en continuo desafío (Manias & Street, 2000), manteniendo relaciones antagónicas con otras posibilidades de significado y posturas, llamados discursos transformadores o discurso emergente. Así, esta transformación se convierte en un proceso que puede ser producido por cualquier cambio en los discursos dominantes, residuales y emergentes.

Los discursos emergentes o transformadores emergen precisamente desde su condición de excluidos y desde afuera, buscan ser instituidos y abrir alternativas de significación, comprensión y acción. Estos discursos buscan crear resistencias o transgresiones, cuestionan los discursos monolíticos y unitarios buscando otras posibilidades de estar presentes (Epstein & Johnson, 2000).

Cuando un discurso transformador comienza a oponerse al orden instituido, en equilibrio inestable, se produce una discontinuidad o incluso la aparición de un nuevo orden. Este nuevo orden supondría una ruptura o trasgresión. Es decir el traspaso del límite impuesto por las prácticas discursivas que están autorizadas y reproducidas por algunas estructuras y, que en instancias extremas, eclipsan la posibilidad de que otros discursos puedan existir (Schubert, 1995).

Foucault (1980b) argumenta que las sociedades modernas, cada vez más, se organizan alrededor de los discursos del propio sí, que constituyen un objeto discursivo reflejo de la sociedad en dos niveles. Por un lado, el discurso de propia monitorización, reflexión y análisis; y por otro, el contenido de esta monitorización y reflexión. El proceso social

de inculcación de esta autorreflexión y de los objetos del discurso como algo «normal» constituyen a las personas como sujetos.

De esta forma, el discurso puede ser visto como una unidad de análisis del mapa de conjuntos de los significados prácticos, como unidad textual de análisis o área de conversación social (Fraser, 1997). La estructura social se conceptualiza como una repetición de los comportamientos a lo largo del tiempo y el espacio.

Esta estructura de repetición se basa en cómo los diferentes significados son empleados por múltiples conversadores. La intersubjetividad del lenguaje se manifiesta en estas repeticiones, que coordinan las acciones y negociaciones del lenguaje. Así, se puede decir, que el lenguaje precede al individuo, constituye la individualidad y reproduce el uso del mismo (White & Epston, 1990).

Esta estructura del lenguaje viene determinada por los significados de los discursos que nos aproximan a un examen de los efectos del lenguaje. Por lo que el rol del lenguaje en la creación y mantenimiento de las desigualdades sociales y políticas puede ser valorado desde las relaciones de poder.

Los discursos de «obvio» o «natural» tienen tendencia a olvidar los efectos a nivel social y político (Weedon, 1987). Las personas socialmente agrupadas, normalmente ignoran como las prácticas son generadas y compartidas por estructuras sociales, relaciones de poder y la naturaleza de la práctica social (Fairclough, 1992). Es por esta razón, por lo que debemos considerar a los discursos, productores del conocimiento y la verdad, como una función de la sociedad y el tiempo donde ellos emergen, ya que son cultural e históricamente específicos (Wilson, 2001).

Siguiendo estas consideraciones, la configuración de la experiencia de cada persona se constituye por el lenguaje en el que se construye. Las implicaciones del lenguaje marcan una clave para la distinción entre las perspectivas discursivas y las fenomenológicas de los textos. Se crea entonces un *interior* y un *exterior* en el

discurso (Allen, 1995; Shotter, 1993). Este exterior fue denominado por Foucault como el «espacio negativo» con consecuencias sociales, que establece lo que se puede decir y hacer (Allen & Hardin, 2001).

De esta forma, esta perspectiva teórica hace referencia a un rango de posiciones teóricas que desafían la idea de que el lenguaje es neutral, objetivo y libre de valores respecto a la realidad (Cheek, 2000; Crowe, 1998; Weedon, 1997). Enfatiza que la verdad está socialmente construida, y que hay muchos discursos que compiten para producir lo que nosotros tomamos como realidad (Vahabi & Gastaldo, 2003; Gastaldo & Holmes, 1999; Fox, 1993; Foucault, 1980a).

Las investigaciones orientadas desde el postestructuralismo analizan los discursos presentados a través de la literatura, los medios de comunicación, las fotografías, o los textos científicos, considerados artefactos culturales y políticos en la culturización de los profesionales, los estudiantes y en el desarrollo de las disciplinas (Ball, 2001; Huntington & Gilmour, 2001; Atkinson & Coffey, 1997; Apple & Christian-Smith, 1991).

Los textos no se conciben como una representación de algo en particular, ni tampoco como un reflejo verdadero y preciso de un aspecto del mundo exterior, sino como explicaciones que predominan en un particular período sociohistórico (Prior, 1997). En ellos, se reflejan los discursos que denotan los saberes menos discutidos y más influyentes desde el punto de vista cultural y juegan un papel importante en la construcción y mantenimiento de las concepciones sobre las realidades (Cheek, 2000; Prior, 1997).

El análisis de los textos no sólo tiene una dimensión cultural, sino también social y política (Lupton, 1992; Apple & Christian-Smith, 1991). En este sentido, Crowe (2005) apunta que una forma de explorar la constitución de las prácticas profesionales es mediante los textos que han sido centrales para las profesiones, como manuales,

libros de texto, protocolos, anotaciones clínicas, representaciones en los medios de comunicación, fotografías, transcripciones de entrevistas, entre otros. Nuestro conocimiento sobre la profesión y su práctica ha tomado forma a partir de textos, los cuales se generan de los intereses de grupos con poder que operan en el amplio contexto social en el cual la profesión está envuelta (Cheek & Rudge, 1994).

Puede decirse que la escisión entre lo verdadero o lo falso actúa como un mecanismo de exclusión que se apoya en un marco de instituciones y prácticas imponiendo una jerarquización del saber que establece un nivel de competencia y un marco de condiciones para darle validez al discurso (Foucault, 1977a).

Los discursos se dan en ámbitos de restricción saturados por ritualización, son modelados en espacios cerrados como en las «sociedades de discursos», se encuentran recortados por doctrinas que unen un grupo de individuos con un conjunto acotado de enunciado, o son definidos a partir de una específica correlación de fuerzas que se despliega en el sistema educativo (Foucault, 1977b).

Ahora bien, todo ese conjunto de contracciones permiten identificar el poder como la fuerza externa e interna que delimita las prácticas discursivas (Foucault, 1973a). Según el propio Foucault, dichas prácticas discursivas vienen determinadas por el «dispositivo», entendido como un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas (Foucault, 1977a).

En conclusión, los efectos del discurso se constituyen en tres líneas: contribuyen a la construcción de las posiciones del sujeto; construyen las relaciones sociales entre la gente y contribuyen a la construcción de un sistema de conocimiento y creencias (Fairclough, 1992).

5.3.2.4. Relación entre poder, saber y verdad

Otra precisión clave para la genealogía de la ética, es la relación dinámica que existe entre conocimiento y poder, en la cual las formas de poder están imbuidas en el saber y las formas del saber están penetradas por las relaciones de poder (Barbero, Calvo, González, Manrique & Nespral, 2005; Vahabi & Gastaldo, 2003; Kenway, 2001; Manias & Street, 2000; Cheek & Porter, 1997; Turner, 1997; Weedon, 1997; Meyer, 1996; May, 1993; McHoul & Grace, 1993; Cheek & Rudge, 1993; Lupton, 1992).

La teoría foucaultiana asume que la relación entre conocimiento, saber y poder no existe como un hecho bueno o malo. El ejercicio del poder crea nuevos objetos de conocimientos y sistemas de información y el conocimiento constantemente produce efectos de poder.

Se destaca que el conocimiento se desarrolla en respuesta, y algunas veces en resistencia, a los límites impuestos por las estrategias o relaciones de poder (Doering, 1992). La producción de conocimiento es una forma de ejercer el poder, una forma para definir a otras personas y a nosotros mismos (Vahabi & Gastaldo, 2003; Manias & Street, 2000).

Foucault analiza el poder desde sus distintas perspectivas y modalidades a través de los tipos de discursos, a lo largo de la historia de los saberes. Así, define la arqueología del saber como la relación existente entre el poder y la verdad que se establecen en una cultura. Estos se forman a partir de las condiciones históricas, económicas y políticas.

El pensador francés reconoce que toda ciencia no debe de obviar las relaciones de poder que están presentes en las sociedades en las que se instauran y funcionan dichos discursos. Establece así, la relación inexcusable entre el poder y el saber.

La verdad se inserta mediante la fabricación de individualidad por medio del uso de recursos proporcionados por un cierto saber. De esta manera, remitir a la normalidad

del individuo a una supuesta verdad en sí de su naturaleza, o implantar la tarea de que el sujeto dé cuenta de una presunta que habita en él, son ejemplos que nos evidencian el carácter estratégico de la verdad como práctica subjetivante.

El poder lo que hace es producir realidad y verdad en un rol positivo cuya modalidad es la acción de una fuerza sobre otra fuerza (Deleuze, 1987). Este planteamiento de la dinámica productiva del poder permite vislumbrar los dispositivos y las estrategias de saber como conjuntos de fuerzas que atraviesan a los individuos produciéndolos y utilizándolos.

Foucault considera, a partir de estas afirmaciones, que cada época cultural posee un código fundamental, un orden o configuraciones que adopta el saber. Los códigos de cada cultura son los que rigen el lenguaje, las percepciones, los cambios, los valores, las técnicas y la jerarquización de sus prácticas (Ávila, 2002). Por lo que la transformación de los individuos o producción de lo real, no es más que lo que denomina normalización o forma moderna de servidumbre, ante las leyes y normas.

«El poder produce a través de una transformación técnica de los individuos [...] el poder produce lo real».

Michel Foucault (2001:11)

El filósofo relaciona el poder con el saber y la verdad, afirmando que el poder se ejerce, no tanto por el ejercicio de la fuerza y del engaño sino por la producción del saber, de la verdad, por la organización de los discursos (Foucault, 1980a:133).

Por lo que el conocimiento no es visto como subjetivo u objetivo sino como un componente central en la transformación histórica de varios regímenes de poder y verdad (Dzurec, 1995). Foucault (1977b) señala que los discursos no son, en sí mismos, verdaderos o falsos, científicos o ideológicos, sino que cada sociedad tiene su régimen de verdad, sus propios discursos aceptados que funcionan como verdad,

con sus propios mecanismos y procedimientos para decidir que se aceptan por verdad (Larraín, 1994).

La verdad deja de ser una ilusión pura e inocente que anima a nuestros discursos para convertirse en el producto de una lucha y en una entidad que induce y arrastra consigo efectos de poder (Foucault, 1970). Éste poder se ejerce mediante dispositivos de técnicas o tecnologías que no sólo generan productos sino que también prescriben unos modos de hablar, señalan unos comportamientos u organizan los cuerpos (Murillo, 1996).

Así, entre poder y saber existe una presuposición recíproca y unas capturas mutuas que dificultan la posibilidad de pensarlos independientemente. Habría entre ambos una relación de incorporación que va de un polo al otro y que conduce a constatar su presencia de conjunto como situación estratégica.

5.3.2.5. El gobierno y la globalización

La idea de gobierno introduce la cuestión política de la regulación de la población y con ello un horizonte menos espacial y externalista en el cual se enmarcan las relaciones de poder (Foucault, 1981b). El gobierno de la población o lo que Foucault denominó, «la gobernabilidad», es la suma del control político sobre la vida (Sauquillo, 1989).

La gobernabilidad recurre a estrategias inmanentes al campo de la población, como son las campañas de salud u otras tácticas más encubiertas que buscan la estimulación de las tasas de natalidad o la conducción de los flujos de personas hacia cierta actividad o lugar. La población se convierte en un elemento del que dispone la práctica de gobierno.

Se usa a la población a través de discursos de seguridad produciendo una medicalización de los comportamientos de las conductas y los discursos (Foucault, 1976a). En síntesis, el filósofo entiende la gobernabilidad como el conjunto constituido por las instituciones,

los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esta forma tan específica, tan compleja, de poder. Esta gobernabilidad tiene como meta principal la población, como forma primordial el saber, la economía política y como instrumento técnico esencial, los dispositivos de seguridad (Foucault, 1977a:195).

Esta gobernabilidad persigue la configuración del poder como gobierno y da lugar al desarrollo de aparatos específicos de coerción y de diversos tipos de saberes. La gobernabilidad es el modo biopolítico de ejercicio de poder.

Es posible identificar la génesis de una nueva lógica social y económica en la modernidad, que se encuentra asociada a las actuales formas de dominación política en la era de la globalización denominada por Foucault como «nueva economía del poder».

Las transformaciones del capitalismo globalizado en la modernidad tardía deberían entenderse como la más reciente configuración de un diagrama de poder. Bauman (1999) habla de las sociedades de consumo como un mecanismo global que se desplegaría a través de los medios de comunicación que produce consumidores.

Esta sociedad fue descrita por Foucault como «sociedad de control», donde las dinámicas de integración y exclusión que articulan las relaciones de poder son interiorizadas por los sujetos, y generalizan el efecto de los aparatos normalizantes de la disciplinabilidad por vías que trascienden los espacios institucionales para involucrar redes de información y comunicación, sistemas de asistencia social o actividades controladas.

Los sistemas de poder industrial y financiero producen subjetividades polimorfas que deben lograr incorporarse al circuito del consumo. Por lo que la capacidad de controlar y dirigir lo imaginario cobra importancia como instrumento eficaz para la construcción de sujetos y la legitimización de un modelo. Todos los sujetos son necesarios pero cada uno es reemplazable, lo que se traduce en una intensificación de las relaciones de competitividad que alimenta la eficacia y la rentabilidad de los mecanismos del mercado (Murillo, 1996).

La sociedad de control acondiciona nichos de marginalidad hacia los que orienta, gestiona y conduce la trayectoria social de los individuos prescindibles. El poder se hace biopolítico y el individuo se integra totalmente y de forma voluntaria como una función más que refuerza el dominio efectivo sobre la vida (Castel, 1983). La biopolítica despliega una monitorización indefinida de la vida, desterritorializada, que brinda al poder el don de la ubicuidad.

Aunque es cierto que el filósofo francés no tuvo la oportunidad de ver el alcance actual de la biopolítica, sus investigaciones prepararon el camino para poder realizar un análisis preciso de nuestra sociedad, sobre todo en referencia a un poder que es cada vez más difuso, menos ligado a un centro y por ello efectivo.

Un ejemplo de este poder, interesante de destacar, sería la recopilación de información general sobre los individuos, que permita intervenir en cualquier momento y que representa un archivo de conocimientos que diseña mecanismos reguladores de la individualidad cada vez más eficaces.

5.3.3. Ética de nuestro presente

A partir de aquí, tras haber descrito el sujeto y la subjetivación y haber realizado un análisis de la genealogía de la ética y sus elementos principales, desarrollaré la propuesta ética de Foucault, que como el mismo denominó correspondería a una ética de nuestro presente.

Hasta ahora me he encontrado reiteradamente con dos aspectos que afectan a la posibilidad de una fundamentación de la ética en nuestro presente. Por un lado, he identificado las características de una experiencia ética antigua que correspondería actualizar y por otro lado, se han establecido las dificultades que enfrenta una ética, como relación con uno mismo, en el marco de las instancias de normalización que clausuran nuestra actualidad (Castro Orellana, 2004).

Foucault entiende la ética como una alternativa frente a las inquietudes dinámicas de la biopolítica. El filósofo no pretende configurarse como una opción existencial al margen de las amenazas de nuestra sociedad, sino que intenta constituirse como una respuesta a un modo de resistencia creativo que permita transformar la realidad de nuestras vidas. La ética foucaultiana se encuentra iluminada por la genealogía y se fundamenta en cuatro ejes: la idea de una vida filosófica, la tarea de resistencia política, la apertura a una nueva experiencia del cuerpo y la instauración de una dinámica de cuidado del otro.

Lo que Foucault busca es, rescatar del pasado lo que podría fundar una ética original del presente (Hadot, 1995). La ética que se debe actualizar es una producción, una elaboración de sí y no un conjunto de prohibiciones. Esta ética del presente, opera en categorías de sujeto, formas de subjetivación y genealogía de la existencia con un triple desplazamiento para la articulación de una nueva ética.

En primer lugar, asumiendo que tanto el conocimiento como la acción se condicionan por un sistema histórico. Segundo, que la experiencia es una correlación entre espacios de saber, relaciones de poder y formas de subjetividad. Y por último, que el sujeto aparece como una forma constituida en y por experiencias históricas, lo que excluye la existencia de un sujeto constituyente.

Estos desplazamientos derivan tres conclusiones: que mi acción y mi conocimiento responden a condiciones históricas, que mi experiencia está sujeta a modificaciones y, en ella, debo comprenderme como una realidad constituida y flexible, que participa en una acción que reinventa los escenarios posibles.

El sistema sobre el cual se despliegan nuestras elecciones es una presencia permanente, aunque modificable. Cada límite que se nos impone representa una transgresión posible. La ética de nuestro presente viene a ser un ejercicio de ruptura de las coerciones que nos afectan a nosotros mismos y a nuestra situación presente.

La transformación en el modo de ser del individuo, equivale al cambio de un plexo de relaciones: de uno mismo, de uno con los otros y de uno con la verdad (Lanceros, 1996). Se trata de rebasar un modelo de individualización, las fronteras que trazan los aparatos de normalización, para abrir un espacio a las experiencias inéditas mediante una relación que el individuo realiza consigo mismo y con sus límites.

Las modalidades de sujeción del individuo alcanzan su configuración más radical en la sociedad de control (Deleuze, 1995b:277-278). La técnica de la vida se enfrenta directamente a la técnica del biopoder, en tanto que esta última hace de la vida del individuo un objeto de saber, con la intención de normalizarla y reglamentarla.

La dimensión política de la ética consiste en una nueva política del yo, que abre un camino en el campo de las relaciones de poder (Bernauer, 1995). La ética es una práctica de resistencia que recrea las relaciones de fuerza, encuentra puntos de fuga, tensa las zonas que aparecen vulnerables y recorre los límites que se nos imponen.

Pero la ética propuesta por Foucault presenta algunas críticas, aún sin resolver: (a) la afirmación de que la ética foucaultiana es un retorno al sujeto cuestión que plantea un nuevo enfoque ético, opuesto a la teoría del sujeto constituyente que involucra una nueva concepción de la subjetividad. (b) Taylor (1989) opina que, Foucault silencia los fundamentos morales de sus opciones teóricas y lo hace por ser criterios humanistas que él mismo ha rechazado. (c) Rochlitz (1995) señala que las intervenciones críticas del pensador francés son portadoras de normas y virtualmente universalista, pues se refieren a una exigencia de autonomía de la persona y de oposición al sufrimiento injusto. (d) Hadot (1995) centra su crítica en el incorrecto uso del material histórico, considerando la propuesta ética de Foucault como una apuesta personal, más que el fiel reflejo de la experiencia ética antigua. Considera además que la práctica del cuidado de sí sin criterios universales deriva necesariamente en un escepticismo elitista que sólo incumbe a unos pocos. (e) Habermas (1988) discute la ética foucaultiana en base a considerar la existencia de una autorreferencialidad y una ausencia de fundamentos

normativos que diseña una teoría política sin justificación, donde la falta de respuesta al sentido último de la resistencia condena la propuesta a un decisionismo arbitrario.

Pero además otros autores neo-pragmáticos describen a Foucault como ironista por no estar dispuesto a ser liberal. Ellos aceptan ciertos mecanismos de coacción de las sociedades liberales, pero consideran que esta misma sociedad incluye instituciones que las mejoran (Rorty, 1995).

5.3.3.1. Ética de la resistencia y la libertad

Foucault introduce la noción procesual de la subjetividad que permite la historización de la noción de sujeto y su comprensión como realidad práctica que está siempre por hacerse.

Deleuze (1987) afirma que en la ética foucaultiana hay producción de subjetividad precisamente porque no hay sujeto, en el sentido kantiano. La subjetivación no solamente se reduce a la lógica del saber o del poder, hay también una subjetivación experimentada. Se marca entonces, una distinción entre sujeto constituyente de la filosofía tradicional y sujeto de experiencia.

La experiencia de la subjetividad sería un movimiento de autoconformación en relación con uno mismo, con los otros y con diversas formas de prácticas. La subjetividad ética implica una actividad, un modo de intensificación y no una verdad sustancial.

El sujeto ya no puede considerarse en la ética foucaultiana, como la condición de posibilidad de la experiencia sino como el resultado de una serie de condiciones que se configuran en la experiencia, el sujeto es una génesis, tiene una formación, una historia, el sujeto no es originario indica el filósofo (Foucault, 1978a). Por lo que la ética se inscribe en la comprensión del sujeto como un producto de autoformación que se despliega a partir de unos criterios. El sujeto se encuentra en un escenario donde es parte de la realidad históricamente construida en toda su extensión.

La nueva situación ética propuesta por Foucault consiste en un campo de fuerzas en que se despliegan relaciones de saber, de poder y de libertad. El sujeto ético responde a esta comprensión del individuo como ser en perpetua constitución, lo que provoca múltiples modos de reinventar y constituir la subjetividad. Se establece así, una continua tensión entre las relaciones de poder y las prácticas de libertad donde aparecen y se oscurecen diferentes formas o modalidades de subjetividad.

El sujeto es una forma, compuesto por relaciones como la autoconstitución activa de uno mismo y los mecanismos normalizadores del medio social. Ser sujeto es pertenecer, es decir, es intervenir a la vez como elemento y como actor en un proceso global, cuyo desarrollo define el campo actual de las experiencias posibles (Macherey, 1995).

Según Schmid (2002), el sujeto descrito por el filósofo francés se distingue por la mutabilidad y la multiplicidad. Por lo que, la ética implica el cuidado de la propia libertad, que no puede realizarse sin un cuidado de los otros (Schmid, 2002). De esta forma, la relación del poder con la ética, implica el reconocimiento del otro sujeto de acción, al mismo tiempo, que ante esta relación se abra un campo de respuestas, reacciones, efectos y posibles invenciones.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, Foucault afirma que donde hay poder, hay resistencia. La relación de poder encuentra su límite en la existencia de resistencias, es el punto de un derrocamiento posible, allí retrocede y se reconfigura. El poder establece sus tácticas en función de las resistencias que aparecen social e individualmente.

De igual forma, la resistencia diseña el perfil de una lucha, incorporando las tácticas de ese poder como soporte para una inversión posible. Sucede que en un estado de dominación, se presenta una minimización de la movilidad de las relaciones de poder descritas, donde las prácticas de libertad no existen o están sumamente acotadas y limitadas.

El peligro que supone toda relación de poder es la posibilidad de que se solidifique en una forma de dominio (Foucault, 2001c). La verdadera tarea política en este punto, consiste en defender, reafirmar y reinventar el ámbito donde el individuo ejerce transformaciones sobre sí mismo y sobre el universo relacional.

Cuando se sostiene que el individuo está capacitado para ejercer un poder sobre sí mismo de construcción y creación, estamos constatando un espacio de resistencia que se inscribe en el juego de un poder que nos impone una identidad. La ética foucaultiana podría definirse, entonces, como una ética que resiste al régimen de relaciones entre saber, poder y subjetividad (Foucault, 1981a).

Foucault concibe el «cuidado de sí» como una práctica que tiende a administrar el espacio de poder presente en toda relación, una forma de controlar y limitar al poder, para impedir su deriva hacia el estado de dominación (Foucault, 1984b). El papel decisivo de la ética consiste en un cuidado del espacio relacional y estratégico con el fin de que las relaciones de poder no se solidifiquen como situaciones de dominio.

No sólo consiste en establecer un combate con los mecanismos de control y sometimiento que se reparten por la sociedad, sino también plantear una lucha con las técnicas de subjetivación que nos atraviesan a nosotros mismos. A esto lo denomina Schmid (2002) como «ética agonística» que se hace cargo tanto del poder que nos amenaza anónimamente como del poder que nos es propio.

La ética como resistencia debe involucrar la necesidad de crear e innovar en las formas de vida. Una práctica de la libertad en la que la fuerza se pliegue sobre sí misma e inaugure un nuevo campo de relaciones. Se distinguen dos tipos de sujetos, por un lado, un sujeto como forma constituida a partir de las relaciones de poder que los otros ejercen y por otro lado, un sujeto que cultiva ese poder que el mismo desarrolla, en el sentido de un gobierno de sí. Las prácticas de libertad se

entienden así, como un ejercicio de modificación de relaciones estratégicas de poder no necesarias (De la Higuera, 1999).

Se configura así, una ética que pretende posibilitar el ejercicio de la libertad, de un individuo que se halla dentro de una red de relaciones de poder. La propuesta foucaultiana conduce a reconocer el valor de la elección personal, en medio de una situación que amenaza con el desequilibrio de la dominación. Pero el individuo no elige en un espacio vacío, sino que actúa en un trasfondo de experiencias históricas y biográficas, en polémica con lo actual y lo intolerable, y en relación con instancias de normalización y focos de resistencia (Schmid, 2002).

El sujeto que ejerce una autonomía, continúa siendo un sujeto constituido por prácticas y un sujeto operativo en el interior del juego estratégico. Así, la libertad no pretende acabar con la modalidad de sujeción, sino hacer que éstas se desplacen y se modifiquen permanentemente.

La ética de Foucault plantea dos orientaciones de elección del individuo en este sentido. Primero, impedir la solidificación de las relaciones de poder y segundo, articular prácticas de libertad que abran un espacio de juego del individuo. Con ello se permite la creación desde la ética, de nuevas formas de subjetividad.

El sentido de la subjetividad entonces, se halla en un movimiento constante de desprendimiento y creación de sí mismo; en un ejercicio perpetuo de des-identificación y reinención donde la identidad se arriesga una y otra vez (De la Higuera, 1999).

La ética de Foucault muestra por lo tanto, una fragilidad del presente donde se incluye las relaciones de poder, los puntos de resistencia, la subjetividad, el saber y la verdad. Si el individuo es un punto de tensiones entre las relaciones de poder y las formas de resistencia, las operaciones que éste realiza sobre sí mismo para transformarse, exceden el campo de lo estrictamente personal y afectan a toda una red de relaciones que atraviesa al sujeto.

Otro de los elementos claves de la ética foucaultiana es la tematización del cuerpo como necesidad de la ética para iluminar una nueva experiencia del cuerpo que se inscriba en la dinámica del cuidado de sí (Foucault, 1978b).

La preocupación por el cuerpo se halla ligada a una aceleración de la productividad que deriva en la intensificación de ciertas conductas y en la modificación de ritmos y tiempos. El cuerpo se convierte en el centro de mecanismos que apuntan a la producción de un tipo de subjetividad. Se debe entender el cuerpo como material pre-subjetivo sobre el cual el poder actúa iniciando un proceso de subjetivación (Ortega, 1999).

Rabinow (1999) introduce en este punto, la noción de biosociabilidad, que describe las nuevas formas de valoración, producción de identidad y sociabilidad que emergen en nuestras sociedades. Según esto, en la actualidad se asiste a una primacía del vocabulario médico-fisicalista referido a criterios de salud, de desempeño físico, de cuidado del cuerpo, de culto a la juventud o de estética de la imagen; que adquiere un estatus casi moral y que atraviesa la comprensión que los individuos hacen de sí mismos, sus opciones y sus relaciones con los demás.

Se trataría de la medicalización social que siempre ha acompañado a los desplazamientos estratégicos de la biopolítica. La salud ha llegado a convertirse en un valor absoluto, al punto de ser una de las claves de la configuración de la propia identidad. Rabinow propone que hay que autoperfeccionarse, ser responsable del propio bienestar, dotarse de una salud que se expresa en una imagen de belleza, fuerza y juventud.

Nuestra cultura de los cuerpos sanos y bronceados, deriva en un imperativo narcisista que consiste en que el individuo se centra exclusivamente en la modelación de sí mismo. Se constituye así una identidad insegura, puesta en disposición y condicionada por el otro. La cultura donde las identidades se configuran desde la fragilidad de la apariencia, persigue la incorporación de todos los elementos de una norma (Ortega, 1999).

Por lo que serán los mecanismos del consumo los que cumplirán la doble función de promover estilos de vida sana y bella, a la vez que ordenar un menú de las diferencias aceptables. Esto implica que nuestra cultura incorpore una valoración de la disciplina, la renuncia, el ejercicio y otras mortificaciones, siempre y cuando estén en función del imperativo narcisista.

El pensador francés logra tomar distancia de la situación anterior, cuando introduce la dimensión de intersubjetividad como una de las claves de la ética. Lo hace a través de la tematización de la amistad, haciendo viable dicha ética desde el cuidado del otro y no desde la estilización e intensificación de los placeres.

La amistad es concebida por Foucault como un modo de vida que introduce una diversificación distinta a la que se fundamenta en las clases sociales, las profesionales o los niveles culturales y constituye una forma transversal a la edad, al estatus o a la actividad social (Foucault, 1981a).

El filósofo francés considera que la sociedad y las instituciones han empobrecido el mundo relacional por su dificultad de gobernar. El control y la administración de los individuos y de las poblaciones tratan de evitar las alianzas imprevistas, lo que sofisticaba los mecanismos de sujeción con el objetivo de solidificar aquellos que se han hecho flexibles. Hay que fracturar los flujos e instaurar la norma, puesto que un crecimiento de las relaciones supondría un gasto excesivo en la economía del poder. Esto rige la restricción de los modos de vida y las formas de relación.

Por lo que la amistad se ve atrapada en los parámetros de forma permitida, que imponen las instituciones sociales. Se convierte en una experiencia sometida a criterios de estatus social, de clase, de educación o profesión.

El cuidado de sí implica un movimiento de sí mismo hacia el encuentro con el otro y con lo otro (Schmid, 2002). La transformación de uno mismo vendría a

ser la consecuencia de este encuentro con el otro. Aparece así, la connotación extrovertida de la subjetividad ética volcada hacia la exterioridad.

Para crear un nuevo modo de ser es necesario el campo de las relaciones que posibilita el encuentro con los demás. Con ello se introduce pluralidad en el plano intersubjetivo y se promueven nuevas formas de subjetividad que equivalen a promover nuevos mundos relacionales.

Se configura de esta forma, una amistad como una ética del juego de poder, una sabiduría de la distancia y la proximidad con respecto al otro. Se va abriendo un espacio de libertad posible en un campo diversificado de relaciones de poder y resistencia, donde el encuentro con el otro tiene una tensión de una relación agonal basada en la eumetría (Onfray, 1996) o lo que en salud se denominaría empatía, que se refiere a ese punto de las relaciones humanas, donde no se está demasiado próximo ni demasiado alejado del otro.

El proyecto ético de Foucault supera los peligros y equívocos sobre una autoelaboración individual para situarla en una inminente dimensión social, a través de la subjetivación colectiva que considera tanto las necesidades individuales como objetivos colectivos (Ortega, 1999).

En conclusión, el cuidado de sí de la ética foucaultiana no equivale a la conquista de un yo definitivo, sino a una labor inconclusa con un yo-proceso. Cuando se habla del trabajo de la libertad se refiere al ejercicio infinito que despliega el individuo, de des-identificación y reinención de sí mismo (De la Higuera, 1999). La creación de uno mismo no supone la modelación de una subjetividad más verdadera o más perfecta que las anteriores ni que determine el final de la actividad de autoconformación. Por el contrario, el acto de creación de sí necesita darse sobre el fondo de un desprendimiento constante de los que somos. Una vez que el sujeto se ha liberado de los obstáculos que saturan el presente de densidad, de

las verdades universales o de la suprahistoricidad, se abre la posibilidad de una actualidad más ligera, que permite concebir al sujeto autónomo.

5.3.3.2. Práctica de la ética de nuestro presente

La propuesta de Foucault, se centra en tres campos que me ayudarán a conectar mi fenómeno de estudio con la empresa ética de Foucault: los juegos de verdad; los juegos de poder; y las técnicas de subjetivación.

Para Foucault, la ética es la forma reflexiva o deliberada que adopta la libertad. El filósofo señala que la ética se centra en una serie de proposiciones, que son: la filosofía tiene como núcleo central la ética; la libertad es el fundamento de la ética; la ética gira en torno a las técnicas de subjetivación o el cuidado de sí mismo; la ética como cuidado de sí se puede crear con respecto a su propia existencia; el cuidado de sí hace fuerte a la persona para la resistencia política; el cuidado de sí implica también una disposición al cuidado por el otro ser humano; las técnicas de subjetivación se da en cada cultura y no están separadas de los juegos de verdad y de los juegos de poder y se puede constituir una técnica de sí, un cuidado de uno, en un ámbito de libertad.

Entonces, la ética es definida a través de las técnicas de subjetivación. Estas técnicas de subjetivación incluyen el conjunto de principios y prácticas con los que uno cuenta y que se pueden poner a disposición de los demás para ocuparse adecuadamente de uno mismo o del cuidado de los otros (Foucault, 1994).

«El sujeto no es una sustancia. Es una forma y esa forma no es siempre la misma..., lo que interesa es precisamente la constitución histórica de esas formas diferentes del sujeto en relación con el juego de la verdad».

Michel Foucault (1994:29)

Para Foucault la ética de la subjetivación surge del análisis de una serie de tópicos, ya mencionados en apartados anteriores, como son la sustancia ética, los modos de

sujeción, las formas de elaboración y la teología del sujeto moral, que ahora explicaré con más detenimiento.

La **sustancia ética** es la parte del individuo que debe constituirse como materia principal de su conducta moral, que conforman los sentimientos y las diferentes formas de trabajar el sujeto moral. Foucault habla de la sustancia de la ética como la propia transformación del sujeto a partir de su contexto histórico y social.

«El individuo circunscribe la parte de sí mismo que constituye el objeto de la práctica moral; define su posición en relación con el presente que sigue, se fija cierto modo de ser que valdría como realización moral de sí mismo y para hacerlo así obra sobre sí mismo, se empeña en conocerse, se controla, se experimenta, se perfecciona, se transforma».

Michel Foucault (1994:35)

Los **modos de sujeción** definen la relación del sujeto con las reglas y como estas reglas son reconocidas por el sujeto, como obligaciones en un determinado contexto social y cultural. A partir de esta relación o modos de sujeción, el sujeto se transforma en un individuo moral de su propia conducta. Es lo que Foucault denomina **formas de elaboración o trabajo ético**. Este trabajo ético emana del aprendizaje de las normas sociales preestablecidas, del control de estas normas sobre la conducta del sujeto y de la lucha del propio sujeto contra estas normas cuando están en juego sus deseos y placeres.

Foucault se refiere a la **teología del sujeto moral**, como la consecuencia final de la acción de las normas y reglas sociales establecidas que dan lugar a un determinado modo de ser. Pero no considera que esta consecuencia implique un cumplimiento estricto de las reglas marcadas sino que, conlleva una nueva conducta tras establecerse una relación con uno mismo (Abraham, 1998).

Además, Foucault introduce las **tecnologías del yo** como un elemento básico y central en el desarrollo de la ética de nuestro presente. Se plantea como en todas las sociedades se utilizan técnicas que permiten a los individuos efectuar con sus propios medios, un cierto número de operaciones sobre sus propios cuerpos, almas, pensamientos, conductas, y lo hacen de modo que se transforman a sí mismos, modificándose, para alcanzar cierto grado de perfección, felicidad, pureza y poder sobrenatural.

Las tecnologías del yo determinarán como serán finalmente los actos y comportamientos de las personas en relación con las reglas, normas o códigos que les son impuestos. Se distingue, entonces, entre el código que determina qué actos están permitidos o prohibidos y el código que determina el valor positivo o negativo de las diferentes conductas posibles (Hubert, Dreyfus & Rabinow, 1988). Esta distinción configura el tipo de relación que uno debería mantener con uno mismo, que determina cómo se supone que el individuo se constituye a sí mismo como individuo moral de sus propias acciones (Foucault, 1994).

Esta relación con uno mismo presenta cuatro grandes aspectos: (a) qué parte de mi mismo o de mi conducta concierne a la conducta moral, que en nuestra sociedad configura el dominio principal de la moralidad y que son los sentimientos; (b) la manera en que la gente es invitada o incitada a reconocer sus obligaciones morales. (c) La autodeterminación del yo, que hace referencia a cuáles son los medios por los que podemos transformarnos a nosotros mismos en sujetos éticos. Es decir, la sustancia ética que modera nuestros actos y descifra lo que somos. Y por último, (d) qué clase de ser aspiramos cuando actuamos moralmente, denominado «telos» y que relaciona por un lado las conductas efectivas de la gente con la existencia de códigos morales, y por otro lado la relación de uno mismo con estos cuatro aspectos (Hubert, Dreyfus & Rabinow, 1988).

Por lo tanto, no es suficiente decir que el sujeto se constituye en un sistema simbólico. El sujeto no se constituye sólo en el juego de los símbolos, sino que lo hace en prácticas

reales, históricamente analizables. Existe una tecnología de la constitución del yo que atraviesa los sistemas simbólicos, al mismo tiempo que los utiliza (Hubert, Dreyfus & Rabinow, 1988).

Para finalizar este apartado, debo hacer mención al concepto de la cultura de sí o el cuidado de la libertad como eje de la ética foucaultiana.

El cuidado de sí es una práctica permanente de toda la vida, que tiende a asegurar el ejercicio continuo de la libertad (Bernauer, 1996:254). Se trata de liberarnos nosotros mismos de las reglas impuestas —modos de sujeción— para acceder a nuestra propia conducta o técnica de subjetivación. Es decir, al propio cuidado de sí mismo, al propio estilo de vida.

El cuidado de sí mismo es una actitud para consigo mismo, para con los otros e incluso una relación con el mundo. Es los que Foucault denominó como formas de subjetivación. La primera de estas formas de subjetivación responde a las tecnologías del yo, donde el cuidado de sí trata de liberarse de lo que dependemos y de resituarnos en un mundo como estructura de causas y efectos.

«[...] la relación consigo mismo [...] es constitución de sí como sujeto moral, en la que el individuo circunscribe la parte de sí mismo que constituye el objeto de esta práctica moral (sustancia ética), define su posición en relación con el precepto que sigue (modo de sujeción), se fija en un determinado modo de ser que valdrá como cumplimiento moral de sí mismo (teleología), y para ello actúa sobre sí mismo, busca conocerse, se controla, se prueba, se transforma (ascética)».¹

Michel Foucault (1996a:29)

La segunda forma de subjetivación, son los códigos. Foucault los define como estructuras históricas que constituyen al individuo en sujeto de sus acciones y no,

1. Se indican entre paréntesis las aportaciones de Páez (1988).

como mero agente. En este punto, se produce un fuerte cuestionamiento sobre la exigencia de una universalidad en una construcción histórica de la ética. Se refuerza su concepción de ética no organizada como moral autoritaria, unificada, impuesta a todos por igual. Se propone una ética no universalizante, no normalizadora, sin una estructura disciplinaria y no fundada en un saber científico.

La última de las formas de subjetivación considerada por Foucault, define la cultura de sí, las prácticas sociales, como «prácticas de sí» (Páez, 1988). Foucault habla sobre independencia, o relativa autonomía de la relación con uno mismo respecto a los códigos. Considera que el individuo se realiza a sí mismo y se constituye como individuo moral, como una forma de combate a librar y una victoria a obtener del dominio de sí (Foucault, 1986).

Este dominio de sí se desborda a través de muchas doctrinas diferentes, toma la forma de una actitud que impregna maneras de vivir, se articula en un conjunto de procedimientos y ejercicios que se pueden meditar y enseñar, constituyendo una práctica que adquiere incluso formas interpersonales e institucionales y da lugar a la elaboración de un saber (Foucault, 1986).

Según Foucault, el cuidado de sí tomó, como cuidado médico, la forma de una intensa atención al cuerpo, porque los dos tipos de enfermedades, las del alma y las del cuerpo, pueden comunicarse entre sí, y esta transferencia constituye un punto de fundamental debilidad del individuo (Páez, 1988).

Este cuidado de sí, incluye un conocimiento de sí, mediante el despliegue de una gran variedad de procedimientos. Foucault los distingue en tres aspectos. En primer lugar, los procedimientos de prueba donde se mide cuánto ha progresado uno mismo en la adquisición de una virtud que asegura la independencia del individuo. En segundo lugar, el examen de conciencia, no se trata de descubrir infracciones que conduzcan al reconocimiento de una culpa y al consecuente autocastigo, o a

provocar el remordimiento, más bien es de tipo instrumental, donde se comprueban ciertos fracasos con el fin de reforzar una conducta sabia. Y por último, el trabajo del pensamiento sobre sí mismo que consiste en controlar, discriminar y desbrozar las representaciones o ideas según dependan o no de nosotros (Ferrer, 1989).

En definitiva, la ética foucaultiana aparece como el vínculo con uno mismo y el fortalecimiento de sus propias virtudes personales, transformadas a partir de su contexto histórico y social —sustancia ética—. Una ética separada de la posición social de las normas y códigos establecidos, pero que tienen una relación con el sujeto en la configuración de su conducta —modos de sujeción—. Una ética inventada por el propio sujeto moral, a partir de la dimensión social, política y cultural de la ética —trabajo ético—. Se entenderá así, el papel que juega el individuo como sujeto autónomo y libre —teología del sujeto moral—. Este comportamiento libre y autónomo, lo será, en la medida en que el sujeto sea capaz de entender cómo se supone que se constituye a sí mismo como individuo moral de sus propias acciones —tecnologías del yo—.

Todo esto configura la cultura de sí o la forma en que nosotros nos liberamos de las reglas impuestas para acceder a nuestra propia conducta o subjetivación. Es decir, nuestro propio estilo de vida, su propia técnica de subjetivación, y para ello no hay recetas (Rojas Osorio, 1999).

5.4. ÉTICA FOUCAULTIANA Y AUTONOMÍA EN LA TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO CLÍNICO

Una vez expuestas las premisas generales de la orientación teórica en las que se basa mi investigación, apuntaré las aportaciones de estas perspectivas teóricas al análisis del fenómeno objeto de estudio.

Esta investigación pretende analizar la capacidad de autonomía del paciente en la toma de decisiones y los factores que la condicionan, a partir de la crítica del modelo de ética actual. Por lo que, se hace necesario explicar el proceso denominado por Foucault, medicalización de la sociedad, en el contexto concreto de nuestro sistema sanitario.

La medicalización de la sociedad se articula como una verdadera tecnología del cuerpo social, cumpliendo así un papel decisivo en la producción biopolítica de la sociedad. La población no es solamente un problema teórico sino un dilema técnico que demanda procedimientos de intervención y modificación como las estimaciones demográficas o los estudios sobre la relación entre el aumento de la riqueza y el incremento de la población (Foucault, 1977a).

No solo basta con que se produzcan estándares óptimos en la población sino que es preciso administrar correctamente toda una etapa de la vida, que se inicia en el seno de la familia y que se prolonga hasta la edad adulta.

En este punto, según Donzelot (1990) se produce la unión de medicina y familia que reorganiza la vida familiar en tres dimensiones: en la primera, la familia es aislada de todos los medios o contextos que puedan perjudicarla, la madre es convertida en elemento central por su utilidad educativa. La familia es transformada en un campo privilegiado de la intención de la biopolítica, la herramienta perfecta en la administración de la salud. Se promueve entonces el matrimonio, la enseñanza de la higiene doméstica, la instauración del reposo dominical pero sobre todo, la construcción de la vivienda social como espacio sanitario. Esto es denominado por Donzelot como familiarización de la sociedad. En la era de la biopolítica, la familia funciona como un mecanismo en la preservación, el control y la producción de la vida.

La segunda dimensión es la higiene que adquiere la connotación de problema público asociado a las epidemias, la morbilidad, la duración media de la vida y la mortalidad.

La puesta en práctica de un régimen de salud de la población que consolide el estado de higiene colectiva es fundamental.

Se produce entonces la formación de un ser médico administrativo que sirve como núcleo originario de la economía social y la sociología y la articulación de un ámbito político-médico de incidencia sobre la población con prescripciones orientadas no solo a la enfermedad sino también al comportamiento que constituye la tercera dimensión de la reorganización familiar.

Tanto la organización de la familia como instancia de medicalización como la constitución de un aparato médico-administrativo conducente al control social, son los factores que explican un esfuerzo por producir un nuevo ordenamiento estructural del hospital.

Se incorporan una serie de técnicas disciplinarias procedentes del ejército y de la escuela como la distribución de los individuos, la vigilancia constante y el registro continuo acompañado de una transformación científica de la práctica médica. Nace un ámbito terapéutico con un nuevo diseño hospitalario que consiste en la creación en torno a cada enfermo de un espacio individualizado, modificable según la evolución de la enfermedad. Además la concentración en manos del médico de todo el poder dentro de la organización hospitalaria y formación de un sistema de registro permanente de todo lo que acontece, será decisivo para la producción del un conocimiento específico (Foucault, 1978b).

La utilización de métodos de identificación, anotaciones y circulación de datos e informaciones, hacen del hospital un archivo documental y un lugar de elaboración del saber médico. La medicina moderna, es una medicina social que se configura entonces, como una tecnología de la población.

El filósofo francés describe tres modelos que se han desarrollado en distintos países europeos: la medicina de Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza del trabajo.

La **medicina de Estado** tiene por objeto la observación exhaustiva de la morbilidad, la normalización de la práctica y el saber médico, la constitución de una organización administrativa para controlar a los médicos y la creación de funcionarios médicos con responsabilidad sobre una región y sobre un sector de la población. El interés de esta medicina reside en los individuos como fuerza que constituye el Estado y como dinamismo que lo asegura frente a los conflictos con otras naciones.

La **medicina urbana** supuso un perfeccionamiento del esquema de la cuarentena que se dirigió en tres objetivos: Se estudiaron los lugares de acumulación de desechos en el espacio urbano, que podían ser agentes de desencadenamiento de enfermedades (Foucault, 1977a). Luego se analizó e intentó controlar los procesos de circulación del agua y del aire y finalmente se organizó la distribución de elementos y lugares esenciales para la vida. Aparece el desarrollo del concepto de medio ambiente y salubridad.

La **medicina de la fuerza** consistió en la intervención de la pobreza que perseguía garantizar sus necesidades de salud y se recurrió a la vacunación masiva, la organización de un registro de epidemias y la localización y destrucción de lugares insalubres. La finalidad era convertir estas masas de población en una fuerza de trabajo más apta y duradera y en una fuerza política inocua y sin riesgo para la burguesía.

A partir de estos modelos, según Foucault, se producen cuatro modificaciones sobre la medicalización de la sociedad. La primera, el Estado debía garantizar la salud de los individuos en beneficio de la preservación de su propia fuerza física, su fuerza de trabajo y su capacidad de producción, transformando el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud como objetivo de la acción estatal.

Segundo, a consecuencia de esta inversión de la relación entre individuo y Estado, la preponderancia del concepto de higiene en la literatura y en la administración médica deja espacio al derecho a estar enfermo y a la interrupción legítima del trabajo.

Tercero, los gastos dedicados a la salud, los costos de la interrupción del trabajo y el cálculo de los riesgos que afectan al bienestar físico de los individuos, determinan un nuevo horizonte de preocupaciones que ingresan en el campo de la macroeconomía. Y cuarto, la salud se convierte en un foco de luchas y debates políticos.

Todos estos aspectos demuestran la extensión del paradigma médico en nuestra cultura, a causa de la incorporación de la medicina al dispositivo biopolítico (Castro Orellana, 2004). Según Foucault, el cuidado del cuerpo, la salud física y la inquietud por la enfermedad resultan especialmente decisivas en dicho régimen (Foucault, 1976c).

La medicina ha llegado a adquirir un poder autoritario con funciones normalizadoras que excede con mucho la existencia de enfermedades y la demanda del enfermo (Foucault, 1976c:353). Los médicos y su saber son protagonistas fundamentales en la invención de la sociedad normalizadora. Así, la medicina deja de ser un mero instrumento del aparato económico para penetrarlo y transformarse en uno de sus componentes.

Se descubre que la medicina produce por sí misma riqueza, dado que la salud representa un deseo para unos y un lujo para otros (Foucault, 1976b). La salud pasa a ser comprendida como un bien de consumo. Esto genera que la salud se incorpore al juego del mercado, con sus agentes de producción como laboratorios, farmacéuticas, médicos, clínicas, aseguradoras y con sus consumidores como los enfermos reales y los potenciales que los somos todos.

La introducción del cuerpo humano y la salud en el sistema de consumo produce una serie de efectos perversos. Primero, se genera una demanda infinita y una insatisfacción generalizada del cliente, ya que el consumo médico no supone una mejora en la calidad de vida, ni el mercado de la salud puede actuar con la misma lógica que otras formas de consumo. Segundo, el tratamiento de la salud como bien de consumo que produce enormes beneficios económicos para las empresas

farmacéuticas. Los médicos aquí, operan como un eslabón y como mediadores de un sistema de consumo que tiene la industria en un extremo y a la demanda infinita del cliente en el otro. Los médicos se transforman en principales agentes de la medicalización, en simples distribuidores de medicamentos dentro del mercado del sufrimiento y de la salud prometida (Foucault, 2005).

La medicalización de la sociedad actual funciona con autonomía respecto a la medicina, de los funcionarios médicos y de las instituciones de salud, porque sus lógicas circulan por todo el tejido social como mercancía. La biopolítica se ha servido de los discursos y de las tecnologías médicas, de la intervención de la familia, del aparato hospitalario y de los sistemas de consumo para conquistar nuevas formas de apropiación política de la vida (Castro Orellana, 2004).

Las consecuencias de esta medicalización de la sociedad han puesto de manifiesto un creciente movimiento científico que cuestiona el modo actual de comprender la bioética como un mero instrumento lógico o como un set de principios normalizados basados en criterios de eficiencia, consistencia y aplicación (Murray & Holmes, 2009).

En los últimos años, surge la ética crítica como detracción a la filosofía basada en conceptos abstractos denominada principialismo (Wolf, 1996; Tong, 1996; Fox, 1994; Nicholson, 1994; Bauman, 1993; DeGrazia, 1992; Alderson, 1991; Clouser & Gert, 1990; Willians, 1985).

Algunos autores han definido este principialismo como la legitimación de un discurso biomédico o «*status quo* opresivo» de los principios (Sherwin, 1996:49). McGrath (1998) afirma que el modelo bioético defendido actualmente, utiliza los principios para crear la ilusión sobre la capacidad del paciente de tomar decisiones de una forma autónoma, pero que en realidad se está dando sentido a los significados y valores de una institución sanitaria que, define, describe y delimita, que es posible hacer y

no hacer. Es decir, plantea las descripciones, reglas, permisos y prohibiciones de las acciones sociales e individuales (Davies, 1994:17).

Según Clouser y Gert (1999), el problema principal del modelo actual de la ética, suele presentarse en los textos corrientes de bioética como si fuera lógicamente derivable de una cúpula armónica de teorías éticas, cuando en verdad, los principios contienen inconsistencias internas y las teorías en que se apoyan son discordantes.

«Efectivamente, usar principios como surrogantes de las teorías nos parece ser un esfuerzo poco inteligente para trepar hacia cuatro mayores tipos de teoría ética: la beneficencia incorpora a Mill; la autonomía a Kant; la justicia a Rawls; y la no-maleficencia a Gert».

Danner Clouser & Bernard Gert (2005:221)

Esto deriva, en que si los principios no están firmemente establecidos y justificados, las personas se engañan al creerlos como proveedores de imperativos morales. No siendo el principio un claro y directo imperativo, sino simplemente una colección de sugerencias y observaciones, que en ocasiones confluyen. Por lo que, el agente que aplique estos principios no sabrá si está realmente guiando su acción, ni sabrá qué hechos considerar relevantes, ni cómo justificar su conducta.

La principal crítica al principialismo, desde la ética foucaltiana, se basa en la concepción de que la bioética se ha convertido en protectora de la implementación de las tecnologías en el ámbito sanitario (Stevens, 2000).

Consecuentemente, la resolución de los conflictos éticos, se ha relegado a profesionales expertos en esta área sin dar cabida a la opinión, autonomía y capacidad para la toma de decisiones de los pacientes. Por lo que la ética crítica, plantea una reflexión bioética basada en el poder y sus efectos en los discursos neutralizados y suplantados por los considerados expertos en ética.

Esto da paso, a una corriente ética que defiende que sin un análisis de poder y sus complejidades, la bioética no podrá examinar de forma coherente los aspectos sociales, políticos e incluso económicos presentes en los conflictos éticos (Murray, 2008).

Así, surge la noción de poder en el discurso del razonamiento ético-crítico que se aleja de la concepción de valorar los principios por encima del contexto y se encamina hacia una comprensión discursiva de la autonomía. Se ocupa de explorar cómo la elección personal es la realidad construida por diferentes organizaciones de salud. La ética crítica plantea que el racionalismo sustantivo del principialismo debe ser retado por el proceso de contextualización de los problemas bioéticos desde el poder y el discurso (MacGrath, 1998).

Por lo que la ética deber partir del punto de la no existencia de una clara y distintiva idea expresada en la articulación de principios (Jonsen, 1990). La respuesta ética no consiste en la aplicación de unos principios en situaciones difíciles, sino más bien, consiste en una interpretación de la provisión de los servicios donde, la ética expresará los discursos de la organización.

La práctica ética está dirigida hacia la provisión de alternativas de acción y de un respeto de la subjetividad individual. Esto da lugar, a uno de los conceptos en los que se fundamenta la ética foucaultiana, la subjetivación del individuo.

La ética de Foucault comienza a entenderse, en el entorno clínico, como la dimensión de la relación con los comportamientos efectivos y de los códigos o sistemas de prohibiciones, prescripciones y valoración, que determina cómo el individuo se constituye a sí mismo como individuo moral, que configura las formas o modos de subjetivación (Dreyfus & Rabinow, 1985).

Así, se hace necesario encontrar la conexión existente entre la autonomía del paciente y el ejercicio del poder de los profesionales, mediante el análisis de la relación que se establece entre estos profesionales con el contexto que le rodea.

Para ello, analizar los discursos y las relaciones de poder insertadas en las prácticas cotidianas de las enfermeras en su relación con el paciente, la familia, los profesionales del equipo de salud y el sistema sanitario, permitirá articular una ética foucaultiana.

A través de este análisis podré identificar la legitimación de ciertas formas de actuar y ser de las enfermeras frente a la autonomía del paciente en la toma de decisiones. Es importante hacer visibles los discursos que dominan las prácticas profesionales que se instituyen como referentes y configuran dichas prácticas. Para así, identificar los discursos transformadores o emergentes que buscan abrir alternativas de significación, comprensión y acción a las prácticas discursivas naturalizadas en la profesión y en el sistema sanitario actual, como nueva propuesta de la ética foucaultiana.

Teniendo en cuenta que los discursos profesionales son productores de conocimiento y que estos conocimientos se relacionan con la verdad socialmente construida, me será de gran utilidad analizar las relaciones de poder entre la enfermera con el paciente, la familia, los profesionales del equipo de salud y el sistema sanitario.

Parto de la consideración de poder, como estrategia, que se ejerce y está presente en todas las prácticas sociales. El poder está alrededor de nosotros y opera entre los individuos en general y en particular entre los grupos profesionales, las instituciones y políticas sanitarias. Es una habilidad de influir y controlar determinadas prácticas, situaciones y recursos.

Pero este poder, aunque en ocasiones es fácil de reconocer, en el ámbito de la salud no es claramente visible, pues se ejerce de una forma sutil, mediante ejercicios de persuasión y manipulación. Por lo que se hace necesario, analizar en profundidad el ejercicio de dicho poder, en las relaciones que se producen a nivel personal, profesional e institucional entre los actores intervinientes en la autonomía del paciente.

Planteo la importancia de las relaciones de poder en el conocimiento generado desde las distintas disciplinas. Ya que, se crean posiciones de desigualdad, colocando a unos en una situación más privilegiada para ejercer el poder respecto a otros (Barbro et al., 2005; Foucault, 2004). Es aquí, donde me parece interesante analizar cómo el modo en que la enfermera ejerce poder en la interacción con el paciente, la familia, el resto de profesionales y el sistema sanitario, crea un juego de poder que hace evolucionar una práctica profesional hacia direcciones particulares en cuanto a la capacidad que tiene el paciente en la toma de decisiones.

El análisis de las relaciones de poder que propongo a través de estas perspectivas teóricas, no sólo me permitirá reconocer los discursos y las relaciones de poder más dominantes y que subyacen en las prácticas profesionales, sino también las resistencias y emergencias. La intención, no es simplemente denunciar o criticar aquellos discursos que dominan las dinámicas profesionales, sino que se pretende poner en tela de juicio la forma de racionalidad ética existente.

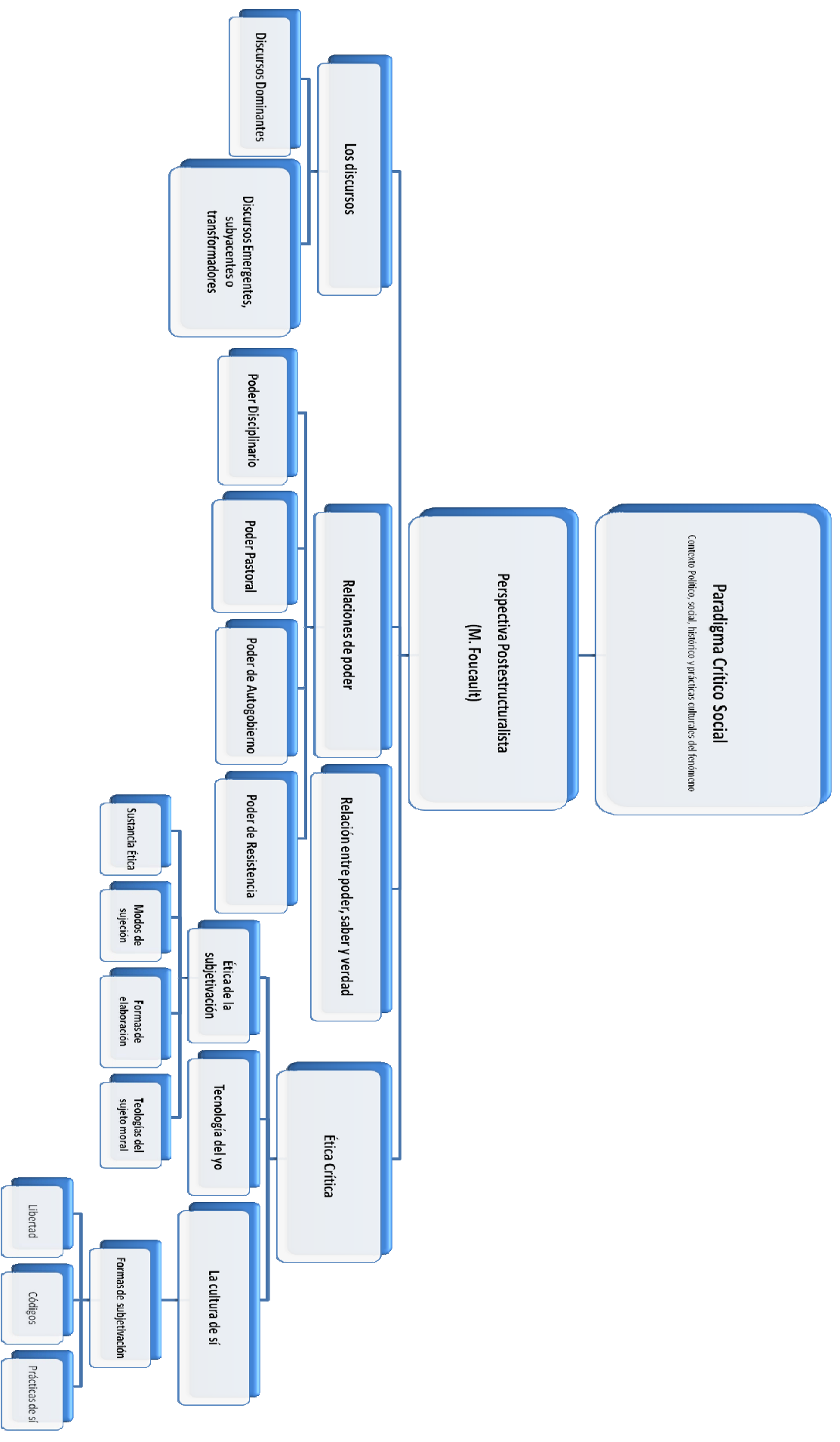
Por ello, se deben analizar los mecanismos y los procedimientos que están presentes en el ejercicio del poder, como las estrategias de normalización, homogenización, las imposiciones, sujeciones, opresiones, la mirada, los tiempos, los espacios y los saberes que operan en las relaciones profesionales y en el entorno de las prácticas profesionales. Esto me proporcionará una visión de qué pautas, reglas y normas rigen dichas prácticas profesionales.

De este análisis, podré visibilizar diferentes tipos de estrategias de poder, desde las de corte más emocional o terapéutico, pasando por aquellas disciplinarias hasta las de autogobierno, o las más autoaplicadas o subjetivizadas.

La perspectiva de la ética foucaultiana me permitirá analizar las relaciones profesionales en base a los códigos que actualmente configuran qué comportamientos están permitidos o prohibidos en la práctica profesional frente a la elección personal no autoritaria ni

unificada que abre una nueva posibilidad de entender la ética. Es decir, analizando los elementos que hacen que la enfermera se aleje de la concepción de valorar una serie de principios por encima del contexto y se encamine hacia una comprensión discursiva de la autonomía del paciente (McGrath, 1998).

En conclusión, considero que esta investigación me permite poner en práctica los elementos que definen la ética foucaultiana o ética de nuestro presente, como nuevo enfoque de la autonomía en la toma de decisiones de los pacientes. El análisis de dicha autonomía a partir de la ética de la subjetivación propuesta, me permite considerar los sentimientos y pensamientos individuales del paciente que constituyen la sustancia ética, en relación con las normas establecidas por la institución sanitaria y la relación con los profesionales que le atienden como constituyentes de los modos de sujeción que tras un aprendizaje, control y lucha contra ellos —trabajo ético— dan lugar a un resultado final de individuo moral.



ESQUEMA 8. Perspectiva y orientación teórica aplicada al fenómeno de estudio.

Capítulo 6

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo hago referencia a la cuestión metodológica, tanto en lo que se refiere al método utilizado como a la conexión con la ontología y epistemología del fenómeno a estudio.

Mi propuesta metodológica surge a partir de la revisión de la literatura y mi posicionamiento como investigador ante el fenómeno. Esto ha sido determinante en el planteamiento de los objetivos, la metodología y las técnicas, así como el análisis del estudio.

6.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes desde la perspectiva de la enfermera a través de la relación de ésta con el paciente y la familia, las relaciones interprofesionales y el sistema sanitario.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la autonomía del paciente en la toma de decisiones desde los factores que la condicionan a través de la perspectiva de la ética foucaultiana.

2. Describir los factores que condicionan la relación de la enfermera con el paciente y su familia, con el equipo de salud y el sistema sanitario.

3. Explorar las implicaciones para la práctica clínica y el impacto en la calidad de los cuidados de la relación de la enfermera con el paciente, la familia, el equipo de salud y el sistema sanitario.

6.3. DISEÑO

El diseño de investigación me situó en el mundo empírico y me permitió ir dando los pasos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos (Denzin & Lincoln, 1994). Si entendemos el diseño como la planificación de las actividades que deben llevarse a cabo para solucionar los problemas o contestar a las preguntas planteadas (Pérez Juste, 1985), este se convierte en un puente entre la cuestión de investigación y la respuesta que se le da.

Por ello, la metodología de investigación que consideré más adecuada a mi posicionamiento como investigador ha sido la cualitativa. Los procesos y los diseños de investigación cualitativa emergen de la reflexión del investigador tras sus primeras aproximaciones a la realidad objeto del estudio. Por lo que, esta metodología me permitió describir el contexto en el que se sitúa el fenómeno y los procesos en los cuáles está inmerso dicho fenómeno (Dey, 1993).

La metodología cualitativa es inductiva, por lo que los conceptos que he extraído de las fuentes analizadas no pretenden evaluar modelos, hipótesis predeterminadas ni teorías preconcebidas (Taylor & Bogdan, 2000) sobre los discursos de las enfermeras. Este trabajo me ha permitido situar a los profesionales, los escenarios de estudio y los grupos analizados en un contexto concreto como es el análisis de la capacidad de autonomía de los pacientes en la toma de decisiones en base a los factores que lo influyen como son la relación de la enfermera con el

paciente y la familia, el resto de profesionales del equipo de salud y el sistema sanitario.

Además, la metodología cualitativa me ha ayudado a ajustar los datos recogidos con los de los propios participantes sin establecer filtros que emanen de conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias (Blumer, 1966). Todos los escenarios o personas analizadas han sido considerados a la vez, similares y únicos. Similares en el sentido de que en cualquier escenario o entre cualquier grupo de personas se pueden hallar algunos procesos sociales de tipo general sobre las relaciones de poder. Son únicos por cuanto en cada escenario o a través de cada informante se puede estudiar del mejor modo, algún aspecto de la práctica profesional (Hughes, 1958). Por lo tanto, la metodología cualitativa me ha aportado una serie de ventajas con respecto a otro tipo de metodología, pues me permitió analizar el fenómeno a estudio con mayor riqueza, profundidad y particularidad en un contexto determinado. Esta metodología, me ha proporcionado herramientas para analizar, comprender y acceder al mundo subjetivo de los profesionales y sus prácticas respecto al cuidado del paciente.

Desde esta metodología cualitativa, y a partir de los referenciales postestructuralistas de la teoría ética del filósofo francés M. Foucault, he realizado un análisis de discurso de dos fuentes, mediante técnicas conversacionales y de análisis textual. Por un lado, he analizado los registros de las observaciones de enfermería incluidas en las historias clínicas de los pacientes y por otro lado, he analizado 10 entrevistas en profundidad a enfermeras. Estas dos fuentes, han determinado las dos fases de desarrollo del estudio. La primera fase, denominada, registros de observaciones de enfermería y la segunda entrevistas a profesionales.

Antes de detallar los materiales y participantes del estudio justificaré brevemente mi elección sobre el método y las técnicas utilizadas en mi propuesta de investigación.

Respecto al método, planteo un análisis de discurso que ofrece un plan riguroso para analizar la producción oral y escrita de fuentes de datos dentro de la práctica y la política profesional (Traynor, 2006; Crowe, 2005; Taylor, 2003; Morse, 2001; Barclay & Lupton, 1999). El análisis de discurso no sólo me ha proporcionado información sobre los significados transmitidos por los textos en el caso de los registros de las observaciones de enfermería y los discursos de los participantes, en el caso de las entrevistas a las enfermeras, sino que me ha permitido identificar los discursos encubiertos, implícitos, que se dan por verdaderos en sus modos de descripción, explicación e interpretación (Hallet et al., 2000). La exploración de mi fenómeno de estudio, mediante el análisis de discurso aborda el uso de una gran variedad de estrategias, desde la descripción y presunción subyacente de los datos que pueden hablar por sí mismos, manteniéndose una cercanía con el dato recogido, a la expansión y extensión de los datos más allá de la narrativa descriptiva. Ésta se ha visto enriquecida por la visión teórica incluida en la investigación y la interpretación del investigador (Wolcott, 1994; Atkinson, 2005).

Respecto a la orientación teórica, el análisis de los resultados a través de la ética foucaultiana ha aportado a esta investigación una importante originalidad. Hasta el momento, el análisis de la autonomía del paciente en la toma de decisiones fuera de la ética principialista actualmente instaurada, no se había realizado. Aporta entonces, un nuevo prisma para comprender los factores que condicionan a los pacientes para que alcance la plena autonomía y se proponen nuevas formas de alcanzarla a través de la propuesta ética de Foucault.

Finalmente, las técnicas utilizadas para la recogida de los datos, que emanan de las fuentes escogidas, han sido: la técnica de análisis textual y documental a través de los registros de las observaciones de enfermería que me ha permitido recoger información sobre los discursos escritos de las enfermeras. Y la técnica conversacional de entrevista semiestructurada individual en profundidad a enfermeras por ser una

técnica para obtener información en profundidad y válida mediante la interacción entre el entrevistado y el entrevistador respecto al fenómeno de estudio. Con esta técnica, he conseguido trasladarme a la realidad de la enfermera, entendiendo y compartiendo los significados de la persona entrevistada (Calderón, 2003). Para el desarrollo de la entrevista he elaborado un guión previo, especificado en el diario de campo, susceptible de ser modificado a lo largo del desarrollo de la misma (Grele, 1990).

6.3.1. Material, participantes y muestra

Como he indicado en el apartado anterior, los datos del estudio se obtuvieron a partir de dos fuentes. En primer lugar, los registros de las observaciones de enfermería incluidos en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna del hospital Can Misses (Ibiza), durante el año 2011. En segundo lugar, las entrevistas individuales semiestructuradas a enfermeras que trabajaban en la unidad de Medicina Interna y Especialidades Médicas del Hospital Can Misses de Ibiza el primer trimestre de 2012.

El Servicio de Medicina Interna y Especialidades Médicas de Can Misses cuenta con una ocupación de pacientes del 92% anual (Memoria Can Misses, 2011) con 32 camas en 16 habitaciones en Medicina Interna y con 28 camas en 14 habitaciones en el caso de Especialidades Médicas. Estos servicios acogen pacientes respiratorios, cardiológicos, infecto-contagiosos, reumáticos, enfermedades sistémicas, oncológicos, terminales, enfermedades nosocomiales, enfermedades endocrinas y en ocasiones pacientes quirúrgicos, traumatológicos e incluso partos y cesáreas. Por esta razón, a lo largo de un año, ha sido posible encontrar varios tipos de pacientes y situaciones en estos servicios. Además estas unidades aglutinan pacientes catalogados como «problema social»¹ por la institución sanitaria en un

1. Se refiere a aquellos pacientes que presentan una escasa o nula red sociofamiliar de apoyo y soporte, acompañada de limitaciones en la autonomía física o psíquica y por lo tanto que precisan de la intervención de los servicios sociales para asegurar su bienestar.

estadío agudo. Estos servicios, en comparación con el resto de unidades son los que más carga asistencial presentan por año y los que mayor diversidad de patologías atiende.

Respecto a los profesionales del servicio de medicina interna y especialidades médicas, podría destacar las siguientes características:

- Enfermeras (23 plantilla fija y aproximadamente 70 eventuales al año) en tres turnos, de mañana (4), tarde (2) y noche (2) con una media de edad de 33 años (Memoria Hospital Can Misses, 2011) y en el caso de la plantilla fija, una experiencia mínima de 5 años en el servicio y de 9 años como profesionales de enfermería. Este perfil de profesionales jóvenes y con experiencia en el servicio, ha sido clave para analizar el discurso y relaciones de poder que se construyen en el cuidado del paciente y la familia.
- Médicos: en este servicio trabajan especialistas de medicina interna, oncología, digestología, endocrinología, inmunología, farmacología, cardiología, reumatología y neumología, lo que me ha proporcionado información variada de qué tipo de relaciones se establecen entre las enfermeras y el resto del equipo de salud.
- Auxiliares de enfermería, en turnos de mañana (4), tarde (2) y noche (1) con una media de edad de 37 años (Memoria Hospital Can Misses, 2011) y con más de 10 años de experiencia en el servicio.
- Celadores, en turno de mañana (1) y tarde —compartido con otros servicios del hospital—.
- Otros profesionales: psicólogo en la Unidad de Cuidados Paliativos que atiende algunas demandas del servicio, trabajadores sociales en horario de mañana ante la alta demanda derivada de los problemas sociales en

este servicio y fisioterapeutas, que atienden a determinados pacientes con dificultades en la movilidad o en proceso de rehabilitación.

Las razones para la selección de la unidad de medicina interna para los registros y medicina interna y especialidades médicas del Hospital Can Misses (Ibiza) para las entrevistas a profesionales son:

- Los servicios con más alta ocupación del hospital. Este hecho que genera distintos tipos de gestión de la carga asistencial, dotación de personal y relación con otros servicios del hospital me ha proporcionado mayor información sobre el fenómeno a estudio.
- Servicios que atienden a pacientes con diversidad de patologías. Esto me ha permitido tener una visión sobre los distintos cuidados que se le proporcionan a los pacientes, dependiendo de su complejidad.
- Servicios con más carga asistencial. Por lo que he podido analizar las posibles tensiones y resistencias a consecuencia de las cargas de trabajo de los profesionales.
- El mayor número de profesionales en plantilla pero con menor ratio enfermera-paciente y mayor diversidad de especialidades implicadas en el cuidado del paciente.

6.3.1.1. Registros de observaciones de enfermería

Los registros de observaciones de enfermería, son documentos en los cuales las enfermeras recogen las valoraciones e incidencias sobre los cuidados y la evolución clínica de los pacientes, atendidos en su práctica clínica. Es decir, en este registro se documentan todas aquellas actividades que la enfermera realiza en su turno de trabajo y que quedan registradas en las historias como fuente de información sobre la evolución de los cuidados proporcionados.

Por lo que, dichos registros, son una fuente documental importante, donde analizar los discursos y las relaciones de poder que constituyen la toma de decisiones de los pacientes y los factores que influyen en dicha autonomía.

Todos los registros de observaciones de enfermería que quedan reflejados en la historia clínica de los pacientes se encuentran incluidos en una herramienta informática de gestión de los cuidados denominada Gacela©. Por esta razón, seleccioné dicha herramienta para asegurar la obtención de la información necesaria. Además esta herramienta permite obtener las observaciones de enfermería sobre los pacientes sin necesidad de conocer los datos personales de los mismos ni de los profesionales implicados, lo que supone una absoluta anonimización de los datos y por lo tanto una garantía para los participantes del derecho a la confidencialidad.

Los registros fueron seleccionados mediante muestreo sistemático. Inicialmente, seleccioné el total de registros del año 2011, para su lectura cronológica de enero a diciembre, de la unidad de medicina interna que fueron más de 60.000. Esta cantidad difícilmente gestionable para un estudio de estas características, planteó una serie de estrategias para la selección definitiva. Estas estrategias fueron: (1) Seleccionar una serie de palabras clave (tabla 9) respecto a los conceptos nucleares del estudio y la revisión de la literatura, que mediante un barrido con el programa ATLAS.ti me dieron una primera aproximación de la saturación del discurso. (2) Seleccionar los meses que mayor cantidad de discurso generaban respecto al fenómeno de estudio. Por ello y teniendo en cuenta los periodos que reunían los criterios de inclusión y exclusión, seleccioné los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2011 (tabla 10). (3) Tras la selección de estos meses, procedí a la exportación de los datos al ATLAS.ti y su categorización y codificación (anexo 3) y (4) posteriormente los sometí a triangulación con el equipo investigador e inicié el refinamiento y sofisticación del análisis de discurso.

CATEGORÍA TEMÁTICA	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS
PACIENTE	Paciente, demanda*, valoración, agita*, negación, rechazo, cuidados, decision*	219
FAMILIA	Familia*, valoración sociofamiliar, hij*, herman*, acompaña*	179
EQUIPO DE SALUD	Médico, auxiliar, trabajador social, asistente social, enfermer*, celador*, especialista, facultativ*, dr	532
SISTEMA SANITARIO	Supervis*, dirección, protocolos, estándar*, organización, servicio, unidad, norma*, espacio*	71

TABLA 9. Concurrencia de las palabras clave en los registros de enero, febrero, marzo y abril.

Los criterios de inclusión y exclusión de los registros de observaciones de enfermería fueron:

Criterios de Inclusión:

- Registros informatizados en el programa de gestión de cuidados Gacela del Hospital Can Misses de Ibiza.
- Historias clínicas de pacientes que hayan estado ingresados en la unidad más de 5 días, tiempo mínimo considerado para que se haya generado mayor significación discursiva sobre la continuidad del cuidado, el equipo y el sistema sanitario.
- Registros de observaciones de enfermería de profesionales y pacientes pertenecientes al servicio de medicina interna del Hospital Can Misses.

Criterios de Exclusión:

- Registros que no pertenezcan a las enfermeras, excluyendo aquellos concernientes a auxiliares de enfermería, médicos residentes y estudiantes de medicina y enfermería.

6.3.1.2. Entrevistas a enfermeras

Mediante un muestreo intencional de un número total de 16 enfermeras en los dos servicios seleccionados, medicina interna y especialidades médicas, únicamente 13 cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas con las cuales se alcanzó el grado de saturación teórica. Tengo que indicar que estas entrevistas no han estado supeditadas al análisis de los registros de enfermería sino que aportaban un mayor rigor a la investigación. Por esta razón las enfermeras entrevistadas actuaron como informadoras clave en el análisis de los discursos y aportaron rigor en el proceso de saturación y codificación de las observaciones de enfermería.

Establecí los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Enfermeras con una experiencia mínima de 5 años, tiempo suficiente considerado para que el profesional tenga cierta destreza en el desarrollo de los cuidados de enfermería.
- Enfermeras con una permanencia mínima de 3 años en medicina interna y especialidades médicas del hospital, el tiempo suficiente para conocer el funcionamiento y la estructura de esta unidad y de los profesionales implicados en el equipo.
- Que aceptasen participar y firmasen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Enfermeras que sean eventuales, con permanencia en el servicio inferior a 3 años o que pertenezcan a un servicio diferente al indicado pero que desarrollasen algún tipo de apoyo a la unidad.

6.3.2. Recogida de los datos**6.3.2.1. Registros de observaciones de enfermería**

Los registros de las observaciones de enfermería de las historias clínicas fueron almacenados en una base de datos a partir de la cual se ha desarrollado el análisis preliminar. El primer paso de la recogida de datos consistió en la lectura literal de los registros. Se le asignó un código cifrado a cada paciente y profesional correspondiendo a los registros realizados, posteriormente se clasificaron por el mismo número de registro, para asegurar así los criterios de inclusión y exclusión. Esta primera lectura me permitió generar una serie de intuiciones preliminares sobre los discursos presentes en las observaciones de un mismo paciente y facilitar la detección del alcance del grado de saturación teórica del análisis de discurso de los mismos (Glaser & Strauss, 1967). A partir de ahí desarrollé las estrategias de selección de registros, mencionada anteriormente.

6.3.2.2. Entrevistas a enfermeras

Este tipo de técnica conversacional supuso una serie de consideraciones respecto a mi posicionamiento como investigador. Por esta razón, realicé un análisis previo sobre el efecto que como investigador pudiese causar en los diálogos con las entrevistadas. Se produjo entonces, una interacción con los informantes no intrusiva, ni directiva (Emerson, 1983), sino comprensiva en el marco de referencia de los participantes, observando la realidad tal y como ellas la experimentaban y cómo veían el fenómeno de estudio (Blumer, 1969). Aunque la investigación implicaba un conocimiento personal y de experiencias

de los que intervienen en el fenómeno de estudio, no di por sobrentendido ningún comentario (Bruyn, 1966), y consideré todas las perspectivas de los participantes como valiosas, no buscando «la verdad» o «la moralidad» (Burgess, citado por Shaw, 1966).

La entrada en el campo se realizó en parte, a través del proyecto financiado por la Cátedra de Cuidados Avanzados del Colegio Oficial de Enfermería de las Illes Balears, mediante una serie de pasos: (1) contacto, mediante visita a la unidad de las enfermeras de medicina interna y especialidades médicas, de un miembro del equipo de investigación, que invitaba directamente a éstas a participar en el estudio si cumplían los criterios de inclusión y no de exclusión. En ese momento se les entregaba la hoja de información del participante y el consentimiento informado. (2) Días después, se contactaba con ellas y si aceptaban participar, entregaban el consentimiento firmado y se recogían datos personales y disponibilidad horaria. (3) Posteriormente, como responsable de la investigación, mediante contacto telefónico confirmaba su aceptación y acordaba la fecha y lugar de realización de la entrevista. (4) Finalmente, se recordaba un día antes, la cita acordada y se realizaba la entrevista. La entrevista se realizó en una sala de reuniones de la sede en Ibiza de la Universitat de les Illes Balears.

Todo el proceso de recogida de datos, tanto en las entrevistas como en los registros, ha estado acompañado por la elaboración de un cuaderno o diario de campo, desarrollado en el último apartado de este capítulo, donde he recogido las incidencias, impresiones e intuiciones que fueron apareciendo en el desarrollo del trabajo de campo.

La recogida de datos se realizó mediante una grabación digital doble en presencia de un observador, miembro del equipo de investigación, que recogía datos sobre aspectos del metalenguaje, posiciones, gestos, etc. La duración mínima de entrevista fue de 34 minutos y la máxima de 68 minutos. Una vez obtenida la grabación, la incorporaba a la base de datos de la investigación de uso único y exclusivo por los miembros del equipo. Tras la comprobación de los audios en cuanto a aspectos de

volumen y claridad, se entregaban a la transcriptor que previamente había firmado un compromiso de confidencialidad sobre los datos. Tras la transcripción, comprobaba cada una de las entrevistas con el audio para evitar la pérdida de información. Para asegurar la anonimización de los datos, cada transcripción fue revisada, sustituyendo por símbolos los nombres de personas o lugares. A partir de este momento, asignaba cada entrevista a una unidad hermenéutica del programa de análisis cualitativo ATLAS.ti.

6.3.3. Análisis de los datos

El proceso de análisis se ha integrado como una actividad reflexiva que ha influido en toda la recolección de los datos (Coffey & Atkinson, 2005). Esto ha exigido que el análisis no haya sido únicamente codificación, elaboración de índices, agrupar o recuperar datos. Sino que además ha supuesto un proceso de conexión de la revisión de la literatura y la perspectiva teórica propuesta (Coffey, 2005).

Para ambas fuentes de datos, he llevado a cabo un análisis de discurso. Dicho análisis es considerado parte de un estudio cualitativo de coherencia discursiva, hablada y textual, en un cierto contexto social, donde el uso individual del lenguaje construye diferentes versiones de este contexto social (Potter & Wetherell, 1987). Un análisis que explora las expresiones del contexto y del fenómeno a estudio.

El análisis de discurso es usado como término paraguas, como un método de investigación que ofrece diferentes paradigmas con diversas orientaciones teóricas y metodológicas (Crowe, 2002; Horsfall & Cleary, 2000; Hammersley, 1997; Harper, 1994). Desde la orientación teórica propuesta en este estudio, se ha explorado la capacidad del paciente en la toma de decisiones autónoma y como ésta se ha configurado en el contexto sanitario determinado por tres factores: la relación de la enfermera con el paciente y la familia, con el equipo de salud y con el sistema sanitario. Es decir, como dicho fenómeno ha llegado a construirse social e históricamente

(Cheek, 2004). Por lo que, la finalidad del análisis de discurso, tanto de los registros de observaciones de enfermería como del material de las entrevistas, no ha sido crear categorías explicativas esencialistas, sino capturar discursos y relaciones de poder dominantes y emergentes (Miró Bonet, 2009).

Me gustaría destacar, que el análisis de discurso no se ha considerado lineal sino entrelazado con las operaciones a lo largo del proceso de análisis, lo cual ha permitido respetar el carácter holístico de la investigación (Amezcuca & Gálvez, 2002; Cheek, 2004; De Andrés, 2000, Parker, 1992).

De los registros de observaciones de enfermería y las transcripciones de las entrevistas, así como de las anotaciones del diario de campo, extraje las primeras «intuiciones preanalíticas», que me proporcionaron el hilo conductor de análisis de las perspectivas discursivas que subyacían de los textos. Estas primeras intuiciones se consideraron como conjeturas, intentos de configurar el sentido del texto y el sentido verbal del mismo (Ricoeur, 1995). El análisis discursivo reconstruyó el sentido del texto de lo particular a lo general.

A partir de aquí, procedí a un análisis sistemático de los registros, elaborando un informe de los resultados. Este análisis sistemático incluyó la selección y codificación de los datos obtenidos, la vinculación con la orientación teórica, la interpretación y la extracción y verificación de conclusiones.

Como ya he descrito anteriormente, la selección y codificación se realizó a medida que se leía, releía e interpretaba de forma preliminar las observaciones, a partir de las cuales sugirieron asociaciones, hipótesis o aspectos a destacar. Se realizaron anotaciones en el texto, subrayándolo y desarrollando dichas aclaraciones mediante las herramientas de codificación del programa ATLAS.ti. Estas anotaciones adoptaron formas muy diversas, que me permitieron crear posiciones discursivas, de las que sugirieron líneas de análisis o interpretación a partir del marco teórico.

La vinculación e interpretación junto a la de extracción de conclusiones, consistió en la interpretación de las transcripciones como trabajo de pensamiento que se asienta en descifrar el sentido oculto del sentido aparente, en desplegar los niveles de significación implicados en la significación literal (Ricoeur, 1995). Esta tarea exigió un respeto esencial a la literalidad antes de poder pasar a un plano más abstracto de la interpretación.

6.4. ESTRATEGIAS DE RIGOR METODOLÓGICO

Los criterios utilizados para evaluar la calidad de mi estudio fueron la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad (Morse, 1994).

El grado de certeza de mi investigación que aseguraría la credibilidad, se basó en la observación prolongada de los datos, en la participación con los informantes y en la situación en la cual el conocimiento generado es la experiencia vivida por los estudiados. Credibilidad se refiere a la «verdad» conocida, sentida y experimentada por las participantes (Leininger, 1996).

Para cumplir con este criterio se llevó a cabo un proceso de triangulación con el equipo de investigación de las fuentes analizadas: los registros de observaciones de enfermería y de las entrevistas (Pope, 2001). Además, las entrevistas fueron leídas de nuevo, por algunas entrevistadas para comprobar su literalidad. Es importante tener en cuenta que las enfermeras son las que conocen su contexto, el cual puede ser diferente al contexto que yo percibiese como investigador. En este sentido, las enfermeras entrevistadas pudieron corregir los errores de transcripción y así asegurar la credibilidad de las conclusiones e interpretaciones.

El segundo elemento del rigor metodológico usado ha sido la auditabilidad, llamada por otros autores como confirmabilidad. Durante las entrevistas obtuve una serie de afirmaciones directas y a menudo repetidas de lo que como investigador había

escuchado, visto o experimentado con relación al fenómeno estudiado. La aplicación de este criterio implicó que cada miembro del equipo de investigación siguiese la pista o la ruta de lo que se había interpretado (Guba & Lincoln, 1981). Para ello fue necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que se fueron tomando en el equipo investigador en relación al estudio. Además, esta estrategia me permitió que otro investigador examinara los datos y se llegasen a contrastar perspectivas similares.

En relación con este punto, y como se ha puesto de manifiesto en los apartados anteriores, en este estudio la auditabilidad se aseguró a través de un registro exhaustivo y mediante la creación de una base de datos con la codificación de los registros seleccionados y no seleccionados para que el resto de investigadores así como los directores de este proyecto pudiesen identificar de una forma eficaz los hallazgos sobre el fenómeno de estudio. Respecto a la estrategia de análisis, las intuiciones preliminares anotadas que surgieron de los datos obtenidos se acompañaron con las que otros investigadores expertos hicieron a lo largo del proceso de análisis.

Otro de los criterios de rigor metodológico que apliqué al estudio fue la transferencia, que se refiere a la medida en que determinados hallazgos de un estudio cualitativo puedan ser transferidos a otro contexto similar preservando los significados particularizados, las interpretaciones e inferencias del estudio realizado. Partiendo de la premisa de que una investigación cualitativa no tiene por objeto producir generalizaciones, este estudio ha generado conocimiento sobre la autonomía del paciente en la toma de decisiones, según se constatará en la discusión de esta tesis. Así se cumple con lo propuesto por Leininger (1994) que plantea que el criterio de transferencia implicaría que, en contextos muy similares, fuese posible una generalización simple de los hallazgos de una investigación.

Respecto a este criterio, Guba y Lincoln (1981) indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados en otro contexto. Este criterio ha sido aplicado en tanto

que se ha realizado un estudio completo sobre el contexto social y cultural en un momento determinado, donde se describe el fenómeno a estudio y se ha definido de forma clara en este trabajo.

Morse et al. (2002) plantean que además de estos criterios de rigor metodológico mencionados anteriormente, se deberían utilizar como estándares de rigor científico, la confiabilidad y la validez, por tres razones: *a)* La validez y la confiabilidad son estándares de rigor científico independientemente de los paradigmas que orientan la investigación porque el objetivo fundamental de toda investigación es encontrar resultados plausibles y creíbles, cuestión que se alcanza en este estudio; *b)* rehusarse a utilizar los estándares de validez y credibilidad conduce a la marginalización de la investigación cualitativa del paradigma científico predominante. Es decir, se está contribuyendo a fortalecer la noción de que la investigación cualitativa es inválida, no confiable, falta de rigor y por tanto no científica; y *c)* los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad propuestos por Guba y Lincoln (1981) enfatizan en la evaluación del rigor científico al finalizar la investigación, lo cual tiene el riesgo de que el investigador no identifique las amenazas contra la validez y confiabilidad del estudio y las corrija durante el mismo.

Por este motivo, las estrategias de verificación en esta investigación han sido: (1) La creatividad, sensibilidad, flexibilidad y habilidad para «responder» a lo que ha sucedido durante el desarrollo de la investigación; (2) la coherencia metodológica. Es decir, con la selección de dos fuentes de información se ha asegurado alcanzar los objetivos propuestos; (3) el muestreo apropiado, intencional en el caso de las entrevistas y sistemático en el caso de los registros, que ha garantizado una saturación efectiva y eficiente de las categorías con información de calidad óptima y mínimo desperdicio; (3) la recolección y el análisis de información concurrentes que ha logrado la interacción entre lo que se conoce y lo que se necesitaba conocer según el planteamiento de esta investigación; y (4) la saturación de la información, que se alcanzó con la redundancia en la información obtenida y las posiciones discursivas encontradas.

6.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El fenómeno analizado en este trabajo ha podido ser estudiado en profundidad con una metodología cualitativa por su complejidad discursiva (Popper, 1977). Esta complejidad requiere un paradigma sistémico y una metodología esencialmente crítica en todas sus fases, que dada la intrincada trama de variables que la conforman se vuelve absolutamente indispensable un examen a lo largo de todo el proceso de investigación. Para la perspectiva fenomenológica y por lo tanto para la investigación propuesta es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan (Blumer, 1969). Y aunque los resultados de este estudio no son generalizables si son transferibles a contextos que compartan similitudes sociales, demográficas y culturales a los expuestos.

Este trabajo de investigación puede presentar una serie de limitaciones relacionadas con la orientación, perspectiva teórica y la técnica de recogida de datos.

Respecto a la orientación teórica, ante la ausencia de estudios a nivel nacional y la escasez a nivel internacional que relacionen la perspectiva de la ética foucaultiana con la autonomía en la toma de decisiones del paciente, no ha sido posible establecer un nuevo modelo ético comparando con investigaciones al respecto en contextos similares.

Esta investigación cuenta con una restricción voluntariamente escogida, pues he dejado al margen el género. Teniendo en cuenta que éste estudio se focaliza en las relaciones de poder y no específicamente en el perfil de los profesionales en el modelo sanitario que hasta ahora es médico-hombre y enfermera-mujer.

En relación con las limitaciones particulares de la técnica de recogida de datos de los registros de las observaciones de enfermería, destacar que por tratarse de una fuente documental muy amplia, con textos escuetos y poco estructurados, he establecido una estrategia de selección con el fin de asegurar el análisis de discurso contextualizado en el entorno clínico. Esta selección ha supuesto la circunscripción a

determinados meses el año y la discriminación de aquellos registros que no aportasen, por su estructura gramatical, información relevante al fenómeno de estudio.

6.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones ética en cualquier tipo de investigación son fundamentales para asegurar aspectos como confidencialidad, autonomía, derecho a la información y buenas prácticas clínicas (Gracia, 2001). Sin reunir una serie de características tanto éticas como metodológicas, una investigación no será útil para la comunidad científica ni repercutirá de forma beneficiosa en la población a estudio (Potter, 1999).

En este sentido y partiendo del derecho natural de todo individuo a que se le respeten determinadas esferas de su intimidad, esta investigación ha contado con fuentes y datos —registros de observaciones de enfermería y entrevistas a enfermeras— completamente anonimizados, de los datos personales del paciente y de los profesionales a quienes correspondían. Para asegurar este hecho, se solicitó la autorización del Hospital Can Misses de Ibiza (anexo 4). Además, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de las Illes Balears (anexo 5).

Con respecto a las entrevistas a los profesionales y las grabaciones correspondientes y diario de campo, como investigador principal conocía la unión de códigos entre cada entrevista grabada y una vez transcritas los archivos digitales de las grabaciones fueron desechadas. Además, los participantes del estudio, habían recibido información sobre la investigación y firmaron un consentimiento informado elaborado para dicho estudio (anexo 6).

Se aseguró en materia de protección de datos, la legislación vigente, tanto la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal como la Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Por lo que los participantes tuvieron y tienen el derecho de poder solicitar el acceso, cese y

cancelación de la información hasta ese momento recogida, siempre y cuando no hubiese sido anonimizada completamente.

Los resultados de este estudio no han vinculado a los profesionales ni los pacientes de forma directa y han sido y serán publicados, tanto los resultados positivos como los de carácter negativo.

No ha existido ningún conflicto de intereses entre los participantes e investigadores del estudio y en todo momento he velado por las implicaciones éticas del estudio.

Finalmente, cabe destacar que no se ha creado ninguna base de datos con información personal de los participantes, sí únicamente una hoja electrónica de recogida de datos para la organización sistemática de los mismos. Por esta razón no se ha precisado de la comunicación a la Agencia Española de Protección de Datos.

6.7. DIARIO DE CAMPO

El diario de campo del investigador registra la manera en que éste se implica en el proyecto, cuáles son sus decisiones y reflexiones y cómo ha sido el proceso investigador; mostrarlo, ayuda a identificar desde donde hablan los textos. Es importante incorporar al *habitus* científico la reflexión de la posición del autor y abandonar de esa manera, la visión de que todos los científicos escriben desde la misma posición (Robles, 2000). Esta autora considera los prólogos, prefacios, agradecimientos y notas, medios para forjar una idea de la posición desde la que habla el autor. El diario de campo, como apunta Geertz (1989) en su obra *El antropólogo como autor*, documenta el proceso de investigación y no el producto.

En este trabajo, he mantenido un diario de campo para describir los pasos y las decisiones tomadas durante el desarrollo de la investigación de las fuentes

analizadas, los registros de las enfermeras y las entrevistas en profundidad a enfermeras.

6.7.1. Registros de las observaciones de enfermería

Inicialmente me planteé el análisis de los registros de las observaciones de enfermería de las historias clínicas de los pacientes, como fuente que me permitiría describir cómo se configuraba en el discurso escrito, la autonomía en la toma de decisiones de los pacientes. Dicho interés surge de mi formación como documentalista clínico, que me despertó la curiosidad sobre cómo eran usados los registros por las enfermeras y qué conflictos éticos podrían subyacer de esta fuente.

Son estas las razones las que me impulsaron a escoger una técnica documental que analizara los discursos de las enfermeras sobre los factores que influyen y determinan la capacidad de autonomía del paciente en la toma de decisiones. Dicha técnica me ha aportado la narrativa de los textos en un orden temporal, con argumentaciones claves para el análisis de la relación de la enfermera con el paciente y la familia, las relaciones interprofesionales y el impacto del sistema sanitario en la práctica clínica.

Una vez obtenidos los permisos y autorizaciones pertinentes en el Hospital Can Misses de Ibiza y el Comité Ético de Investigación Clínica de las Illes Balears, inicié el proceso para solicitar a la unidad técnica de informática del centro, los comentarios de enfermería del sistema de gestión de cuidados Gacela, del año 2011 de la unidad de medicina interna.

Con el formato electrónico anonimizado de los comentarios de enfermería sobre la evaluación clínica de los pacientes, procedí a la revisión del material y a la selección de los profesionales y pacientes según los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el diseño metodológico de mi investigación. En la siguiente tabla se

expresa el proceso documental de selección de las fuentes de registro obtenidas del primer cribaje realizado.

REGISTROS	MES	REGISTROS INCLUIDOS POR CRITERIOS DE INCLUSIÓN		REGISTROS EXCLUIDOS POR CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		TOTAL SELECCIONADO FASE I
		Experiencia > 3 años	Ingresos > 5 días	Experiencia < 3 años	Ingresos < 5 días	
9.103	Enero 2011	9.103	9.103	0	0	9.103
8.037	Febrero 2011	8.037	8.037	0	0	8.037
8.820	Marzo 2011	8.820	8.820	0	0	8.820
8.821	Abril 2011	8.821	8.821	0	0	8.821
7.906	Mayo 2011	3.912	3.912	3.221*	773**	3.912
11.744	Junio 2011	856	856	7.233*	3.655**	856
13.929	Julio 2011	774	774	4.899*	8.256**	774
11.192	Agosto 2011	308	308	1.006*	9.878**	308
9.962	Septiembre 2011	2.521	2.521	5.623*	1.235**	2.521
10.996	Octubre 2011	6.987	6.987	3.210*	789**	6.987
9.379	Noviembre 2011	7.036	7.036	1.211*	566**	7.036
11.204	Diciembre 2011	4.309	4.309	6.253*	321**	4.309
TOTAL						61.484

*Debido a las vacaciones del personal fijo del servicio de medicina interna, no se cubría el criterio de mínimo de experiencia en el servicio de 3 años.

**Debido al periodo estival, los pacientes no permanecían en el servicio más de 5 días, al ingresar en Medicina Interna por patologías agudas.

TABLA 10: Proceso documental de selección de los registros según meses del año 2011.

En la tabla, se destaca que se produce un cambio en el número de registros que afectan a los criterios de inclusión y exclusión previstos a partir del mes de abril. Debido a ello, me puse en contacto con la dirección y la supervisión del centro para conocer las causas de dicho cambio y tras la consulta verifico que esta situación se debe a dos factores claramente diferenciados. Por un lado, los criterios que se refieren a las enfermeras del servicio, que a partir del mes de abril inician periodos

de vacaciones y son sustituidas por personal eventual sin experiencia mínima de tres años en el servicio. Además, las enfermeras que actúan como refuerzos de personal con contratos muy breves, por las cargas de trabajo debido al aumento de la población en Ibiza en periodos estivales, se identifica como otra causa del mencionado cambio. Por otro lado, en referencia al criterio de los pacientes ingresados al menos cinco días, que a partir del mes de abril y sobre todo durante los meses de verano, cambian las patologías de ingreso, con episodios más agudos y que por sobrecarga de otros servicios, pasan al de medicina interna. Todo ello explica que disminuyan los registros seleccionados en esta primera fase según los criterios establecidos y justificados en el planteamiento metodológico.

De la cantidad total de registros seleccionados en la primera fase, se obtuvo un número difícilmente gestionable para el análisis de discurso. Por esta razón, se plantearon una serie de estrategias para la selección de los registros, tal y como se especifican en el apartado 6.3.1.1. de la metodología.

Durante el proceso de análisis de discurso surgieron una serie de aspectos que tuvieron que ser sometidos a debate. Al tratarse de registros muy escuetos y descriptivos, se decidió que aquellos que hacían referencia a valores puramente clínicos como son las constantes vitales, pruebas diagnósticas o actividades delegadas, serían incluidos en una tabla general como anexo 7 de la tesis. Por lo que su análisis incluiría las implicaciones de dichos registros en los factores que impactan en la autonomía del paciente en la toma de decisiones.

Además, por el número de registros tan elevado, se decidió que únicamente se reflejasen en este trabajo, aquellos registros que representaban la posición discursiva del análisis realizado y no el total de los mismos.

He de destacar, la gran complejidad que me supuso la codificación de los registros por ser una fuente donde no existían referencias en la literatura científica. Este aspecto permitirá abrir futuros campos de investigación.

6.7.2. Entrevistas a enfermeras

Aconsejado por varios expertos en metodología, me propuse escoger otra fuente de análisis que me permitiese analizar el discurso de las enfermeras, no con el único objetivo de ampliar la información de los registros, sino también para comparar un discurso escrito como son los registros, con el obtenido mediante entrevista en profundidad de las propias enfermeras sobre el fenómeno a estudio.

La entrada al campo consistió en varios pasos. Primero me puse en contacto con el responsable de formación e investigación de enfermería del centro, el cual me proporcionó los datos de los profesionales de los servicios de especialidades médicas y medicina interna. Se escogieron estas dos unidades por tener características similares así como, por ser afines a los registros analizados.

En segundo lugar, contrasté sus datos con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el diseño de investigación, que fundamentalmente se referían a la experiencia de las enfermeras en el servicio superior a tres años. De los profesionales existentes, cumplían dichos criterios, trece enfermeras de las dieciséis totales.

Para establecer un primer contacto con las enfermeras, un miembro del equipo de investigación, realizó visitas a los servicios. De forma individualizada, se le explicó a cada candidata el estudio y la posibilidad de incluirla en el mismo. De las trece enfermeras posibles, mostraron su interés diez, por lo que se procedió a dar la información completa y se le entregó el consentimiento informado. En ese mismo encuentro, se obtuvo el teléfono de la enfermera y de forma personal, se contactó con ellas para fijar día y hora para la realización de la entrevista. He de destacar la predisposición de la mayoría de

los profesionales a participar y la adaptación a las fechas propuestas, ya que yo debía desplazarme desde Palma de Mallorca hasta Ibiza para realizar las entrevistas.

El guión de la entrevista se elaboró, a partir de los objetivos del estudio y las categorías temáticas surgidas durante la revisión de la literatura. El guión fue enviado para revisión al equipo de investigación, que planteó una serie de modificaciones iniciales para clarificar algunos aspectos de la entrevista. Se programaron en primer lugar dos entrevistas a enfermeras en enero de 2012 de servicios similares de otro centro hospitalario para pilotar dicho guión. De este pilotaje se modificaron algunas preguntas por generar dificultades en la comprensión y respuesta. De este modo quedó establecido el guión definitivo, teniendo en cuenta que la técnica de entrevista semiestructurada en profundidad me permitió adaptarlo al contexto concreto de cada entrevistada (tabla 11).

Relación de la enfermera con el paciente y la familia
1. ¿Cómo es, en general, tu relación con el paciente?
2. ¿Cuál es tu rol como enfermera con el paciente?
2.1. ¿Qué protagonismo tiene (el paciente) en los cuidados?
2.2. ¿Cómo defines una buena relación con el paciente?
3. ¿Has tenido dificultades en la relación con el paciente?
4. ¿Cómo crees que impacta (que te influye) en tu trabajo la relación que tengas con el paciente?
5. En general, ¿cuál es tu relación con la familia?
5.1. Tu relación con la familia, ¿modifica el tipo de relación con el paciente?
Relaciones interprofesionales
6. ¿Qué es para ti trabajar en equipo?
7. ¿Cómo definirías tu relación con el resto de miembros del equipo que trabajáis juntos en la misma unidad?
8. ¿Qué papel (rol) crees que juega cada miembro del equipo en el cuidado (atención) del paciente?
8.1. ¿Quién toma las decisiones sobre el cuidado del paciente?
9. ¿Qué límites crees que te marca el equipo (en tu relación con el médico, la auxiliar, el resto de compañeros/as en tu actividad (trabajo)?

Sistema sanitario
10. ¿Comenta la dinámica de trabajo que hay en tu unidad o servicio?
11. ¿Cómo definirías tu relación con tu supervisora, la dirección de enfermería, jefe de servicio...?
12. ¿Qué opinión tienes sobre el funcionamiento del sistema sanitario?
13. ¿Cómo crees que la organización de tu unidad y del hospital afecta a tu trabajo como enfermera/o?
13.1. ¿Cómo definirías el modelo de gestión de tu servicio u centro?
13.2. ¿Qué objetivos persigue tu centro?

TABLA 11. Guión de la entrevista.

Para llevar a cabo las entrevistas se eligió un lugar que fuese cómodo, sin ruidos ni distorsiones externas, ajeno al centro hospitalario, para generar un clima adecuado para la entrevista.

La recepción de cada una de las entrevistadas se realizó en la entrada de la universidad. Una vez en la sala de entrevista, realicé una introducción sobre en qué consistiría la entrevista, el tiempo aproximado de duración y comentarios finales, así como el papel que jugaría la presencia de un observador. Al inicio de cada entrevista se recogieron los datos sociodemográficos de los participantes (tabla 12).

ENFERMERA	EDAD	UNIDAD	AÑOS PROFESIÓN	AÑOS EN LA UNIDAD	SITUACIÓN LABORAL
E1	37	EME	11	5	Fija
E2	29	EME	9	6	Interino
E3	34	MIR	13	5	Interina
E4	50	EME	28	19	Fija
E5	54	EME	17	24	Fija
E6	39	EME	18	6	Fija

ENFERMERA	EDAD	UNIDAD	AÑOS PROFESIÓN	AÑOS EN LA UNIDAD	SITUACIÓN LABORAL
E7	35	MIR	12	3	Comisión de servicios
E8	37	MIR	10	3	Interino
E9	45	MIR	12	7	Interina
E10	31	MIR	9	5	Interino

TABLA 12. Datos sociodemográficos de los participantes.

Después de cada entrevista, junto con el observador, anotamos las percepciones sobre la misma y las intuiciones preliminares sobre los discursos de las entrevistadas.

Respecto al desarrollo de las entrevistas, he de destacar que algunas participantes acudían a la cita, después de trabajar en el turno de noche, cuestión que permitió que el discurso se viese enriquecido, por la inmediatez de las experiencias percibidas por las enfermeras y la gran cantidad de ejemplos descritos. Aunque en algunas de ellas, se observaban signos evidentes de cansancio y en alguna ocasión ralentizó la entrevista, no se observaron consecuencias negativas en la recogida de los datos.

Dos entrevistas resultaron complejas, por limitaciones en las habilidades comunicativas o dispersión excesiva en el discurso, que en este caso, precisaron del uso de varias tácticas como facilitación-animación, reafirmar y repetir preguntas, clarificación de los conceptos preguntados y recapitulación. Por lo general, en todas las entrevistas se generó un clima de confianza y un discurso fluido.

Algunos temas expuestos durante la entrevista, como el trabajo en equipo o la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes, provocaban un lenguaje no verbal de cierta tensión y nerviosismo, con gran cantidad de gesticulaciones.

Tras cada una de las entrevistas, se entabló una conversación con la entrevistada sobre cómo se había sentido. La valoración general al respecto, fue positiva o muy positiva, considerando necesario realizar este tipo de investigaciones.

Una vez finalizadas las entrevistas, procedí a la revisión del material de grabación para iniciar la transcripción de las mismas. Para la transcripción del material se contó con una socióloga experta en transcripciones que permitió una reproducción en texto de las entrevistas, la cual firmó un compromiso de confidencialidad. Se decidió en el equipo de investigación, que las transcripciones contasen con todos los elementos (tabla 13) así como con las preguntas del entrevistador.

ELEMENTO	TRANSCRIPCIÓN
Silencio > 3 segundos	(Silencio)
Silencio < 3 segundos	...
Risa del entrevistado	(Ríe)
Risa del entrevistado/entrevistador/observador	(Ríen)
Coletillas en el discurso	Transcripción literal
Actitud dubitativa	(Duda)

TABLA 13. Elementos de transcripción.

Una vez entregado el material de transcripción, se revisó con las grabaciones para detectar posibles errores. A partir de aquí se inició el proceso de análisis de las entrevistas. La triangulación consistió en la entrega de cuatro entrevistas transcritas a cada miembro del equipo de investigación y tres reuniones para su puesta en común. Debo destacar que el análisis inicial se realizó de forma inductiva sin categorías ni códigos preestablecidos, aunque se tomó como referencia las temáticas descritas en la revisión de la literatura y los objetivos planteados en el estudio.

En la primera reunión cada miembro del equipo de investigación planteó sus intuiciones preliminares sobre los discursos que aparecían en base a los objetivos del estudio. Se inició de esta forma, la elaboración de determinadas categorías que englobasen dichos discursos y se realizó una aproximación de los códigos de cada categoría según las diferentes posiciones discursivas. En esta primera reunión se alcanzó consensos sobre las categorías y códigos principales y sus definiciones iniciales.

En la segunda reunión se procedió a un análisis más refinado de los códigos, incluyendo aspectos que no hubiesen quedado reflejados en el análisis preliminar. Además de poner a debate las dudas surgidas durante el proceso de análisis, se indicaron aquellos fragmentos textuales transcritos de las entrevistas más significativos, que podrían representar cada uno de los códigos establecidos. A esta reunión, se invitó a una experta en el ámbito de la gestión de recursos sanitarios para aclarar elementos relacionados con la categoría de sistema sanitario, a la que previamente se le habían proporcionado dos entrevistas. Los comentarios recogidos de esta experta, aumentaron el rigor metodológico de la investigación y proporcionó elementos clave para su posterior categorización.

En la tercera reunión, tras un proceso más exhaustivo de codificación a través de la herramienta informática de ATLAS.ti, se configuró el segundo esquema de categorías y códigos (anexo 3) con los verbatim correspondientes a cada uno de ellos. Se decidió, que la categoría inicialmente incluida de la capacidad de autonomía del paciente en la toma de decisiones, refundirla con el resto, por su relación inseparable en cada uno de los factores que la determinaban.

A continuación, inicié la fase de análisis de discurso refinado y sensible. Este proceso me ha permitido dividir cada código en diferentes posiciones discursivas ante el fenómeno de estudio, así como configurar una serie de relaciones —de asociación, causales y transitivas— entre los diferentes códigos basados en los factores determinados por los estudios realizados al respecto según la revisión de la literatura.

Finalmente, decidí, según la homogeneidad de las participantes y las diferencias halladas, clasificarlas por categorías demográficas tal y como se especifican en el anexo 8.

Tendría que destacar algunos aspectos de todo este proceso de análisis que considero relevantes. Por un lado, incidir en la necesidad de la triangulación y consulta a expertos que me han permitido profundizar y tener una visión más amplia del fenómeno, lo cual ha enriquecido la potencialidad de este estudio. Por otro lado, el manejo del ATLAS.ti me ha facilitado la gestión de los datos, sin que éste programa tenga la intención de sustituir el análisis de discurso realizado.

El proceso de aprendizaje en análisis ha sido, a nivel personal, extraordinario y me ha servido para ir creciendo a la vez que iba descubriendo el fenómeno de estudio. Mi sensación final, es que hasta que no se escucha a los profesionales, en este caso, a las enfermeras, no somos conscientes de los factores que realmente están incidiendo en su práctica profesional y son estos factores, los que nos ayudan a transformar la realidad, visibilizando determinados discursos dominantes que limitan la capacidad de toma de decisiones de los pacientes en sus cuidados.

Capítulo 7

RESULTADOS

Este capítulo divide los resultados, por un lado, de los registros de las historias clínicas de los pacientes y por otro, de las entrevistas a enfermeras. En cada fuente analizada aparecerá la categoría, los códigos y la definición de los mismos con los verbatims más representativos.

En el anexo 3 se puede consultar la relación completa de las categorías y códigos de ambas fuentes de información analizadas.

7.1. REGISTROS DE ENFERMERÍA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES

El análisis de esta fuente me ha permitido evidenciar las características singulares de la construcción del discurso de las enfermeras sobre la evolución clínica de un paciente. El conjunto de los registros de enfermería son, en su mayoría, escuetos, poco estructurados, centrados en parcelas clínicas del paciente y sin conexión unos con los otros. Dependiendo del estilo narrativo de la enfermera, aparecen más o menos signos de puntuación, separaciones, uso de mayúsculas, así como polisemias, sinonimias u homonimias. La estructura del discurso también evidencia la facilidad o dificultad para expresar determinadas situaciones y el mayor o menor interés de la enfermera por elaborar dichos discursos.

Las categorías elaboradas a partir del análisis de discurso de los registros han sido: Ser paciente; la familia, extensión instrumental de la enfermera en los cuidados; el poder del equipo de salud en la toma de decisiones del paciente; instrumentalización del sistema sanitario en la autonomía del paciente y competencias de la enfermera como límite en el poder de decisión de los pacientes.

7.1.1. Ser paciente

Se evidencia que la enfermera prefiere un paciente sumiso y pasivo. De ahí que se conceptualicen fundamentalmente dos tipos de pacientes. El primero, un paciente como objeto de los cuidados, descrito como colaborador y participativo, y con escasa capacidad en la toma de decisiones. El otro paciente, aquél que genera malestar por su intento de tomar decisiones sobre sus cuidados, lo que conlleva a la negación frente a determinadas intervenciones o al inconformismo por la atención percibida. Un número reducido de registros describen otros pacientes caracterizados por su situación clínica y sociofamiliar que son calificados como agitados o con problemas sociales.

7.1.1.1. Buen paciente según la enfermera

Como si de un despotismo ilustrado se tratase, la relación entre la enfermera y el paciente se basa en la premisa de todo para el paciente pero sin el paciente. Así se explica la ausencia de la voz del paciente en el discurso de los registros analizados. De forma impersonal se registran estados clínicos, constantes vitales y patologías, donde la identidad del paciente desaparece.

La enfermera le da importancia a aspectos puramente clínicos y en algunos casos a estados anímicos, siempre y cuando impacten de forma relevante en el bienestar del paciente. De esta forma, el paciente se convierte en un objeto pasivo del cuidado, que por imperativos clínicos se deja llevar hacia lo que los profesionales consideran es la mejor opción para su cuidado.

Se demuestra así, que la capacidad en la toma de decisiones del paciente, nada tiene que ver con sus cuidados. Asimismo, la distancia entre la enfermera y el paciente se hace cada vez más evidente, aunque la enfermera exprese de forma reiterada una preocupación constante por el paciente. Esta situación no deja duda de la presencia de un paternalismo protector.

Mujer que ingresa procedente de urgencias. A su llegada a planta está tranquila. Consciente y orientada.
 Portadora de sv, vía periférica y oxigenoterapia.
 Paciente... un poco ansioso y nervioso, constantes estables, vía periférica, 18 msi.
 Le refiero que tiene que rasurarse en la ducha para KT.
 Se le ha instruido en el uso de cámara para inhaladores.
 El paciente desde que sabe que mañana se va del hospital a la residencia XXX, se queda deprimido, no cena nada, y se queda muy flojo. Lo ponemos en la cama sin apenas el paciente oponerse.
 Solicita medicación «para dormir» Se le da un placebo. Descansa toda la noche.
 No demandante y muy consecuente.

Emerge un discurso menos agresivo para la autonomía del paciente, pero igualmente ficticio respecto a la toma de decisiones. Aquí la voz del paciente está presente, pero como meras expresiones de dolor o percepciones subjetivas sobre procesos clínicos, que proporcionan información a la enfermera sobre cómo se siente o qué le preocupa al paciente. No se relaciona esta actitud con que el paciente adquiera protagonismo real en los cuidados. En esta ocasión, la enfermera denomina al paciente como colaborador y participativo, siempre y cuando respete y asuma las indicaciones terapéuticas marcadas.

Paciente muy colaboradora y participativa en sus cuidados.
 Comenta leve dolor por la mañana que cede rápido en el pecho pero que no creía que debía avisar...
 A primera hora de la tarde refiere cefalea, me comenta que viene derivada de que se ha puesto muy nervioso + enfadado por no hacerle hoy cateterismo. Refiere dolor precordial????
 Se va a la ducha a ducharse ella sola. Muy bien.
 Paciente muy colaborador y comprometido con su TTº.
 Realiza ejercicios respiratorios.
 Más centrado, tranquilo, hablador y risueño. Acompañado de su hija.
 El paciente tiene problemas con las alarmas del dializador, que consigue solventar.

Ambas situaciones descritas anteriormente configuran la concepción de *buen paciente*, que domina la práctica y que es preferido por la enfermera. Un paciente que colabora y participa en lo que los profesionales le indican, que expresa moderadamente sus sentimientos y preocupaciones, que son autónomos en las actividades básicas como la higiene, alimentación y eliminación y que en definitiva no toman decisiones sobre sus cuidados, es claramente un rol más cómodo para la enfermera.

7.1.1.2. Mal paciente según la enfermera

Si como ha quedado constatado, la enfermera prefiere lo que ella denomina un campo limpio, sin un paciente que dé problemas, no es de extrañar que aparezcan alusiones a aquellos pacientes que se salen de esta norma. El término dominante acuñado por la enfermera para referirse a este tipo de pacientes es el de *demandante*, o de forma enfatizada *muy demandante*. Este sería el primer indicio que alerta a la enfermera de que dichos pacientes precisarán de mayor atención, en términos de carga de trabajo, y por lo tanto, es entendido como un aspecto negativo. Posiblemente se puedan interpretar estos registros como avisos al resto de enfermeras, para que inicien estrategias de afrontamiento preventivas como la paciencia, la asertividad o cualquier otra que les puedan ser útiles, incluyendo el uso de medidas farmacológicas de contención.

Se observa que catalogar a un paciente como *demandante*, indica un discurso oculto, que parece ser entendido por el resto de profesionales, puesto que no se hace referencia en los registros al tipo de demandas que se plantean. Únicamente se puede constatar que lo son los que acuden continuamente al control de enfermería, exigen un determinado cuidado, solicitan demasiada información y cuando las demandas son consideradas de poca importancia, sobre todo durante el turno de noche.

Paciente muy negativo al tto que se le está dando.

La paciente muy demandante. Pide continuamente que le retiren la SNG.

A principio de la noche muy demandante, vemos oportuno cambiar a la compañera de habitación por su descanso.

Paciente deambula y en control enfermería continuamente...

Reclaman que no le estamos dando el protector estomago, se lo han retirado. Vuelven a pedirme el omeprazol: les explico que ha sido suspendido por parte mmmédica.

Paciente que pide pastilla para dormir... demandante pidiendo cosas aunque no desorientado...

Llama constantemente: para decir que esta incomoda, que no apaguemos la luz, que la habitación esta desordenada, que la volvamos a incorporar, que tiene las piernas hinchadas... Atendida en cada aviso dado.

Llama ininterrumpidamente durante toda la noche.

La siguiente señal de alerta, es el paciente que se convierte no sólo en *demandante* sino difícil e incluso molesto. Dicha percepción más radicalizada, queda constatada a través del registro de las negativas del paciente ante los tratamientos y cuidados de enfermería impuestos.

Se describen situaciones en las que la enfermera y el médico utilizan estrategias de persuasión y/o coerción con el objetivo de que el paciente acate las órdenes de los profesionales. La necesidad dominante de llevar a cabo estos imperativos se justifica desde criterios clínicos, de bienestar y supervivencia del paciente.

En los casos en los que persiste desacuerdo de los pacientes respecto a los cuidados proporcionados se abre un abanico de tensiones con la enfermera y el resto de profesionales implicados. Aún así, se evidencia por parte de la enfermera, una actitud de diálogo con el paciente para resolver dichas situaciones de tensión y en caso de fracaso es cuando se recurre a medidas de contención con la intervención del médico.

Voy a administrar perffelgan según pauta, y la paciente se niega. Comento con MG que vuelve a hablar con la paciente que nuevamente consiente.

Le comento al paciente que es necesario canalizar una nueva vía... el paciente se niega a ello y me exige que se la recanalice y que le cure la vía. Al decirle que no voy a actuar como él me indica, ya que no lo considero prudente, se arranca la vía. Me indica que debo cogerle la vía «a la primera». Comento con mi compañero quien se ofrece a canalizarle la vía para suavizar la situación.

Le sorprendo que tras haberle administrado los aerosoles se iba a administrar por su cuenta los inhaladores de ventolín y atrovent que tiene en su cajón de mesa, le informo de que SOLO se le administrará lo que nosotros les damos.

Intento hacerle entender que no puede ir al baño.

La paciente refiere en varias ocasiones que no se le ha administrado la medicación... Le comento que en la carpeta de enfermería consta como administrados ambos. Le enseño las firmas porque no se lo cree. Me recrimina en varias ocasiones que le hemos cambiado el horario de la medicación... Comento con el MG todas las demandas y exigencias de la paciente.

Se pone insistente en que venga el médico y al final llamo a MG.

Paciente que no obedece al tratamiento pautado por parte médica, ni tampoco nos hace caso a los consejos de enfermería.

Aparece un tercer concepto de pacientes que es percibido por la enfermera como aumento de su carga de trabajo y que precisan muchos cuidados. Es un paciente calificado como agitado o desorientado con alteraciones neurológicas. En este caso, la agitación lleva consigo en la mayoría de ocasiones la aplicación de tratamientos farmacológicos y sujeción mecánica. El uso de estas medidas se justifica como seguridad del paciente y para evitar la tracción de dispositivos sanitarios, especialmente invasivos. En situaciones extremas, incluso el paciente llega a ser aislado en una habitación.

Paciente que se muestra agitada y se arranca la vía periférica.

Por la mañana el paciente se escapa por la puerta de URG, y se llama a seguridad, el cual lo encuentra en los baños de cafetería. Con lo que es necesario que el paciente este con sujeción mecánica en la habitación.

Paciente intranquilo a primera hora de la tarde, se pone agresivo, y no quiere ir a la habitación, precisando de refuerzo de personal para conducirlo en la cama. Con lo que se comenta a médico de guardia, la cual decide aislamiento por problema social.

Paciente intranquilo por la mañana, agitado y agresivo, preciso de la ayuda de Dr. XX para administrarle 1 ampolla de Haloperidol IM, el cual es efectivo.

Precisa en algunos momentos sujeción mecánica porque el paciente se tiraba de la cama

En general, un paciente *demandante*, difícil o incómodo, que se niegue a los imperativos profesionales y agitado neurológicamente, es percibido por la enfermera como un *mal paciente* por el aumento en las cargas de trabajo y las tensiones que surgen en la relación entre ambos. De ahí que quede reforzada la preferencia de la enfermera por

un paciente con un rol pasivo en los cuidados con poco o ningún protagonismo en la toma de decisiones.

7.1.1.3. El paciente como problema social según la enfermera

Por último, aparece otra conceptualización de paciente clasificado según su grado de autonomía física y su valoración sociofamiliar, que no provoca en la enfermera una percepción negativa ni positiva, sino que genera una actitud maternalista al respecto.

El paciente dependiente se refiere al que presenta pérdida de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.

Inspira por la boca, le digo que realice ejercicios respiratorios inspirando por la nariz y espirando por la boca, aunque el paciente no consigue realizarlos.

Intento sentarlo en el sillón pero no tiene nada de fuerza en las piernas.

Paciente de 95 años con DEMENCIA SENIL que ingresa a UMIR con constantes normales. No responde a órdenes simples.

El paciente catalogado como problema social, se registra en multitud de ocasiones en relación a la ausencia de red sociofamiliar. Estos pacientes, a veces son considerados como problemáticos y precisan de medidas extraordinarias como su reclusión a habitaciones aisladas por molestias a otros pacientes o el traslado a residencias.

No tiene familia ni amigos, pend servicios sociales.

Problema social.

Aislamiento social.

Con diagnóstico de itu + problema social.

Según informe de urgencias la señora permanece ingresada porque parece ser un problema social, vive sola y los familiares que no son muchos tienen dificultades en el cuidado de la paciente.

7.1.2. La familia, extensión instrumental de la enfermera en los cuidados

Se describen los diferentes roles de la familia con el paciente, así como los conflictos que surgen en su relación con la enfermera. La información que los profesionales

proporcionan a la familia aparece como un deber de la enfermera o como un derecho de la familia, pero son escasas las referencias al tipo de información facilitada. Se registra en algunas ocasiones los cuidados realizados por personas contratadas por el paciente o la familia.

7.1.2.1. La familia, ojos y oídos de la enfermera

Se podrían distinguir cuatro roles diferenciados. El primero, hace referencia a la familia como acompañamiento del paciente. Es descrito por la enfermera como un elemento tranquilizador por el cual el paciente expresa sus preocupaciones e inquietudes sobre sus cuidados. Se pone de manifiesto que la enfermera ejerce una influencia sobre la entrada y salida o sobre la presencia de familiares con el paciente.

Un sector de enfermeras aconseja a la familia el acompañamiento del paciente según el estado emocional de éste. Por lo que en pacientes agitados o intranquilos se valora como importante la presencia familiar y en pacientes que han descansado durante varias noches desde su ingreso, se le permite a la familia estar ausente en dicho turno. A veces, se registra a los cuidadores contratados como agentes que cubren y/o sustituyen dicho rol de acompañamiento del paciente.

Sus cuatro hijos se encuentran con ella y la tranquilizan algo.
Pasa la mañana triste, preocupado a ratos lloroso con sus familiares.
Paciente que quiere que venga la hermana.
La paciente quedará sola durante la noche.
Tb se ha quedado solo esta noche. Muy bien y tranquilo.
Acompañado por la cuidadora de la tarde.
Se acaba de ir la hija y parece todo nerviosismo...
Comentaré con compañeros de turno de mañana, la posibilidad de que le acompañe durante la noche algún familiar, tal y como hicieron los primeros días del ingreso.

El segundo, se refiere al rol de la familia como ayuda al profesional en los cuidados del paciente, donde la presencia y disponibilidad de la familia se integra como normal. La mayoría de enfermeras describen a la familia como un soporte, colaborando en

los cuidados. Pueden llegar a sustituir a la enfermera en determinados cuidados básicos como la higiene, la alimentación, la movilidad y la eliminación. Siempre y cuando las actividades a realizar sean consideradas como sencillas y no supongan riesgo para el paciente.

Las tareas delegadas en la familia tienen un efecto directo sobre la percepción de las cargas de trabajo. Por lo que ante una familia que realiza determinados cuidados básicos, la enfermera disminuye el tiempo dedicado al paciente.

A partir de esta tarde se permite sedestación en presencia de familiares.
Al darle el batido vomita y le digo a la familia que no le de alimentación por el momento.
Indico familiares que insista en limpiar con oraldine.
Quedamos con familiar que colirios se lo ponen ellos por la noche.
Recomiendo a la familia que deben estimularlo a andar.
Dieta triturada + espesante (damos espesante a familia).
Tolera bien merienda + cena con espesante + ayuda familiar.

Otro rol, asociado al de ayuda, es el del control y vigilancia del paciente. La familia vela para alertar e informar a la enfermera sobre la evolución del paciente. El estado general, alteraciones del sueño, valoración del dolor incluso la muerte, es la información que más se reflejan en los registros que se obtiene a través de la familia. Además la familia alerta de aspectos emocionales como la ansiedad y el nerviosismo del paciente.

Para que sea efectivo dicho control y vigilancia, se suministran instrucciones a la familia especialmente, en aquellos aspectos en los que la enfermera tiene interés y se le exige que en caso de alteración, se avise inmediatamente. La mayoría de registros sobre este rol se localizan durante los turnos de noche.

Queda pendiente cambiar suero que he dejado en la habitación (avisará el familiar)
Marido nos llama sobre las 23h para decirnos que cree que esta fallecida.
Duerme hasta las 3h de la madrugada, que es cuando el hijo nos avisa de que su madre está inquieta.
Retiro s. vesical a las 11h, pte de primera micción. Hay que insistir al paciente y familia, de que beba agua.
Justo tras cena avisan familiares que se queja de dolor pecho.
Se queda el hijo por la noche para vigilar que su padre no se quite el aparato.
Informo al acompañante que si se presenta malestar y dolor torácico que nos avise.

Por último, aparece la familia como fuente de información de la historia clínica del paciente, relacionado íntimamente con los anteriores roles y a veces inseparables. A través de la familia, la enfermera obtiene información sobre hábitos y antecedentes del paciente. Para la mayoría de enfermeras, dicha información es una herramienta básica para la continuidad de los cuidados durante la hospitalización.

La familia refiere que «se sentaba en la casa hasta hace una semana».
Paciente ingresa procedente de urgencias con diagnóstico de ic + hta, consciente pero no orientada, no posible realizar una buena entrevista, hasta que familiares acudan.

7.1.2.2. La familia como obstáculo

La enfermera expone como problema, a la familia que es muy demandante, con el efecto que supone sobre las tensiones o malestar en la relación. Dicha tensión se agudiza ante la falta de colaboración de la familia en los cuidados de enfermería o cuando la familia reprocha a la enfermera sus decisiones sobre el paciente. Aunque son escasos los registros que describan las causas de las tensiones, se hace alusión a familia *muy demandante* o *poco colaboradora*. Ante las demandas de la familia, la mayoría de enfermeras las derivan a otros profesionales.

Familia no colaboradora.
Se explica de todo esto a los familiares, nerviosos, e insisten que quieren ver al médico guardia, se contacta con Dr. XX que acude y habla con familiares.
Familiares pasan toda la tarde diciéndome que ellos ya lo decían ayer... y hoy. Por mi observación ayer no estaba mascarilla rota...
Familia muy demandante en tema de úlceras, se realizan cambios posturales.
La hija solicita la valoración de psicología para ella, se le remite a que hable con la doctora... y ella le pida una cita con psicooncología...

Es frecuente la percepción de una familia generadora de conflictos cuando no se respetan las normas e indicaciones terapéuticas marcadas por los profesionales. Cuando la familia se niega a que se le realicen determinados cuidados al paciente se despliegan una serie de técnicas de coerción y persuasión. Las exigencias de la familia junto con una excesiva preocupación por el cuidado del paciente también generan tensiones con la enfermera.

Son escasos los registros que aluden a cuando la enfermera percibe que el paciente se encuentra intranquilo con la presencia y la actitud de su familiar.

Se le tiene que dar toque al familiar ya que no lleva la mascarilla aislamiento puesta.

Dificultades en la comunicación con la familia: La hermana reclama fotocopias de la historia de la paciente y amenaza con denunciar al personal sanitario en el Juzgado de Guardia, si no consigue llevarse la documentación que solicita... mantuvimos una entrevista con la enferma en forma privada y la paciente reitera su voluntad de no comentar su diagnóstico de base con ningún familiar.

Tras una segunda charla con el paciente y su familiar, accede a que se le siga poniendo.

El familiar tiene síntomas de embriaguez y pone al paciente muy nervioso de hecho cuando no esta se encuentra más estable... no es la primera vez que viene en este estado. Comentado con los compañeros... no se admite este tipo de acompañamiento... se pone de manifiesto al supervisor de planta...

La familia insiste en ponerla en la cama, se deja un rato mas sentada y después la acostamos.

En general, la familia no es percibida como problemática si respeta las decisiones profesionales, colabora con la enfermera y no exige o demanda mucha atención.

7.1.2.3. Límites de la información a la familia en la toma de decisiones de los pacientes

Se evidencia en la mayoría de registros, que es la familia quien solicita directamente al profesional la información y no por iniciativa de estos últimos. Además la información proporcionada por la enfermera es escasa y se deriva a que el médico resuelva las dudas planteadas por la familia.

Los casos en los que informar es percibido como un deber de los profesionales se circunscriben a pacientes en situación grave o terminal, traslado a otras habitaciones, situaciones complejas y pruebas diagnósticas.

Por necesidad del servicio se realiza el traslado a E. Medicas, informado a la familia.
 Paciente valorado por Dr. XX que habla con la familia sobre el caso que conlleva la evolución...
 Familia informada por el médico.
 Se le explica a la familia la prueba de polisomnografía, pendiente de instaurar al dormirse.
 Pasa Dr. XX y le comento el caso, el cual habla con la familia.
 Comentada la situación con la familia. Muy mala situación.
 A las 20h viene familiares (sobrina) a verla e interesándose por el diagnóstico y evolución. Se le comunica que se informe el lunes a su médico.

Aunque se pone de manifiesto que la falta de información provoca nerviosismo e inquietud en la familia se observa que no queda claramente especificado qué tipo de información se le proporciona a la familia. Esto puede indicar falta de información o bien por el escaso interés para su registro.

Se explica de todo esto a los familiares, nerviosos, e insisten que quieren ver al médico guardia, se contacta con Dr. XX que acude habla con familiares.
 Médico hablado con paciente, pte hablar con familiares, le indicamos que vengan mañana para informar.
 La mujer muy nerviosa y demandante de médico para saber su estado, evolución,..
 Viene el anestesta y habla con la mujer del paciente. Firma el consentimiento informado.

7.1.2.4. El valor de la familia para la enfermera

A pesar de trabajar bajo un modelo de atención integral y holístico, la enfermera en la mayoría de ocasiones, al ingreso en la unidad del paciente, no recoge información sobre la valoración familiar y si lo hace, se refiere a si viene o no acompañado. Se evidencia que no es un aspecto de importancia para valorar al ingreso, debido a que solo se registren aquellas circunstancias en las que los pacientes no vienen acompañados por la familia, pues lo contrario es percibido como una situación habitual.

<p>Ingresas sin compañía de familiares. Es trasladado de Urgencias sólo. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR:* Paciente que ingresa acompañada por su nieta. Habitualmente la cuida una hija. Refiere vivir con su esposa, acude solo.</p>	<p>* Hay que indicar en los verbatims de este código, que en el programa informático, existe un protocolo de valoración por necesidades que incluye la valoración sociofamiliar, que cuando no es completado por la enfermera aparece sin completar «VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR».</p>
---	---

7.1.2.5. Integración del cuidador privado en el ámbito clínico

Emergen alusiones a comportamientos incorrectos en relación a la presencia de cuidadores informales en las unidades de hospitalización, aunque son escasos los registros que hagan referencia a la cuidadora. Se refieren a ellas, solo en aquellos casos en los cuales la enfermera sospecha una inadecuada atención del paciente o el incumplimiento de las indicaciones terapéuticas, observando un cierto rechazo a la actividad de la cuidadora privada.

Hay que vigilar que la cuidadora no meta en la cama a la paciente.

Cuando entro en la habitación para la extracción me la encuentro con las piernas metidas entre las barandillas, llegando a poner los pies en el suelo y el cuerpo sobre la cama. La colocamos de nuevo sobre la cama y le indico a la cuidadora que si la ve en ese estado que nos avise porque se puede hacer daño. No es la primera vez que encontramos a la paciente por la noche en circunstancias extrañas dentro de la cama.

7.1.3. El poder del equipo de salud en la toma de decisiones del paciente

Las enfermeras utilizan los registros para relacionarse con el resto del equipo de salud estableciendo diferentes flujos de comunicación. Asimismo, se evidencia una relación de dependencia con el médico, como figura hegemónica de la atención, del cual surgen y se retroalimentan las decisiones clínicas sobre el paciente. Por esta razón, está casi ausente el discurso de relaciones con otros profesionales.

Aparece, por lo tanto, el médico como eje central en las relaciones interprofesionales, donde la comunicación con la enfermera se traza escasa y descriptiva. Esta situación se debe a la primacía, en las instituciones sanitarias, de un modelo biomédico basado en la jerarquía profesional y la subyugación a los criterios médicos. Aunque la enfermera ejerce un rol destacable en el cuidado del paciente, su función se circunscribe a la de recoger información puramente clínica de interés para el médico.

7.1.3.1. La relación entre enfermeras

Los registros aparecen, más que como un elemento para hacer constar la evolución clínica del paciente, como un flujo de comunicación entre enfermeras que atienden a un mismo paciente. Por lo que, se centran en alusiones a actividades pendientes de un turno a otro, información médica y pruebas diagnósticas realizadas o pendientes de realizar.

La mayoría de las enfermeras se comunican entre sí en clave de tratamientos médicos, pruebas diagnósticas pendientes, valoraciones médicas y complicaciones clínicas de los pacientes. Son escasos los registros sobre actividades propias de enfermería, no delegadas por el médico.

Se evidencia entonces, que la enfermera prioriza el registro de aspectos físicos sobre el paciente y prescripciones y valoraciones médicas, debido a la hegemonía del médico y la jerarquía impuesta en los equipo de salud por las instituciones sanitarias.

Visto por la DRA. XX que ordena guardar reposo.

Pte mantoux+ analítica (laboratorio se queda petición).

Paciente valorado por cardiología que comenta hacer hoy por la tarde la coronografía... a las 18h se le da de comer a las 13 h... todo preparado para la coronografía...

Pendiente hoy tarde de administrar enema de limpieza por orden de Dr. XX, y repetirlo cada 2 días, si no deposición.

En caso de vómitos avisar a Médico y seguir pauta indicada de primerán.

Pierde vía periférica siendo imposible canalizar nueva vía, comentado con internista guardia, pte valorar por turno DUE noche.

Se informa de que el pte es candidato a UCI y es REANIMABLE.

El MG me informa de que no hay nada que hacer, que la familia está informada, y que es NO RCP.

De forma menos habitual, aparece reflejado en los registros otro flujo de comunicación con enfermeras de servicios diferentes. Bien para dar continuidad a los cuidados del paciente trasladado de otras unidades o incluso para hacer constar las tensiones con los cuidados proporcionados por otras enfermeras.

Compañera de urgencias me informa de que le acaban de curar la ulcera (no es muy extensa pero si es profunda) con aquacel plata, trae heridas superficiales en distintos puntos del cuerpo curadas con yodo, le han puesto en urgencias 2 enemas de limpieza no productivos, tiene enema diario.

Paciente ingresa en planta, procedente de urgencias en hab 205-a con diagnóstico de icc + acxfa, consciente y orientada, con sueroterapia, dos vías periféricas, 18 msd y 18 msi, control de diuresis, pauta de sintrón, dbt, no insulino dependiente, con sueroterapia, sube de urgencias con vías completamente despegadas, sucias, curo ambas vías, por si no tuviese más trabajo , resto sin cambios.

7.1.3.2. La autoridad del médico en los cuidados

Fundamentalmente se evidencia la relación de dependencia que la enfermera tiene del médico a través de los estereotipos profesionales médico-dominación y enfermera-subordinada que se establece entre ambos.

Todo parece indicar, que el rol de la enfermera en el cuidado del paciente se limita a valorar y recoger datos clínicos para informar al médico. Cuando el médico a partir de esos datos toma una decisión, es la enfermera quien la ejecuta. Por esta razón, no es de extrañar que cada actividad o técnica que realiza la enfermera, venga registrada como pautada, prescrita, valorada, ordenada o consultada con el médico. Los registros señalan el fracaso o lento proceso de cambio del intento de abandono del rol subordinado de la enfermera.

Se evidencia el estereotipo de enfermera sumisa como profesional que: valora las complicaciones clínicas del paciente y se las comunica al médico; gestiona los cuidados básicos del paciente bajo supervisión médica; gestiona las interconsultas con otros profesionales; deriva la responsabilidad de informar al paciente y la familia al médico; ejecuta y obedece las indicaciones médicas pautadas en la hoja de prescripción del tratamiento, verbal o telefónicamente y persuade o intenta convencer al paciente de la necesidad de llevar a cabo la prescripción médica.

Hablo con su médico que reajusta el tto de insulina. Quedo en avisarlo en la comida para valorar la cantidad de insulina Mixtard a administrar.

Paciente que pasa buena mañana se realiza ecg que se le entrega a mg.

Comentado con MG que al presentar el pico de tos si se le puede dar algo, me indica que no, que debe expectorar. Y así le explico a ella, expectora mucho+ forzar agua.

Según orden médica adm. 15gotas haloperidol pero la paciente se niega, verbalmente muy agresiva y agitada. Por orden médica adm. 1/2 haloperidol ev, efectivo.

Llegan resultados analítica urg, aviso a M.I. guardia.

Llamo a MG para que valore y me indica por teléfono que le administre 10mg de diazepam VO, que es efectivo.

No quiere aerosoles refiere tener ya mucho moco, le insisto y convenzo para poner los de hoy y que mañana hable con su médico.

Puede decirse que domina un discurso de *órdenes médicas* que se articula a través de la prescripción de tratamientos, técnicas delegadas y pruebas diagnósticas. La enfermera está relegada a los cuidados básicos del paciente. Pero incluso estos cuidados básicos son consultados al médico para su valoración y supervisión.

Visto por la Dra. XX que ordena guardar reposo.

Por orden MG vigilar.

Se continua dando duphalac ordenado por dr.

Pendiente hoy tarde de administrar enema de limpieza por orden de Dr. XX, y repetirlo cada 2 días, si no deposición.

Debe permanecer sentada M-T el mayor tiempo posible POM.

Aunque emerge un discurso en el que la enfermera adquiere cierto protagonismo en clave de recomendación, instando al médico a realizar determinadas modificaciones en tratamientos. Dicha recomendación surge, bien de una demanda del paciente o bien por iniciativa de la propia enfermera, cuando se trata de una práctica habitual. Pero es el médico quien tras la consulta o la recomendación, toma la última decisión al respecto. Por lo que de forma constante la enfermera es evaluada y supervisada por el médico.

Tras desayuno, presenta vomito alimenticio. Suspendo alimentación. vista por Neuro Dr. XX, comento incidencia. Al final del turno el apósito está un poquito manchado, aviso al médico de guardia, que dice que mientras sea sangre normal no pasa nada, que lo vigilemos y mañana se verá.

A las 19h realiza pico de fiebre de 38°C, con lo que llamo a médico de guardia para comentarle, diciéndole que tiene como orden médica pautado perfalgan 1gr, ev si fiebre, pero que la paciente no consta que tenga hemocultivos sacados. la MG me dice que le ponga el paracetamol ev. El cual ha sido efectivo.

Debe permanecer sentada M-T el mayor tiempo posible POM.

No hago ECG dicho por Dr. XX.

El uso de un determinado lenguaje registrado para referirse al médico remarca el estereotipo de dominación y la dependencia de la enfermera. Así pues, la enfermera distingue entre el médico de guardia, al cual se refiere como tal de forma impersonal, incluso abreviado como MG. Y cuando hace referencia al médico que tiene asignado ese paciente o a un médico que discute las medidas instauradas por otro médico, se le registra por su apellido, precedido de Doctor (Dr).

Visto por la Dra. XX, retiro SRT y dejo vía heparinizada según orden médica.

Dr. XX manda unidosis ,, con suspensión de granocyte... pide rx tórax que se cursa y analítica para mañana.

Se cura pleurevac, sube Dr. XX, todo correcto.

Visto por la Dra. XX que ordena guardar reposo.

Llama MIR guardia y ordena que le despince SNG, y si no produce retirar SNG.

No hago ECG dicho por Dr. XX.

A consecuencia del rol subordinado de la enfermera, los flujos de comunicación con el médico siempre son en sentido vertical y muy raramente de igual a igual. La enfermera asume que es ella quien debe iniciar dicha comunicación, poniéndose en contacto con el médico vía telefónica o buscándolo de un lugar a otro, para recibir información de las decisiones sobre el tratamiento del paciente.

Pero además, como medida de protección ético-legal, la enfermera registra las órdenes prescritas por el médico, constatándose la institucionalización de la relación enfermera-médico a través de las normas y protocolos marcados por la organización para la comunicación entre ambos profesionales.

El Cardiólogo indica compresivo en zona de MCP, y avisar de posibles cambios a su TLF.
A las 24 horas me pide una pastilla para dormir, con lo que llamo a médico de guardia, y le doy orfidal según orden médica.
Consulta con su médico. Synalar Rectl +Duphalac VO/12 po OM telefónica.
Llama MIR guardia y ordena que le despince SNG, y si no produce retirar SNG.
A las 14h, normotenso y taquicárdico de 134ppm, comentado con el Dr. XX que ordena por teléfono administrar 1amp Digoxina ev.

El estereotipo del médico se define como experto y responsable de todas las decisiones sobre el paciente.

Se le atribuyen funciones como las de prescribir el tratamiento farmacológico habitual del paciente, ordenar las pautas a seguir por la enfermera ante una complicación clínica o la alteración de signos y síntomas, informar a la familia y al paciente, indicar las pruebas diagnósticas, resolver las dudas y demandas de la enfermera, ingresar y dar altas de pacientes, indicar las órdenes de no reanimación al equipo y certificar la defunción del paciente.

Como se observa, todos los roles del médico apuntan a tareas de control, supervisión, órdenes, valoraciones y tomas de decisiones. Se refuerza la idea de que el médico es el centro del equipo y que las relaciones dentro de dicho equipo se establecen a través de una jerarquía por categorías profesionales preestablecidas por el sistema sanitario.

De manera inversa a como se ha comentado anteriormente, el médico asume que la comunicación con la enfermera se basa en esperar a que ésta le demande información sobre el paciente incluso sobre nuevas pautas que la implican directamente. En algunas ocasiones se describe que es el médico quien acude a la enfermera para informarla y posiblemente se deba a las características de una u otra especialidad médica.

Este reparto ficticio de responsabilidades de quién debe informar a quién, cómo y cuándo debe hacerse provoca tensiones en la relación en el equipo por la falta de comunicación.

Quedando reflejado en los registros a través de situaciones donde el paciente informa a la enfermera de pruebas diagnosticas o cambios en los cuidados, sin que ella tenga constancia por parte del médico. La comunicación entre ambos profesionales se configura insuficiente para el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados.

Valorada herida quirúrgica por su médico.

Hipertenso, aviso MG para que valore.

Aviso mg, que confirma exitus.

No responde a estímulos. Valorado por su médico.

Avisada a la familia para que mañana hable con el Dr. XX. Paciente se tranquiliza. MG habla con familiares. Pte marcapasos.

Familia informada por Dra.

Según la paciente y la familia hoy se va de alta según les ha informado el Dr. XX pero yo no tengo constancia de ello por parte del médico.

Un aspecto importante que se pone de manifiesto en los registros es quien es el protagonista en la toma de decisiones. Las decisiones del médico abarcan prácticamente todas las parcelas del cuidado incluso por encima del criterio del paciente. La enfermera, en ese caso únicamente actúa como intermediaria de la información necesaria para que el médico tome la decisión. De esta forma, las decisiones enfermeras quedan relegadas a una parcela muy concreta, los cuidados básicos, donde el médico interviene en caso de duda o de conflicto.

Se observa que el médico, en situaciones en las que éticamente debería consensuar determinadas decisiones clínicas con el equipo, el paciente y la familia, excluye a la enfermeras y le informa de la decisión una vez tomada, anulando toda posibilidad de participación, como ocurre en los casos de los pacientes terminales o muy graves. Esto se debería, a que en la mayoría de ocasiones la enfermera elude informar al paciente y la familia, derivando esta responsabilidad al médico, por considerar que escapa de su competencia profesional.

La M.G. decide que se debe de realizar controles de glucemia cada 3 horas.
Dificultades en la comunicación con la familia. La Dra. XX y la que suscribe volvimos a tener una entrevista con la enferma, esta vez en presencia de su hermana.
Comento con MG, y está de acuerdo manteniendo MMII elevados.
Acostamos, realizado ECG. Valorado paciente por MG ya que no mejoraba.
Su médico prescribe orden de no reanimación

7.1.3.3. Participación de otros profesionales en los cuidados

Se pone de manifiesto las escasas referencias en los registros a la participación de otros profesionales dentro del equipo de salud, diferentes al médico y la enfermera. Participación que está condicionada por la posición jerárquica de cada miembro del equipo promovida por la organización sanitaria. Así, agentes como la auxiliar de enfermería, el trabajador social y el celador son los únicos de los que se constata su presencia.

La auxiliar de enfermería únicamente aparece como fuente de información directa de alguna complicación clínica del paciente. La relación con la enfermera vuelve a describirse vertical, pero en este caso es la enfermera la que ejerce el rol dominante sobre la auxiliar. Se explica por el tipo de actividad que realiza la auxiliar con el paciente, que si en la enfermera eran los cuidados, en el caso de la auxiliar son parcelas pequeñas de estos cuidados básicos como la higiene, eliminación y movilización del paciente.

A las 11.00h, tras higiene sentamos en sofá. me llama la auxiliar refiriendo que el paciente presenta sudoración + refiere mareo.
Me comenta la auxiliar que le han salido 2 ampollitas. Pte de valorar a la hora de la higiene.
Deposición, las Aux persisten en que son heces negras, no he podido valorarlas.
Realitza AVD (l'activitat de la vida diària) amb ajuda total l'auxiliar i celador .

Se describe al trabajador social como el responsable de gestionar los problemas sociales derivados del paciente. Pero se constata que la relación de la enfermera o el médico con este profesional está normalizada por la institución a través de una hoja de interconsulta. Algunas referencias apuntan a que los trabajadores sociales realizan

actividades relacionadas con la gestión de dificultades de la familia para asumir el coste de determinados productos sanitarios, el cuidado del paciente en el domicilio y la derivación del paciente a la Unidad de Cuidados Domiciliarios u otros centros o residencias. Puede deberse a que el trabajador social resuelve las situaciones catalogadas por la enfermera y el médico como problema social o aislamiento social así como, la gestión de recursos dirigidos al cuidado del paciente en el domicilio.

Queda patente que es un profesional considerado ajeno al equipo de salud que cuando se precisa, se procede a solicitar su valoración. Por la posición jerárquica de este profesional, igualada en categoría profesional a la enfermera, es la única interconsulta que se le permite a ésta, realizar de forma autónoma.

Se hace IC con asistente social.

La familia no está de acuerdo con tener que anticipar el dinero del corsé, disponen de una paga peq. Quieren hablar con la asistente social.

Valorada por asistente social.

IC con asistente social, la familia no quiere llevársela a casa en estas condiciones.

Se solicita IC con asistente social para que la paciente pueda regresar a su domicilio con la UCP a principio de la próxima semana.

Se observa que el celador aparece descrito como el último escalón en la cadena jerárquica, como soporte de la auxiliar en la movilidad. Las referencias a este profesional están presentes cuando se produce alguna incidencia extraordinaria.

Por falta coordinación con celador sedestamos algo más tarde.

Va con el andador hasta el aseo, con peq ayuda del celador.

Realitza AVD (l'activitat de la vida diària) amb ajuda total l'auxiliar i celador.

Esta categoría, evidencia que las relaciones interprofesionales se basan en una jerarquía marcada por la posición que cada profesional ocupa en el equipo de salud. Lo que supone que no exista un trabajo en equipo.

La categoría profesional configura el rol del médico como eje central del equipo, la enfermera como soporte y subordinada del médico y la auxiliar y el celador prácticamente excluidos del equipo. El flujo de comunicación entre los profesionales es de carácter vertical a través de órdenes o imperativos establecidos por el médico. Cuando se produce una comunicación horizontal es entre profesionales de la misma categoría. A mayor categoría profesional, la comunicación es más compleja y se establece a través de las vías preestablecidas por la institución, mientras que las enfermeras y las auxiliares se comunican de forma directa y normalmente no escrita.

7.1.4. Instrumentalización del sistema sanitario en la autonomía del paciente

Se demuestra que la institución sanitaria influye en la práctica clínica de las enfermeras e impacta en el cuidado del paciente. La enfermera se ve obligada a realizar una serie de actividades de gestión preestablecidas por la organización en materia de altas e ingresos, recursos sanitarios y pruebas diagnósticas. Queda patente la institucionalización de los cuidados a través de la normalización de la práctica asistencial basada en protocolos, vías de comunicación burocratizadas y cargas de trabajo, que impacta en la autonomía del paciente en la toma de decisiones.

7.1.4.1. Normalización de la práctica enfermera

Los registros constatan un proceso de colonización¹ de la institución que provoca la normalización de la práctica enfermera. Normalización en términos referidos a las diferentes actividades que la organización impone a la enfermera para el

1. Goffman (1959) define el equipo de salud, como un grupo de individualidades, las cuales juntas con una audiencia, revelan la definición de una cierta situación. Little, Jordens y Sayers (2003) amplían esta definición a la forma de cómo los miembros de un equipo construyen una relación entre ellos basada en la reciprocidad y la familiaridad. Esta construcción es considerada por estos autores como un proceso de colonización, por el cual una persona se compromete con un discurso comunitario o de grupo y establece una parte de su identidad a partir de esa comunidad.

mantenimiento de la burocratización de los cuidados. Se justifica dicho proceso desde la organización en términos de continuidad de la atención, pero lo cierto es que se evidencia que las medidas no son efectivas para tal fin.

La enfermera gestiona los ingresos y las altas de los pacientes en la unidad de hospitalización. No se debe confundir el término de gestión como responsabilidad, ya que es el médico el responsable de ingresar o dar de alta a un paciente, por lo que la enfermera asume la burocracia relativa a dicha actividad. Se destaca, que el proceso, no es únicamente una tarea administrativa, sino que además incluye la valoración inicial del paciente al ingreso y el informe de enfermería al alta. Pero tanto las gestiones administrativas como la valoración e informe de alta aparecen como una práctica protocolizada y preestablecida por la institución sanitaria y se relaciona con un aumento en la carga de trabajo de la enfermera.

Paciente que viene nefrología y decide dar el alta...

Se decide alta hospitalaria, se contacta con residencia XX, para informar de su alta y llegada, se pide ambulancia. se retira vía periférica.

Se decide alta hospitalaria. se pide ambulancia. número de ambulancia 415667.

Realizo protocolo de ingreso y plan de cuidados.

Se realiza protocolo de acogida.

Se observa que en la enfermera recae la gestión de determinados recursos sanitarios, relacionados con las altas, como es el transporte sanitario. En este caso, la enfermera sí aparece como responsable directa de dicha gestión. Así, la enfermera es vista por el paciente como el referente para la resolución de determinados problemas. Aunque es un aspecto positivo, podría adquirir connotaciones negativas por el aumento en las cargas de trabajo de la enfermera al tener que gestionar dichos recursos.

El paciente me comenta que hoy tenía cita en la consulta de endocrino; llamo a la consulta pero me dicen que la cita es la semana próxima y que mientras esté ingresado no se le va a hacer, que ya estaban informados.

Pte de ambulancia para traslado a residencia XXX.

Se cursa petición de corsé: se da hoja amarilla a la familia, hoja azul en historia y la Blanca pte de dar cuando vengan a tomar las medidas del corsé (ortopedia).

La normalización de la práctica enfermera está también presente en la gestión de pruebas diagnósticas pautadas por el médico. Se constata una vez más, que la institución sanitaria determina la actividad de la enfermera través de una serie de normas y protocolos. Tanto es así, que en los registros aparece constantemente referencias a si se ha cursado determinada prueba, si se cumplen los protocolos de otra, si están pendientes de realizarse, etc. La enfermera asume este rol delegado del médico y está continuamente condicionada por dicha gestión.

Se cursa Rx Tórax... Curso muestra orina para micro... Curso analítica y GSA.

Paciente valorado por cardiología que comenta hacer hoy por la tarde la coronografía... a las 18h se le da de comer a las 13 h... todo preparado para la coronografía...

Repito hemograma y bioquímica por orden de laboratorio, por salir mal la muestra anterior.

Reviso según protocolo, si el paciente presenta todas las pruebas para la implantación del MCP, y le falta analítica, que la saco a las 6:30h, tras realizar petición médico de guardia, y también le falta el consentimiento informado escrito.

Me he comunicado con la Cl. Privada y han enviado el informe de Hemodinámica por fax.

Cuando la enfermera percibe que sus competencias en la gestión de determinados recursos sanitarios se ha sobrepasado o la organización establece un determinado trámite para la solicitud de estos recursos, aparece la figura del supervisor de enfermería como el responsable de administrarlos y gestionarlos. Es una forma más de normalización, en la que se relega a la enfermera a gestionar aquellos recursos que no suponen un gasto elevado para la organización y que pertenecen a la práctica habitual, pero que ante situaciones especiales o que se tengan que ofrecer servicios más complejos, la enfermera tiene que recurrir a un escalafón más alto de la cadena jerárquica, que tome la decisión.

Esta tarde durante la sedestación, poner colchón antiescaras (hablado con supervisora).
 Curo úlcera del pie derecho, visto por el Supervisor.
 Se habla con supervisora de guardia para confirmar ambulancia para el lunes...

Queda constatado que el paciente está ausente del discurso, entendiendo que no tenga nada que decir a cómo y qué recursos sanitarios necesita, sino que es la organización a través del médico quien los determina. De esta forma, se evidencia una importante limitación en la capacidad de autonomía en la toma de decisiones de los pacientes respecto a los productos y servicios sanitarios y las pruebas diagnósticas pautadas.

7.1.4.2. Impacto del modelo de gestión en la práctica enfermera

Ha quedado constatado que el exceso de sistematización de la práctica profesional por parte de la institución provoca un aumento en las cargas de trabajo de la enfermera. La organización, de forma tácita, insta a la enfermera a priorizar unas actividades sobre otras, que no son las que percibe como más importantes para la consecución de los objetivos de cuidado del paciente. Así, se identifican sentimientos de impotencia en la profesional e insatisfacción por no poder realizar una atención de calidad ni finalizar con las tareas de un turno de trabajo impuestas.

Durante la mañana es imposible realizar Clapping por falta de tiempo.
 Por sobrecarga de la planta en la tarde se prioriza y no se le ha podido tomar (TA).
 Se avisa a su médico que n149o puede asistir, Dr. XX de guardia que está en urgencias con muchos ingresos... valora Dra. XX.
 Por aumento de trabajo en planta se deja para siguiente turno..

Los registros además, ponen de manifiesto que la organización sanitaria marca los ritmos y las vías de comunicación interna entre las distintas unidades y profesionales. Aparecen estos registros como una vía de comunicación normalizada entre profesionales implicados en la atención de un mismo paciente.

La institución sanitaria preestablece una serie de vías de comunicación formales y otras informales. Formalmente, la comunicación entre profesionales se realiza mediante impresos protocolizados de peticiones e interconsultas entre servicios y especialidades médicas. E informalmente, el médico y la enfermera se comunican mediante la hoja de prescripción de medicación y fundamentalmente por teléfono.

Se evidencia que aunque las vías de comunicación estén sistematizadas y protocolizadas y sean de casi obligado cumplimiento, aparecen otras vías de comunicación que los profesionales valoran como de gran utilidad en la continuidad de los cuidados. Por lo que el llamado cambio de turno entre enfermeras y auxiliares es una de las vías de comunicación más utilizadas, donde se comparten además, las preocupaciones por la situación personal y clínica del paciente y la familia.

Me comenta que está pte IC con endocrino el día 24, falta hoja de la cita e historia grande.
SE cursa petición para IC con Oftalmología.
Repito hemograma y bioquímica por orden de laboratorio, por salir mal la muestra anterior.
El Dr. XX que ordena telefónicamente administrar nolotil ev, resto de la noche más tranquila.
Administración de medicación según pauta.
El paciente refiere que hoy no han venido a buscarle para rehabilitación. Hablo con los fisioterapeutas, que comentarán la incidencia con los compañeros de la mañana.
Comentaré en el cambio de turno, que el paciente precisa de acompañamiento por su estado de agitación.

7.1.4.3. El paciente silenciado por el sistema sanitario

Emerge un discurso en el que las enfermeras relacionan o responsabilizan al tipo de gestión sanitaria de la calidad de la atención proporcionada.

La gestión de altas e ingresos por la sobresaturación de los servicios aparece como uno de los objetivos prioritarios de la institución, destacando que en los tres meses analizados se han registrado un número muy elevado de traslados de pacientes de unas unidades a otras.

Aparentemente la movilidad de pacientes no responde a criterios de calidad del sistema sino a la redistribución por patologías. En consecuencia, en la unidad analizada, se constata que se reciben pacientes procedentes de otras unidades con una situación clínica más compleja que los que son trasladados desde esta unidad a otras. Por lo que además de aumentar las cargas de trabajo por la gestión de dichos traslados, se produce un claro impacto en el bienestar de los pacientes.

Destacar que tanto en los traslados salientes como entrantes de las unidades analizadas, la información proporcionada en los registros es muy escasa, únicamente se informa de dicho traslado.

Salidas del servicio:

Por necesidad del servicio se realiza el traslado a E. Médicas, informado a la familia.
traslado 224B.

La paciente se traslado desde la 208 a por necesidad de la planta mañana ayunas para fibroscopia...

Entradas al servicio:

Paciente de 68a. que ingresa procedente del despertar por traslado anterior de UCI debido a HDA.

A las 21h traslado procedente de Maternidad hab. 06A.

Paciente trasladada de cir, con diagnóstico de broncoaspiracion, con perfusión de nolotil + primperán vía s/c dieta absoluta.

El impacto directo en el bienestar del paciente aparece relacionado con las situaciones de espera, discontinuidad en la atención, retraso en pruebas diagnósticas programadas y falta de información. El paciente, una vez más, no se le permite decir nada al respecto, es tratado como un objeto movilizado silenciosamente de un lado a otro, dentro de la institución.

A las 19 horas aún no han venido a buscar al paciente los de la ambulancia, con lo que llamamos a Clínica Vilas...

A las 19:20 h vienen los de la ambulancia a recoger el paciente de la 209-A para cateterismo, el cual estaba citado para las 18:30h, y seguidamente se llevan al paciente de la 207-A, pero reclamando... A las 21h nos llaman de la Clínica Vilas diciéndonos que no se le ha realizado el cateterismo.

7.1.5. Competencias de la enfermera como límite en el poder de decisión de los pacientes

Ser enfermera en el contexto de las instituciones sanitarias viene determinado por características de la práctica asistencial, y el tipo de relación con el paciente y la familia. Por esta razón, esta categoría plantea múltiples conexiones con el resto.

La enfermera se constituye como un elemento fundamental en la atención al paciente a través de la valoración y control de complicaciones clínicas, configurando una red de actividades delegadas por el médico. Pero además se presentan actividades propias que tienen como objetivo mejorar el bienestar del paciente durante su hospitalización. Dicho bienestar viene definido por una relación enfermera-paciente-familia basada en la confianza, con una importante presencia de una actitud maternalista-protectora.

7.1.5.1. Obediencia al médico

En el anexo 7 se puede consultar todas las actividades delegadas por el médico, realizadas por la enfermera.

Se visibiliza, a través de las actividades delegadas, la obediencia de la enfermera a las órdenes médicas. Son claras las referencias bajo el epígrafe de *órdenes* o *pautas* médicas. Se percibe la importancia que la enfermera da al registro de todas estas actividades indicando claramente si han sido prescritas o no por el médico, especialmente en lo que se refiere al tratamiento farmacológico. Se asume la responsabilidad de que el médico pauté el tratamiento según las normas de la organización, a través de las hojas de prescripción de medicación. Tanto es así, que marca la actividad de la enfermera.

Se evidencia además, que el médico llega incluso a pautar determinados cuidados básicos del paciente, asumiendo que la enfermera no los realizaría sin dicha prescripción. Esta situación provoca un malestar en la enfermera por la falta de

reconocimiento por parte del médico, sobre cuáles son sus responsabilidades, dándose situaciones en las que el médico duda de la competencia profesional de la enfermera. Pero según se constata en los registros, la realidad es que la enfermera antes de realizar cualquier atención al paciente, se cerciora de que exista una pauta médica al respecto y si no es así, se siente en la obligación de consultarla con el médico.

No menos importante, aparecen sustanciales incursiones del médico en lo que podría ser considerado como responsabilidad de la enfermera. Queda palpable que el médico interviene en todas las esferas del paciente incluyendo los cuidados básicos. Asimismo, la enfermera asume que debe ejecutar las órdenes médicas y realizar cuantas pruebas diagnósticas hayan sido indicadas por el médico. Este grado de obediencia al médico, puede explicar que la enfermera refleje constantemente en los registros, cuando ya se han realizado determinadas pruebas al paciente, para que se efectúe su valoración por parte del médico.

La M.G. decide que se debe de realizar controles de glucemia cada 3 horas.
POM, se retira O2.
Visto por la Dra. XX que ordena guardar reposo.
Pauta médica: retira GN, solo O2 si saturación menor de 90% o disnea.
Pautado clapping + fisioterapia respiratoria.
Debe permanecer sentada M-T el mayor tiempo posible POM, se pinza SNG hasta nueva orden.
Viene neurología y puede sentarse...

Emergen una serie de discursos en los registros que hacen referencia a las decisiones que las enfermeras toman sobre determinadas competencias médicas sin consultar previamente, o con una consulta posterior. Se refieren a cuidados muy protocolizados en la práctica clínica. Se podrían dar estas situaciones debido a que la enfermera intenta comunicarse con el médico ante complicaciones clínicas relevantes y no por cuestiones banales como son los cuidados básicos.

En el desayuno presenta hipoglucemia, no administro insulina pautaada, desayuna bien.
Doy resorce. No está pautaado.
Se cambia vía periférica por flebitis. Doy synalar gamma para erupción glúteos, mejora.
Realiza varias deposiciones diarreicas, ponemos dieta astringente.
Se arranca vía periférica. No canalizo otra por no llevar medicación EV.
Retiro SRT en la noche para que pueda descansar mejor y acudir al aseo. Vuelvo a conectar en la mañana.
Solicita medicación «para dormir». Se le da un placebo. Descansa toda la noche

Se pone de manifiesto entonces, que la principal actividad enfermera viene determinada por las indicaciones médicas en clave de subordinación. La enfermera establece una prioridad absoluta a este tipo de actividades respecto al resto y la organización de su práctica viene totalmente determinada por dichas órdenes o pautas médicas. Todo ello, refuerza de nuevo el rol de dependencia que la enfermera tiene con el médico.

7.1.5.2. Autonomía profesional

Las actividades propias registradas por la enfermera son escasas y versan sobre aspectos relacionados directamente con los cuidados básicos del paciente. El relativo silencio en los registros de estas actividades y la constatación del rol central del médico en la atención al paciente, evidencian el escaso valor otorgado por el equipo a las responsabilidades de la enfermera, respecto a su impacto en la evolución clínica del paciente. Aunque debe ser destacado por su importancia la presencia de discursos que intentan resaltar el valor de la intervención enfermera para la mejora del bienestar del paciente.

A primera hora pongo hielo en hematoma. Se aplicó frió local.
A las 24h tenía 84mgr/dl y doy resopón, a las 3h de la mañana se encuentra en 77mgr/dl y vuelvo a dar algo para tomar y a las 6 horas se encuentra a 32mgr/dl, pero asintomático, doy de comer galletas y leche y remonta.
La paciente está un poco desorientada, pero coherente en todo. La acomodamos, pero persiste el insomnio y la inquietud.
Después de hablar con él un rato se queda más tranquilo y duerme el resto de la noche.

Aspectos tan importantes como la higiene o los cuidados de las úlceras por presión casi no aparecen en los registros de la enfermera, a pesar de ser una función

reconocida claramente como propia. Estos cuidados son relegados por otros aspectos de carácter clínico o de dependencia del médico. En el caso concreto de la higiene, por ser considerada ésta una actividad de poca relevancia, se delega sin supervisar a la auxiliar de enfermería.

Protección talones con patucos + parche mepilex border en talón D

Aparece con fuerza la valoración del dolor como una de las actividades de colaboración de la enfermera con el médico. Se hace referencia a la localización del dolor y a si se han aplicado medidas farmacológicas, y solo en ocasiones al hecho de si han sido efectivas. Normalmente es el paciente o la familia quien alerta a la enfermera del dolor y solicita analgesia para su desaparición. Pero no se registran otros aspectos de importancia del dolor como la intensidad, tipo, irradiación y sus características. Un sector de enfermeras se «atreven» incluso a definir la causa pero desde la inseguridad, por considerarlo una responsabilidad médica.

Un aspecto relevante que se pone de manifiesto, es que al tratarse el dolor de un dato subjetivo transmitido por el paciente, en ocasiones se producen situaciones en las que una vez más se incapacita la autonomía del paciente. Ocurre cuando la enfermera pone en duda el dolor expresado por el paciente e incluso hace un uso de placebo para comprobarlo.

A las 3h acude a control con dolor abdomen, adm paracetamol vo.
 Tras realizar ECG, me comenta que está muy bien y no presenta más dolor.
 Refiere dolor al poco de venir de urgencias, pongo morfina sc pautaada efectiva.
 A primera hora de la tarde refiere cefalea, me comenta que viene derivada de que se ha puesto muy nervioso + enfadado por no hacerle hoy cateterismo. Refiere dolor precordial????
 Se ha quejado durante la noche. Pendiente pautar analgesia.
 Solicita medicación «para dormir». Se le da un placebo. Descansa toda la noche.

También emergen una serie de funciones que a nivel hospitalario aparecen cada vez con más frecuencia, como es la educación para la salud sobre determinados cuidados

durante la hospitalización del paciente. A pesar de ser un aspecto positivo, aparece más bien como una instrucción del paciente para el correcto uso de productos sanitarios.

Se destacan además algunas alusiones al informe de alta de enfermería como modelo instaurado por el sistema sanitario para paliar las deficiencias en la continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales. La ausencia de referencias a dicho informe en los registros podría deberse a la escasa percepción de la enfermera de que sirva o de que sea su responsabilidad, por lo que plantearía deficiencias en su implantación.

Se le ha instruido en el uso de cámara para inhaladores.
Le hago educación de cómo realizar el espirómetro incentivado, el cual lo hace muy bien.
Entregado espirómetro incentivado y explicado a la paciente.
Paciente que es dado de alta,, se explica insulina lantus para el domicilio...
Se realiza Informe de Enfermería.

Aunque el discurso dominante hace referencia a una dependencia de la enfermera del médico, se observan brotes importantes de autonomía, como ciertas recomendaciones —o sugerencias de pautas médicas— al médico ante determinadas situaciones clínicas del paciente. Lo cierto es que la enfermera únicamente recomienda aquellas actividades que agilizan su práctica clínica. Por lo que dichas recomendaciones a veces, no persiguen únicamente el bienestar del paciente sino la disminución en las cargas de trabajo de la enfermera.

La actitud del médico ante estas recomendaciones varía, pero se denota un entendimiento mutuo en la mayoría de ocasiones. A pesar de eso, se hacen constar en la historia del paciente con frecuencia, cuando se produce la negativa del médico a la recomendación, lo que denota cierto malestar de la enfermera.

Al administrar ciprofloxacino 400, refiere «picores» en la vía. No signos de flebitis. Comento con MG que indica continuar con la misma medicación y administrar el antibiótico en 1h-1 1/4 h.

A las 19h realiza pico de fiebre de 38°C, con lo que llamo a médico de guardia para comentarle, diciéndole que tiene como orden médica pautado perfalgan 1gr, ev si fiebre, pero que la paciente no consta que tenga hemocultivos sacados. La MG me dice que le ponga el paracetamol ev. El cual ha sido efectivo.

Refiere llevar días sin dormir, comento con MG por si se le puede dar algo para dormir y me dice que no.

A última hora de la tarde retiro vía periférica por extravasación, no es posible canalizar nueva vía periférica, comento situación con el internista de guardia que viene a valorarla, cambia tratamiento a vía oral por sonda gástrica.

Comentado con MG que al presentar el pico de tos si se le puede dar algo, me indica que no, que debe expectorar

7.1.5.3. Espacio entre valorar y cuidar

La magnitud de los registros que hacen referencia a diferentes parcelas de valoración del paciente, ponen de manifiesto su importancia para la enfermera. Pero la mayoría de valoraciones se encuentran mecanizadas y son repetitivas, y algunas no aportan información relevante sobre el paciente. Posiblemente esta situación se deba a la imposición por parte de la organización a que en un turno de trabajo de la enfermera haya al menos alguna constancia de la evolución clínica del paciente. Si se atiende a su contenido, se evidencia que la enfermera considera necesario hacer constar todos los parámetros clínicos del paciente por encima del resto de circunstancias.

Se destaca que la mayoría de enfermeras tiende a registrar doblemente en los registros y en la gráfica de constantes, los valores hemodinámicos. Se observa un uso elevado de abreviaturas, que no responden a códigos preestablecidos.

Hemodinámicamente estable.

Ctes mantenidas.

Resto de ctes DLN.

HMD estable.

Estado asintomático.

No sudoración, ni palidez.

Se pone de manifiesto que la enfermera considera de mayor importancia cualquier dato *objetivo* frente a sentimientos, expresiones y emociones del paciente. Es por esto,

por lo que siempre aparecen primero los datos clínicos y posteriormente si el paciente ha referido dolor o ha expresado algún malestar.

Los datos clínicos son interpretados según criterio estándar de normalidad fisiológica. Una vez interpretados y en caso de alteraciones, se ponen en marcha una serie de medidas según la pauta médica. Así, la atención al paciente, se basa en una subdivisión pormenorizada de parámetros clínicos por órganos que evidencia claramente el modelo biomédico. La patología es más importante que el propio paciente.

Hiperglucémico.

HTA previo a la medicación antihipertensiva a primera hora de la mañana, a las 12h Mantiene HTA, comento valores con la Dra. XX que no prescribe nada.

Ctes DLN aunque ligera hipotensión.

Paciente se desestabiliza en la mañana. Refiere disnea intensa + mucho nerviosismo.

Cuadro de desaturación y bradicardia que remonta espontáneamente. Se deja en reposo.

Tiene una mancha blanca en el lado izquierdo de la lengua.

En el trabajo actual de la enfermera, el modelo biomédico se entrelaza con un modelo de atención basado en necesidades básicas, pero de igual forma, se priorizan aquellas necesidades que son consideradas relevantes desde una perspectiva clínica. Si el médico ve órganos, aparatos y patologías, la enfermera valora patologías y necesidades. Claro ejemplo de ello es la valoración de la necesidad de alimentación y nutrición del paciente, donde se observa que el interés radica en la cantidad ingerida, el tipo de dieta según patología o la capacidad de deglución y no se hace referencia al apetito o los factores emocionales que pueden estar presentes. De igual forma ocurre en otras necesidades.

Buena ingesta alimenticia.

Desayuna solo un yogurt + come bol sopa + puré.

Paciente que come poco.

Buena tolerancia alimentaria.

La paciente bebe líquidos con espesante e ingiere alimentos con buena tolerancia.

No come nada, tampoco el suplemento nutricional de la comida. Su mujer nos comenta que no tiene apetito. Hablo con mi compañera de cambio de turno para que lo comente al MG.

La evolución clínica del paciente aparece con expresiones muy breves y repetitivas. Abunda el registro de «sin incidencias» que en sólo cuatro meses analizados aparece en más de 8.000 ocasiones. Esta expresión normalmente aparece sola en el registro de un turno o bien acompañada de algún tipo de comentario superfluo. «Sin incidencias» es una expresión claramente insuficiente para describir la evolución clínica, que evidencia además el constante y permanente silencio del paciente en los registros.

Tranquila durante la tarde.
Buen estado general.
No refiere malestar.
Hd estable, Sin incidencias destacables.
Asintomático.
Sin novedad en la noche.

Son muy pocos los datos sobre el estado anímico del paciente. No hay referencias a su estado emocional respecto a la enfermedad y percepción sobre la hospitalización. Lo que se registra hace referencia a si el paciente está animado o no o si dicho estado anímico es relevante para la continuidad de los cuidados, al que pocas enfermeras prestan atención o registran.

Paciente tranquila toda la tarde, sin dolor. Animada.
Muy animado.
Veo en Hº de urgencias que la paciente está pasando un duelo por el fallecimiento de su marido hace aprox. 1 mes.

Cuando el paciente o la familia aparecen en la valoración de la enfermera, se observa que se produce a consecuencia de una demanda de los mismos. Si el paciente refiere malestar se le toman constantes y se informa al médico, si refiere dolor se le administra un analgésico bajo prescripción médica, si presenta insomnio se le da un hipnótico, si necesitan información se le deriva al médico.

La enfermera considera que debe únicamente recoger la demanda del paciente y gestionar a través del médico la solución, que normalmente se basa en medidas farmacológicas que eliminen o palien la situación. Pero en aquellas ocasiones en las que no se observan alteraciones clínicas, la enfermera obvia la demanda, a no ser que el paciente vuelva a insistir en ella. En este caso, incluso se recurren a medidas de contención farmacológica como los ansiolíticos. Otra evidencia de la persistencia en continuar anulando la autonomía del paciente.

Aviso a MG porque la paciente se encuentra con los ojos mirando al techo sin poder dormir; su familia me comenta que sino se le administra algo no podrá pegar ojo.

A media mañana la familia solicita que acuda a la habitación, refieren que el paciente está muy dormido. Tomo ctes las cuales son estables + normoglucemico. comento con I. Guardia.

Se pone insistente en que venga el médico y al final llamo a MG quien tras valorar me pide que le ponga, actocortina 300 y 2 seguriles.

Paciente que pasa buena tarde pasea me pide medicación comento que lo hable con su médico por pierna hinchada según paciente.

Paciente refiere malestar a las 11h, se valora y no presenta ninguna alteración hemodinámica. A las 13h vuelve a avisar por malestar, aviso a su médico y se le administra un lorazepam.

7.2. ENTREVISTAS A ENFERMERAS

El perfil de las enfermeras entrevistadas ha sido en su mayoría mujeres, de 29 a 54 años, con una experiencia profesional de entre 9 a 28 años, que han desarrollado su práctica profesional en los servicios de medicina interna y especialidades médicas al menos durante 3 años, aunque algunas llevan trabajando hasta 24 años. La situación laboral de las entrevistadas era personal fijo del Servicio de Salud, personal interino o en comisión de servicios. Esto indica estabilidad en ambos grupos, aunque algunas de ellas, lo eran desde solo unos meses.

Todas estas características me han permitido analizar varias perspectivas. Por un lado, un grupo de informantes que han experimentado los diferentes cambios en los modelos de gestión del sistema sanitario así como la evolución de la concepción del paciente, la familia y las relaciones interprofesionales. Por otro las enfermeras, que se han ido incorporando a las instituciones sanitarias con un modelo ya instaurado de cuidados, en

su mayoría más jóvenes. A partir de ahí, me ha sido posible extraer su discurso sobre normalización y sistematización de la práctica profesional así como analizar la capacidad de autonomía del paciente en la toma de decisiones desde la perspectiva enfermera.

El contexto analizado corresponde a servicios de hospitalización de pacientes con patologías múltiples, en un hospital comarcal, con elevadas cargas de trabajo. He de destacar que las entrevistas se realizaron durante un periodo en donde la crisis económica del país ya planteaba políticas de austeridad importantes en el ámbito sanitario tanto de recursos como de personal, lo que aparece en los discursos de las enfermeras.

Aunque inicialmente, no utilicé variables de segmentación, las características sociodemográficas descritas, según la homogeneidad en la distribución de los grupos, me ha permitido distinguir dos franjas en cada característica para analizar las diferencias aparecidas en los discursos (anexo 8). Dicho análisis permitirá aportar evidencia de la necesidad en futuras investigaciones, de segmentar según determinadas características.

El análisis de las entrevistas ha generado cinco categorías: paciente como objeto pasivo de los cuidados; la familia, extensión instrumental de la enfermera en los cuidados; el poder del equipo de salud en la toma de decisiones del paciente; instrumentalización del sistema sanitario en la autonomía del paciente y ser enfermera.

7.2.1. Paciente como objeto pasivo de los cuidados

Se constata que, para que la enfermera apoye, empatice, asesore y cuide al paciente, y en definitiva tenga una buena relación con él, el grado de participación en los cuidados y la actitud que el paciente adquiera en dicha relación, es determinante.

En ese sentido, la mayoría de enfermeras entrevistadas consideran que el paciente debe aceptar su enfermedad, colaborar y llevar a cabo todas las indicaciones que los

profesionales le impongan. En caso contrario, se plantean conflictos que provocan modificaciones en la actitud de la enfermera y configura el concepto de *buen o mal* paciente.

El tipo de relación de la enfermera con el paciente condiciona la toma de decisiones de estos. Las enfermeras con menos años de experiencia profesional consideran que la última decisión sobre la atención, por encima del paciente, la debe tomar el médico. La enfermera sólo toma decisiones sobre los cuidados básicos y en algunos, previa consulta al médico. Aunque las enfermeras con más experiencia reconocen su influencia sobre las decisiones del médico.

Asimismo, aparece en el discurso de las enfermeras de menor edad y menos años de profesión, una preferencia por un paciente obediente y que se deje llevar. Tener más experiencia se relaciona con asumir que la autonomía del paciente en la toma de decisiones depende del grado de participación que la enfermera le permita. Reconocen que las pautas las marca el profesional o la institución y han de hacerse cumplir obligatoriamente.

7.2.1.1. Paternalismo protector con el paciente

Se constata que la enfermera actúa como asesora del paciente, teniendo como referente de experto, al médico. La enfermera basa su relación con el paciente en la confianza y la amistad, convirtiéndose en un referente para calmar sus ansiedades y preocupaciones durante su estancia hospitalaria.

La enfermera prefiere una relación, en ausencia de conflictos con el paciente, aportando seguridad y usando un lenguaje básico, de bajo nivel cultural y comprensible, sin tener en cuenta que, el paciente pueda tener una mayor nivel académico que la propia enfermera. Lo que se relaciona directamente con una actitud paternalista protectora y con la consideración de que el paciente no tiene los conocimientos suficientes para comprender el lenguaje médico.

E1: «Creo que mi relación con el paciente es buena porque intento estar todo el tiempo posible con él y con la familia entonces le doy opción a que me hablen de todo lo que quieran, de si tienen alguna duda, intento resolver todas las dudas que tienen ellos y si yo no sé derivarlas a otro [...] Yo creo que más como asesora porque experta no. Siempre yo creo que el experto más es el médico entonces yo soy como una ayuda..»

E10: «[...] si le estás explicando cualquier cosa o lo que sea te pueda llegar a entenderlo entonces él se sienta con confianza, a su nivel, hablarle todo en el nivel que, que lo observe, en el nivel que lo entienda, en el nivel que se sienta cómodo porque, bueno, hay muchas palabras que les ponen de los nervios.»

La empatía aparece en el discurso de las entrevistadas como un aspecto fundamental de la relación con el paciente. La enfermera considera que tener una buena relación debe pasar por comprender al paciente en todo momento. Cuando se alcanza ese grado de comprensión es cuando la relación mejora.

Las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia no reconocen las limitaciones a la hora de empatizar con el paciente. Son las que mayores barreras describen en la toma de decisiones del paciente, considerando la colaboración en los cuidados como suficiente para que el paciente ejerza su poder de decisión. No aparece en el discurso de este grupo de enfermeras, la necesidad de un cambio a un paciente más autónomo en la toma de decisiones.

En el caso de las enfermeras con más experiencia profesional, se denota mayor sensibilidad por la autonomía del paciente, intentando adaptar la información que le proporcionan para que decidan sobre algunas parcelas de sus cuidados.

E2: «Tenerle empatía. Para mí eso es fundamental. Yo pienso que para tener una buena relación con el paciente tengo que comprenderlo... Pero en cuanto los comprendo, en cuanto me pongo a hablar con ellos, los comprendo un poco, entonces ahí es cuando la relación mejora siempre.»

E3: «Pues una relación abierta y de trato cordial y cercano y empático... Sí, sí, es amable, un trato que, cercano, vaya, lo más cercano posible para poder entender el paciente.»

E5: «Empatizo bastante con el paciente y yo creo que es buena. Pienso yo. Nunca he tenido un problema.»

Además, el tipo de relación con la familia marca, a su vez, la buena o mala relación con el paciente. La enfermera asume que la información sobre el paciente debe canalizarse a través de la familia para mantener un equilibrio en la relación.

E2: «Si con el paciente la relación es buena, con la familia es buena. Si el paciente no tienes buena relación al final, con la familia, no tienes buena relación. Yo creo que es, van unidos la relación.»

E8: «Porque una familia mal informada para mí pienso que es doble trabajo. De hecho siempre tienes que decirles voy a informar a uno bien y luego pues entre vosotros lo habláis. Siempre tienes que hacer eso, ¿no? Pero siempre te llega luego el segundo hermano, pero bueno, da igual. Pero sí que intento informarlos al máximo para que estén al día para no tener que estar con dudas y eso porque eso ahorra trabajo.»

En definitiva, la relación enfermera-paciente es asimétrica. Mientras la enfermera se define como la que tiene los conocimientos técnicos y conoce el funcionamiento del sistema sanitario, el paciente únicamente controla como quiere y/o puede afrontar la enfermedad.

La enfermera controla la relación en clave de empatía y trato directo con actitud paternalista y el paciente acepta dicho control, en estos términos. Dicha relación es eficiente, estable y predecible si cada uno adquiere el rol establecido. Así, la capacidad en la toma de decisiones del paciente está limitada a que asuma el rol pasivo objeto de cuidados.

La relación con el paciente se basa en la confianza, en las enfermeras con menos edad y experiencia, dicha confianza se da cuando el paciente valora y respeta el trabajo de la enfermera. Mientras que en las de más edad y experiencia, se prioriza la relación interpersonal con el paciente para generar dicha confianza.

7.2.1.2. Tensiones en la relación con el paciente

Se destaca un discurso donde la enfermera atribuye las tensiones a la actitud del paciente ante la enfermedad o al descontento o negación de los cuidados proporcionados.

La falta de aceptación por parte del paciente sobre su enfermedad es la principal fuente de conflicto, acrecentada en presencia de una actitud agresiva del paciente o de falta de respeto a la enfermera.

E3: «...nosotros le hicimos esperar de, nos pidió un pijama y le dijimos que estábamos ocupadas y a eso nos vino, se puso en medio del pasillo y nos dijo que éramos unas ariscas y bueno, nosotras le dijimos que no nos negamos pero, sólo dijimos espera un momentito que estamos con las meriendas y con un ingreso.»

E6: «La agresividad que pueda tener el paciente. O sea, el hecho de que sobre todo tenga una enfermedad, no la asuma y eso, esa, ese no asumir, no asumir eso conlleva una, pues a una agresividad verbal o física hacia ti que intentas ir de buena fe. Entonces, yo lo que no, ahora lo filtro más pero a mí lo que no me gusta nunca es que me griten, o sea, no. Entonces yo la mala educación o el que me griten lo llevo fatal. Vaya, como que (ríe) pero cuando usted deje de gritar ya volveré, y me voy... O sea, tú estás enfermo pero no estás inválido o no eres, no sé cómo explicarlo, o sea, cada uno en la medida que puede, puede hacer alguna cosa y ¿cómo traba? Pues igual que la persona a la cual yo me dirijo sea, falte al respeto y ahí entrando por la amplias gamas de faltar al respeto hacia mí como persona.»

Ante las situaciones de conflicto descritas, un sector minoritario, considera que una actitud resistente del paciente a los cuidados impuestos puede convertirse en un reto, de forma que se deben de desplegar una serie de habilidades para mantener una buena relación con él.

Existe consenso sobre que, la negación del paciente a los cuidados propuestos genera una serie de estrategias de persuasión y coerción y en consecuencia una clara limitación en la autonomía del paciente para tomar decisiones.

E4: «Los enfermos estos, estos que se te hacen duros de llevar, que hay, que es como un reto, tenemos que ser todavía mejores.»

E8: «Pues por ejemplo se niega a hacer una prueba, pues, por ejemplo, la analítica no se la quiere hacer, entonces le insistes y a veces pues te chilla, entonces pues ya, a ver tú no le chillas pero, o intentas no chillarle porque no, no, somos profesionales ante todo, pero bueno, estás viendo que para él es importante y insistes pues, por eso, porque es importante para él. Y es una prueba que le hace falta y se niega a hacérsela, le tienes que estar convenciendo y entonces pues claro, de una vez, de otra, de otra y de otra pues al final, al final hay un conflicto hay que te vas malamente, ¿no? Ya no trabajas a gusto como quieres trabajar porque él no se deja intentar solucionar su problema, que le plantea, pues la sanidad, vamos, por decirlo así. No sé cómo explicarme.»

Las enfermeras, de más edad y con más experiencia profesional, no sólo se refieren, a la actitud de los pacientes como las causas de las tensiones. Este grupo, considera a la enfermera como la responsable del conflicto por falta de habilidades de comunicación, en especial de empatía.

E2: «Cuando me he llevado mal con los pacientes es cuando no los comprendo. Pacientes de estos que digo, ¿qué le pasa? ¿Qué le estará pasando por su cabeza para estar cabreado, enfadado...? Entonces ya ahí la relación es mala.»

E9: «Si con el paciente la relación es buena, con la familia es buena. Si el paciente no tienes buena relación al final, con la familia, no tienes buena relación.»

7.2.1.3. Poder de decisión del paciente

Se evidencian, por un lado un rol pasivo del paciente como objeto del cuidado y por otro lado un rol activo que en su extremo es considerado como paciente difícil. Dichos roles determinan la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes.

Un paciente que confía en la enfermera y por lo tanto no toma decisiones y se *deja llevar*, es lo que determina el rol pasivo. Se constata que una vez que el paciente ingresa en el hospital, se considera como propiedad de la institución y de los profesionales. Se

espera de él, asumir las reglas, normas y cuidados impuestos, sin tener en cuenta la información previa.

Por lo tanto, la capacidad de autonomía del paciente en este caso, se encuentra limitada a seguir las recomendaciones de los profesionales y la institución. Esta limitación se acrecienta según el bajo nivel de autonomía física y la edad, llegando a ser confundida dicha dependencia con la capacidad de decisión.

Se observa que, proporcionar alguna información al paciente sobre lo que se le hará, se considera suficiente para cubrir las necesidades de autonomía. En las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia, se destaca una resistencia para proporcionar información al paciente y la familia y si se da, es para disminuir las cargas de trabajo. Mientras que en las enfermeras de más edad y experiencia profesional está muy presente la necesidad de informar en casi todos los casos.

E1: «Depende del tipo de paciente porque, claro, si es un paciente autónomo pues sus cuidados se los va a proporcionar él, si es un paciente dependiente pues los cuidados prácticamente se los hacemos [...] quiero decir que no le dejamos que, o sea, lo hacemos dependiente, no le dejamos que su independencia la lleve a cabo.»

E2: «Yo creo que se deja mucho llevar por nosotros. No asumen mucho protagonismo en sus cuidados, creo yo. Se dejan llevar por nosotros... todo lo que le decimos nosotros es lo que ellos se creen. Si nosotros decimos que el dolor viene de ahí pues ellos se lo creen y ya está y...»

E4: «Es que no te puedo decir que las toman ellos porque siempre vamos marcando nosotras las pautas, lo que pasa que sí que yo creo que tenemos que hacerlos partícipes de, de esa o explicarles porque ese tipo, porque ese cuidado, porque esta manera de hacer las cosas.»

Aquel paciente que no adquiere el rol de sumisión y realiza actividades diferentes a las marcadas por la institución o las que los profesionales consideran que deben ser asumidas por el paciente, configura un rol pro-activo y emergente. La enfermera lo califica como un paciente demandante.

El paciente demandante, se niega a realizar determinadas pruebas, rechaza el tratamiento o toma sus propias decisiones, exigiendo información. Es percibido por la enfermera como un mal paciente que no acepta su situación de enfermo.

En contraste, se observa un sector de enfermeras que intentan proporcionar un papel más activo del paciente, siempre y cuando éste no genere conflictos ni se niegue rotundamente a los cuidados propuestos.

E1: «Hay pacientes que por lo que sea pues son más difíciles de tratar o creen que no están enfermos y en realidad lo están entonces pues se trabaja con más dificultad porque no quieren a lo mejor el tratamiento que se le está poniendo o no entienden por qué se les está poniendo.»

E2: «No es lo mismo ir a curar a un paciente que te lo pone fácil, que es agradable, que te entiende, que te ayuda que a otro paciente que no, que se está moviendo, que está hablando por el móvil mientras le estás curando la vía, que está...»

E4: «Hay gente que no, que no se consigue mucho porque parece que regresan a bebés.»

Finalmente, se destaca que la no aceptación de la enfermedad provoca en el paciente actitudes inconformistas hacia los cuidados. Esta actitud en ocasiones, es percibida por la enfermera, como una agresión. En estos casos, se califica al paciente como difícil o incómodo con una actitud de falta de respeto, ante las cargas de trabajo de la enfermera.

E6: «La agresividad que pueda tener el paciente. O sea, el hecho de que sobre todo tenga una enfermedad, no la asuma y eso, esa, ese no asumir, no asumir eso conlleva una, pues a una agresividad verbal o física hacia ti que intentas ir de buena fe... Entonces yo la mala educación o el que me griten lo llevo fatal. Vaya, como que (ríe) pero cuando usted deje de gritar ya volveré, y me voy.»

E7: «Él no entiende que fuera hay treinta y un pacientes más, ¿no? Y entonces él sólo entiende que ha estado diez minutos incómodo, entonces a veces pues vas estresado y llegas allí, él te contesta

eso y tú no aceptas que te diga eso porque no has estado con los brazos cruzados sin hacer nada sino que vienes de, de, de no parar y le puedes contestar mal. Y claro, eso pasa.»

7.2.1.4. Estrategias de poder de la enfermera

Se destacan tres roles de la enfermera respecto a la relación con el paciente y que determinan el poder de decisión del mismo. En primer lugar, se evidencia una marcada actitud maternalista de la enfermera.

Este maternalismo o paternalismo protector pone de manifiesto las limitaciones de conocimientos y habilidades de las enfermeras en situaciones clínicas, que son sustituidas por trato humano con el paciente, especialmente marcado en las enfermeras de mayor edad y más experiencia profesional.

Estas enfermeras se encuentran más cómodas siendo un soporte para el paciente, basando su relación en la confianza, amistad y cercanía. La enfermera asume que el paciente la considere como al profesional que le pueden expresar sus sentimientos, pues es la que más tiempo pasa con él. Se define el cuidar como un arte y se defiende la comunicación constante con el paciente de temas no relacionados con su enfermedad.

E1: «Entonces yo experta creo que no soy porque hay muchas cosas que ignoro, porque hay mucha, claro, la medicina es muy amplia y hay muchas patologías en especialidades médicas... pienso que mi papel es de asesorar un poco... [...] y que tú le des una cierta confianza al paciente porque si no tienen esa confianza tampoco van a hablar contigo y no se van a sentir bien.»

E4: «Yo soy muy mimosa, me gusta mucho el cuidado y esto pero poniendo un poco distancia... Intento tratarlos con respeto, no tratándolos como si fueran tontitos, enfermos, personas enfermas que ya parece que no entienden nada y empiezo por hablarle a todo el mundo de usted que también me... ¿sabes? Y luego ya con el tiempo pues, no sé, con unas personas evidentemente pues te caen mejor, otras te caen peor...»

E8: «A lo largo de la, de los días, cuanto más tiempo, por ejemplo, está ingresado, yo, es una percepción mía, se hace una confianza más de amistad y ya como que ya no tiene tanta necesidad tuya... Me siento cómodo, me siento cómodo siendo así y he visto que hay buenos resultados en ser humano, siendo, pues cariñoso cuando hay que serlo, siendo profesional cuando hay que serlo.»

Se constata, en segundo lugar, una actitud de enfermera experta, únicamente cuando se asumen actividades delegadas por el médico. Se asocia este rol con las habilidades técnicas y conocimientos clínicos y viene determinado por protocolos preestablecidos para asegurar la adecuación de los cuidados proporcionados.

Este grupo de enfermeras, consideran que el paciente no tiene capacidad para tomar decisiones por no conocer la evidencia científica al respecto, por lo que la información se le reduce a cuestiones banales. Pero además, estas enfermeras priorizan las técnicas sobre cualquier otro aspecto.

E4: «De los cuidados en general ya tenemos más o menos como un, sí, unos protocolos que se, hombre a veces se, sobre la marcha tienes que cambiar pero en teoría se van haciendo más o menos todo...»

E6: «A ver, que él entienda que tú estás ahí, que tú eres un profesional, que tú eres la enfermera, sí, pero que también eres la persona que en un momento dado le puedes solucionar alguna duda que él tenga... te presentas y tú ya no eres ni la señorita, ni la señora, ni la enfermera tú eres fulanita de tal, que eres tal y que estás trabajando en este turno, entonces él te tiene de referencia, él o ella, vaya, te tiene de referencia.»

E8: «Somos profesionales ante todo, pero bueno, estás viendo que para él es importante y insistes pues, por eso, porque es importante para él. Y es una prueba que le hace falta y se niega a hacérsela, le tienes que estar convenciendo y entonces pues claro, de una vez, de otra, de otra y de otra pues al final, al final hay un conflicto hay que te vas malamente.»

La enfermera se ve a sí misma como enlace del médico con el paciente. Y aunque es un rol asumido, se describen situaciones en las que la falta de comunicación entre los profesionales provoca tensiones con el paciente.

Se constata que la enfermera defiende parcelas de autonomía profesional e intenta evitar que el paciente la vea como ayudante del médico. Esta lucha interna por la autonomía profesional provoca una importante disminución en el poder de decisión del paciente.

E1: «El médico está ahí cinco minutos al día y yo estoy un turno entero entonces claro, con el médico no hablan nada, prácticamente, y con nosotros pueden hablar... Entonces yo puedo obtener una información que me sirve para decírsela al médico al día siguiente o para dejarla escrita en el ordenador, que la pueda leer el médico y que eso le ayude pues a resolver las dudas del paciente.»

E7: «...entonces ahí se nota mucho los fallos porque a veces el paciente sabe cosas que nosotros no sabemos y quedamos como poco profesionales porque a veces entro en una habitación y el paciente me dice no, es que me van a hacer tal prueba y, y yo no lo sabía y claro, quedas muy mal, el profesional.»

En todos los roles descritos, se limita la capacidad en la toma de decisiones del paciente, menos reconocido en las enfermeras jóvenes y con poca experiencia. En las de mayor edad y con más experiencia aparece un mayor reconocimiento de que dicha autonomía está limitada por el propio profesional.

7.2.1.5. Ser un buen paciente según la enfermera

Ser *buen paciente* para la enfermera es un paciente sin identidad, confiado, sin información y agradecido. Es decir, un paciente sumiso, objeto pasivo de los cuidados y sin poder de decisión.

E2: «El que también asume mucho su enfermedad. Hay pacientes que lo asumen y que tienen... No los pacientes que es no desde el principio y que, bueno, eso también pasa, pero luego pasa a la siguiente fase pero hay gente que es que están en negación continua y yo creo que esos son los malos. Para mí.»

E9: «...y al final, al final son los que reciben más atención que no los que te los están demandando obligatoriamente... El que ayuda, el que tiene, igual que yo quiero tener empatía con ellos, el que tiene empatía también con el enfermero, el que valora nuestro trabajo, el que... Que tiene paciencia con nosotros.»

Se evidencia que la enfermera prefiere un paciente que acate las pautas y que no pida muchas explicaciones sobre los cuidados proporcionados. En definitiva, que el paciente no lleve a cabo iniciativas propias.

E5: «Hay personal que cuando le preguntan, ¿y qué me estás poniendo? Pues igual el personal les responde jo, qué raros son, me dice a ver que le estoy poniendo. Hombre, los pacientes de ahora ya no son como los de antes, quieren explicaciones por todo. Quieren que les expliques todo lo que les vas a hacer, para qué le vas a hacer, están esperando siempre cuando tú entras lo primero ¿qué me vas a hacer?»

E5: «Sí, sí, se producen situaciones. Queremos un campo demasiado limpio para poder trabajar, ¿no? Sin tener problemas y...»

7.2.1.6. Impacto de la relación enfermera-paciente en el cuidado

Se observa que la buena relación con el paciente mejora los cuidados en general. Esto se produce en clave de más dedicación, confianza, seguridad, empatía y asertividad. Además se destaca que con una buena relación, el paciente se encuentra tranquilo y mejora su estado emocional y se optimizan resultados de curación.

Aparecen algunas diferencias en los factores que impactan en la calidad de los cuidados según la unidad a la que se pertenece. Mientras que las enfermeras de especialidades médicas destacan multitud de factores relacionados con las relaciones interprofesionales y la propia relación con el paciente y la familia, las enfermeras de medicina interna relacionan el impacto casi exclusivamente, con la carga de trabajo por la escasez de tiempo dedicado al paciente.

E2: «Tú vas a un paciente que te llevas bien o que te entiende y todo eso y le curas con ganas, les estás ahí... Bueno, le curas con ganas, que le curas igual, ¿no? (Ríe) pero que vas como más predispuesto, pasas más tiempo, le escuchas más, estás más tiempo con él y al final, al final son los que reciben más atención que no los que te los están demandando obligatoriamente.»

E7: «Y de hecho yo creo que sí. Si tú tienes una buena relación y le has dado confianza al paciente, amabilidad y él se siente seguro yo lo tengo comprobado, la noche la pasa bien. Está tranquilo. Cuando no pues están más nerviosos, están ansiosos y entonces no descansan por la noche, estoy convencida de que, bueno, sí. Es muy importante. Yo, para mí, yo siempre lo he dicho que forma parte del tratamiento. Está claro.»

Se constata que, una mala relación con el paciente provoca una escasa comunicación, disminución por las preocupaciones del paciente y sus cuidados, menos tiempo dedicado y una insatisfacción del paciente. Aunque se reconoce que el aspecto técnico de los cuidados es el mismo, la interacción con el paciente cambia.

E2: «Si la relación es mala yo creo que el cuidado no es el mismo. No es malo, no le cuidas mal, una cosa que sea mala pero igual no te vuelcas tanto o no, no le prestas tanta atención, no en el sentido solamente de cuidados de enfermero sino como lo que te digo, de psicólogo, de tener, pues si un paciente tienes buena la relación pues te paras a hablar con él, te preocupas por cuanto ha comido, qué ha comido, qué... ¿sabes? Cómo le va... Te preocupas de más cosas igual. Dedicas más tiempo a eso, yo creo que sí.»

E8: «Que un paciente que se niega a todo, un paciente que no quiere lo que tú le propones, un paciente que entonces, entonces tienes que cambiar los cuidados y a lo mejor son ya otro tipo de cuidados.»

Finalmente, emerge un discurso de excelencia profesional, en el que la enfermera se resiste a asociar una mala relación con el paciente con efectos colaterales en el cuidado.

E4: «Yo intento ser exquisita en mis cuidados y tanto si tengo mala relación como si la tengo mala, como buena, como si es... No, no, no, no. Al contrario, a veces digo que los, los enfermos estos,

estos que se te hacen duros de llevar, que hay, que es como un reto, tenemos que ser todavía mejores.»

7.2.2. La familia, extensión instrumental de la enfermera en el cuidado

Se evidencian diferentes conceptos de familia dependiendo del grado de presencia y soporte a la enfermera en su práctica clínica. Aunque la familia es considerada en general como un elemento importante en los cuidados del paciente, se destaca que se prefiere una familia colaboradora pero sin que distorsione su actividad profesional. Por esta razón, familiares que no descargan de algunos cuidados básicos a la enfermera, son considerados conflictivos o conformistas.

De ahí, que aparezca una interesante paradoja, aunque se considera necesaria a la familia, se plantea que cuanto más lejos mejor. Lo que explicaría que, aunque de la familia se espere que sea una fuente de información sobre la evolución del paciente y de soporte a los profesionales, la enfermera tiene una actitud de distanciamiento hacia ella, desde el posicionamiento de todo para el paciente pero sin la familia o en su defecto sin que ésta la obstaculice.

Se destaca que las enfermeras de menos años de experiencia profesional distinguen entre la familia que pasa tiempo con el paciente, ayuda y colabora y aquella familia que, realiza visitas cortas, demanda más cuidados, aumenta las cargas de trabajo y obstaculiza el trabajo de enfermería.

Sin embargo, las enfermeras con más años de profesión presentan un discurso más crítico con la familia y establecen una mayor distancia con ella. Sólo se crean lazos con la familia en el caso de pacientes crónicos que reingresan o que presentan largas estancias en el hospital, en ese caso la familia se convierte en una referencia. Este grupo de enfermeras ven necesario que la familia esté informada para disminuir los conflictos y la carga de trabajo.

Asimismo se constata que la relación que la enfermera establece con la familia condiciona el tipo de relación con el paciente y determina la capacidad en la toma de decisiones de éste.

7.2.2.1. Modelos de familia

Se evidencian en los discursos diferentes modelos o conceptos de familia, dependiendo de si la familia pasa mucho o poco tiempo con el paciente, sigue o no las indicaciones de los profesionales y es percibida como ayuda u obstáculo en los cuidados. De esta forma se va configurando el tipo de relación con la enfermera.

El primer modelo hace referencia a la familia que está mucho tiempo con el paciente y establece una buena relación con la enfermera. Esta relación está basada en la comprensión y el cumplimiento de las indicaciones de los profesionales, donde la familia *se deja hacer*.

En este modelo, la familia ejerce un rol de control del paciente por considerar la enfermera difícil vigilarlo continuamente. Incluso la enfermera instruye a la familia de cómo realizar determinados cuidados. En este caso, la familia se convierte en un elemento tranquilizador del paciente, por el acompañamiento y apoyo al mismo.

Se destaca, que un sector de enfermeras expresa su preferencia por este primer modelo de familia, pues agradecen y reconocen el trabajo de la enfermera y permite que la relación con el paciente y la familia se base en la confianza.

E1: «Sin embargo la familia que está tiempo con el paciente como ven como va evolucionando entiende bien la situación y nuestra relación suele ser siempre buena, en general... yo intento siempre que acabe siendo buena porque con los días pues más o menos van viendo como trabajamos y, y tú vas hablando más con ellos y, y intentas a lo mejor con las familias que peor trato tienes intentar acabándote de llevar mejor porque te facilita el trabajo siempre.»

E5: «siempre busco a las más tranquilas para la información, son las que te aportan, de las que pueden entender mejor las cosas.»

E6: «Luego está la otra familia que sí que se intenta involucrar, que quiere hacer las cosas, que sabe que su familiar lo sabe y que intentas entonces apoyar a todos... Entonces creas un vínculo también con ellos, paciente, familia, marido, mujer, hijo y tú. También depende de lo que él o ella se quiera involucrar... tú les explicas, tal y hay una confianza.»

Un segundo modelo destacado, hace referencia a una familia que está muy poco con el paciente, que no se implican en los cuidados y que plantea dificultades en la relación con la enfermera. En estos casos, la enfermera percibe a la familia como poco respetuosa con el trabajo y resistente a acatar los cuidados impuestos.

En este modelo, aparece una desconfianza entre la enfermera y la familia. Por tanto, la enfermera califica a la familia como conformista, poco colaboradora y desentendida de los cuidados, lo que provoca que se descarguen en los profesionales todas las decisiones sobre el paciente.

Destacar que, un sector de enfermeras, reconoce que no es una obligación del familiar realizar determinadas tareas de los cuidados, pero a pesar de esto, es criticado sino se hacen y determina una u otra actitud por parte de la enfermera. Y otro sector de enfermeras reconoce que, en ocasiones, esta falta de implicación de la familia en los cuidados del paciente, se debe al miedo respecto a la enfermedad y a la influencia de la organización que ha normalizado que cuando el profesional entra en la habitación, la familia tenga que salir, excluyéndola de la participación directa en dichos cuidados.

E1: «La familia que está muy poco tiempo con el paciente en el hospital yo no sé qué piensan pero vienen poco tiempo y sólo recibimos quejas de esa, de esa parte de la familia. [...] En vez de pedir información primero y luego quejarse de lo que se le está haciendo, lo primero que hacen es protestar. Y por qué esto, y por qué esto, y por qué esto, y por qué esto... Es que está fatal, es que no veis que esto está pasando así o...»

E4: «Yo creo que los hemos acostumbrado a que cuando el enfermero entra por la habitación el familiar automáticamente se sale... Yo creo que creer que es por miedo, ¿no? Muchas veces es por miedo, porque están allí, no saben cómo hacer, no saben.»

E7: «Los familiares depende de cada caso pero los familiares normalmente son gente bastante conformista, yo me he dado cuenta, o sea, les dices eso y lo aceptan pero a la hora de ayudarte no te ayudan, es como, no sabría cómo decírtelo pero hay como un poco de pasotismo, no, no colaboran. Claro, no están obligados, es nuestro trabajo, ¿no? Pero a la hora de colaborar pues en cosas como poner una cuña o así pues no. Lo tienes que hacer todo tú. A veces les explicas, pues mira, eso se hace así, pero claro, no están obligados.»

El tercer modelo constatado, es el de una familia que pasa mucho tiempo con el paciente pero que no acatan las indicaciones de los profesionales, al considerar que saben más que ellos. Esta situación se describe especialmente en pacientes crónicos, donde la familia es percibida excesivamente controladora, demandante y obstaculizadora.

En este modelo, aparece un distanciamiento entre la enfermera y la familia, por percibir, la enfermera, una invasión en su competencia profesional. De esta forma, deja de considerarse a la familia, como un soporte para los cuidados del paciente e incluso se le imponen una serie de límites.

Los límites incluyen, no solamente aspectos normativos como podrían ser los horarios, sino que además establecen cómo será la relación entre la familia y la enfermera. Es decir, se producen desacuerdos con la familia respecto a qué debe saber o no el paciente sobre su enfermedad. Situación que limita claramente la capacidad del paciente para tomar decisiones y provoca, en algunas ocasiones, una conspiración del silencio, donde el último en conocer su proceso de enfermedad es el paciente.

E1: «Hay otras familias que cuando llevan mucho tiempo, pues supongo yo que también será el estar allí mucho tiempo, pues también creen que saben más que, que el profesional médico y, y que tienen derecho a hacer las cosas como a ellos les parece correcta, que no quita que muchas veces tengan razón.»

E5: «La familia te pide, hay veces que es muy demandante, te pide muchas cosas, pues también la tienes que saber parar un poquito porque hay muchos pacientes, se tienen que ajustar un poco a un horario. Pero sí, hay que escuchar a la familia y si no les das la razón o no les puedes dar eso, hay que explicarle porque no y lo entienden.»

E6: «La familia está, pues hay de todo, está la típica familia que, que no quiere que el paciente sepa lo que tiene, lo que no tiene, con lo cual ahí hay una conspiración de silencio que te cagas, que es increíble.»

E9: «Bueno, depende de la familia, hay veces que te ayudan mucho y hay veces que es que es mejor que se fueran porque lo que hacen es entorpecer.»

Por último, un sector de enfermeras describe un modelo de familia ausente. Se diferencian dos circunstancias, por un lado, que la ausencia de la familia se deba a la falta de implicación en el cuidado del paciente, excluyendo aquellos que puedan tener obligaciones laborales o cargas familiares que no les permiten su presencia.

Por otro lado, que la ausencia de la familia, se deba a la escasa o nula red sociofamiliar del paciente. En este caso, el paciente es calificado como problema social, término que se refiere a los pacientes que puedan tener serias dificultades para realizar las actividades de la vida diaria en su entorno domiciliario o incluso durante su hospitalización sin la ayuda de ningún familiar.

E3: «Con la familia, pues en interna es que a veces o no hay nadie...»

E8: «Pacientes que están solos tardan mucho, para mí, percepción, yo estoy hablando del tipo de paciente que trabajo yo, ¿no? Para mi percepción tardan mucho más en recuperar los pacientes que están solos, están más deprimidos, el paciente solo, a parte, pacientes que son mayores pero que, que son súper autónomos viven solos y se hacen, en su casa han sido autónomos y ahora son dependientes pues eso les entristece, ¿no? Que tengan que estar constantemente llamándote para que le abras la ventana, para que eso...»

Se podría decir, que la enfermera describe cuatro modelos de familia en base a las siguientes características: (1) según la presencia de la familia con el paciente, (2) según

la familia colabore y no sea fuente de conflicto, por lo que una familia que sustituya algunas funciones básicas a la enfermera, es percibida como un modelo preferible. (3) Y según la familia reconozca el trabajo de enfermería, si la familia no sólo colabora sino que además reconoce y cumple con las indicaciones de los profesionales, es percibida como una familia en la que confiar e informar constantemente.

7.2.2.2. Influencia de la presencia de la familia en la relación de la enfermera con el paciente

La enfermera reconoce que en la medida en que la relación con el paciente sea buena o mala, lo será con la familia.

Se pone de manifiesto, que para la enfermera es más importante que haya alguien junto al paciente para cuidarlo, sea cuál sea el vínculo parental o la propia relación que tenga con ella, incluso planteando la necesidad de la contratación de cuidadores si la familia no puede asegurar dicha presencia.

E2: «Si con el paciente la relación es buena, con la familia es buena. Si el paciente no tienes buena relación al final, con la familia, no tienes buena relación. Yo creo que es, van unidos la relación.»

E9: «Yo comprendo la situación de muchas familias, ¿no? De que están trabajando y todo eso pero hay medios, hay medios, hay personas que se dedican a cuidarlos y hay personas que se dedican a estar con ellos y dándole compañía por la noche porque no es lo típico que nos quitan trabajo.»

Se evidencian distintos factores que determinan el tipo de relación entre la familia y la enfermera. El primero incluye la colaboración e implicación de la familia en el cuidado del paciente, que según sea mayor, genera una relación satisfactoria para la enfermera.

Dentro de estos factores aparece la información como un elemento imprescindible que mantiene la relación estable o incluso pueda mejorarla. La enfermera usa la información como una estrategia para evitar los conflictos con la familia y la familia

utiliza la información para dar a conocer la evolución y complicaciones clínicas del paciente.

E2: «En general a mí me ayudan o intentan siempre, no sé, ayudarte en lo posible o explicarte como lo hacen ellos en casa con pacientes dependientes... Si la familia tiene buenos cuidados con el paciente o pues es la primera, para mí es la clave.»

E8: «Si yo le explico todo a la familia y la familia está informada como persona humana que soy se me pueden olvidar cosas y muchas veces te lo recuerdan ellos... Pero la familia como sólo tiene su paciente pues está pendiente a todo... La familia está muy pendiente de su paciente y te puede ayudar a, a que salga todo al cien por cien, por decirlo así.»

Otros factores incluyen los límites y obstáculos en la relación de la enfermera con la familia. Aquí, la enfermera identifica como debilidad de la relación, la presencia discontinua de la familia con el paciente, lo que le provoca malestar e insatisfacción.

La demanda de información por la familia es percibida como una agresión para la enfermera y se proporciona en cantidad escasa o nula. Aunque la información se considera fundamental, genera conflictos.

E1: «En vez de pedir información primero y luego quejarse de lo que se le está haciendo, lo primero que hacen es protestar. Y por qué esto, y por qué esto, y por qué esto, y por qué esto... Es que está fatal, es que no veis que esto está pasando así o...»

E10: «Yo me gustaría que hubiera un horario de visitas, a mí que estén todo el día no me gusta, no me gusta porque cuando tenemos que hacer las higienes, cuando tenemos que hacer las curas, los, tenemos que invitarles a que salgan de la habitación, a veces se niegan, [...] y esto te impide el poder trabajar cómodamente y a mí a veces me llega a molestar, sinceramente, sobre todo durante el día cuando tienes que hacer trabajo. Los pasillos llenos de gente, no puedes pasar con el carro.»

Los factores anteriormente explicados son los que determinan el grado de participación del paciente y la familia en la toma de decisiones sobre sus cuidados. Si la relación

enfermera-familia es buena, se le permite a la familia participar en las decisiones del paciente, pero si están presentes las tensiones descritas, la enfermera reprime y condena el poder de decisión de la familia.

E5: «Se hace una crítica a los familiares también porque toman unas decisiones que no nos gustan, bueno, sus problemas y sus cosas.»

E8: «Pero también ha habido casos de que a veces la familia irrita al paciente y entonces es peor porque el paciente se pone nervioso y alguna vez hemos tenido y todo que decir mire pues, sutilmente, vaya a casa, descanse y mejor que no se quede...»

7.2.2.3. Impacto de la familia en la carga de trabajo de la enfermera

Se identifica en el discurso, una resistencia de la enfermera a considerar a la familia como un obstáculo en su trabajo, pero queda evidenciada una interesante paradoja. Cuando se alude a la familia, en referencia al paciente, es considerada un apoyo y soporte emocional, pero cuando se hace desde la perspectiva de la enfermera, o separada del paciente, es considerada como un aumento en la carga de trabajo, un límite en la relación con el paciente y una fuente de conflictos. Por lo que la paradoja se da, cuando la enfermera explica que considera a la familia importante en los cuidados, pero no lo lleva a la práctica e incluso aparece como un elemento distorsionador, con la que se establece distancia.

Se observa un discurso pro-familia que se caracteriza por destacar la importancia de la presencia de la familia y su implicación en los cuidados. Donde se le permite estar presente en los cuidados realizados por la enfermera, sobre todo en técnicas poco invasivas e incluso se le solicita su ayuda.

En este caso, la enfermera fomenta la buena relación, basada en la confianza, no se muestra resistente a comunicarse con la familia y mantiene una actitud empática. Este discurso se mantiene, siempre que la familia colabore con la enfermera.

E1: «Yo intento pues que si estoy en la habitación casi, casi nunca mando salir al familiar. Si yo tengo que hacer cualquier técnica, salvo que sea algo que yo pienso que al familiar no le va a gustar ver, si no intento siempre que el familiar esté en la habitación para que vea siempre lo que le estamos haciendo y le voy explicando.»

E2: «No me cuesta, no me cuesta nada hablar con los pacientes, ni me cuesta, ni con las familias no me importa quedarme escuchándoles, un buen rato escuchándoles yo creo que es buena la comunicación.»

Es cuando la familia no sigue las reglas establecidas, donde se evidencia una ruptura del discurso profamilia y ésta comienza a ser considerada un obstáculo en el cuidado del paciente, apareciendo algún tipo de conflicto, demanda de información o poco respeto por el trabajo de la enfermera.

Se configura de esta forma, el discurso dominante que define la relación con la familia; familia sí, pero a veces; aludiendo que lo primero es el paciente y después, si es posible la familia.

La confrontación de los discursos descritos, familia si o familia no, aclara la situación paradójica explicada anteriormente. Dicha paradoja abre camino a un discurso ficticio de la enfermera pro-familia pero que en realidad la excluye de los cuidados del paciente, intenta no involucrarse en los conflictos familiares y se aleja de las decisiones que la familia toma sobre los cuidados.

La situación anterior, justificaría que la información que recibe la familia se acote a normas y límites de lo que pueden o no hacer o decir. Incluso cuando la familia solicita información, el profesional lo percibe como una intromisión.

Sólo ante pacientes terminales o muy graves, donde la enfermera asume una actitud paternalista, es cuando se suaviza el discurso de rechazo a la familia y se intenta proporcionar un mayor soporte emocional.

E2: «Primero el paciente y después si me preguntan pues les comunico cómo está todo pero la relación con la familia bien, también bien, sí. No creo que tenga. Quizás no me implico tanto, no me implico tanto porque es que no, no tengo tiempo. Primero atiendo al paciente, al resto de pacientes y, y también tengo relación con la familia pero quizás más en los momentos que está más las cosas que se están empeorando. Más crítico, el paciente más crítico.»

E4: «Pero yo realmente puedo perder todo el tiempo del mundo con el enfermo pero con la familia no. No debería de ser pero no, no estoy tanto tiempo, ¿sabes? Luego los hay, los que te preguntan y todo eso y nada, perfecto, si quieren explicarles y todo lo que sea pero yo a muchos, muchísimos familiares los veo como muy, muy desconfiados, no sé, tengo esa sensación últimamente.»

E9: «Queremos un campo demasiado limpio para poder trabajar, ¿no? Sin tener problemas y... Sin tener problemas tontos pero se puede conseguir todo con buena información, con tener habilidades y con seguridad.»

7.2.2.4. Impacto de la relación enfermera-familia en el cuidado del paciente

Se evidencian dos consecuencias de esta relación. El impacto positivo, se caracteriza por una buena relación con la familia y por tanto, mayor comodidad de la enfermera para el cuidado del paciente y mayor grado de complicidad y satisfacción con la familia.

Además en ocasiones, el control y vigilancia de la familia sobre el paciente es considerado un aspecto positivo, que podría mejorar la calidad de los cuidados, al proporcionar información de interés sobre el paciente. Incluso consideran que la presencia de familia puede ser un factor condicionante de la mejora clínica y curación del paciente, independientemente de la relación que ésta tenga con la enfermera.

E1: «Si las relaciones con la familia son buenas es más fácil trabajar.»

E8: «Pues por ejemplo, yo qué sé, una pastilla o oye que la cura... No sé, te has apuntado mal el día de cura, oye, la cura se la curaron hace dos días y es verdad, hace dos días, y yo lo tengo aquí que fue de ayer. Ayuda también, somos personas y nos equivocamos y entonces pues la familia también como está pendiente... Y si está el familiar oye, que ya ha acabado. O, ¿te importa que yo se la quite y ya cuando termine? Sí, sí.»

En referencia al impacto negativo, las enfermeras destacan que una mala relación con la familia podría suponer una menor dedicación al paciente, especialmente al tiempo que se le presta para sus cuidados.

En este punto, un sector de enfermeras que consideran que, la mala relación con la familia, no debería producir un impacto directo en los cuidados del paciente. Discurso que podría explicar una resistencia de la enfermera a que se pueda relacionar dicho impacto negativo con falta de profesionalidad.

E3: «Puedo estar un pelín más reacia, bueno, reacia por, a la hora de entrar en una habitación está la familia que no están tan, que están igual en contra de todo lo que hacemos, de todo, de que están descontentos con, con como la situación de cómo está yendo, pues que él, a veces como que lo, lo, lo achacan a, se enfadan con el entorno, con todo el mundo que no asimila la situación que, de todo lo que está pasando y, pero yo creo que mi, mi conducta siempre, casi siempre es la misma sí, paciencia. Paciencia.»

E6: «No porque el que te lleves bien o mal con el hijo o la hija no implica que trates mejor o peor al padre o a la madre. No. Creo que no, que no influye.»

7.2.3. El poder del equipo de salud en la toma de decisiones del paciente

Se constatan multitud de factores implicados en las relaciones interprofesionales. Así como diferencias en los discursos según experiencia profesional, edad, años en el servicio y unidad.

Dominan discursos de relaciones basadas en modelos de jerarquización por categorías profesionales, donde cada uno de los agentes implicados construye su propio estereotipo profesional y el de los demás miembros del equipo.

La enfermera depende del médico considerado un experto y máximo eslabón en la cadena jerárquica y a su vez, la auxiliar depende de la enfermera. A partir de estas categorizaciones, se articulan los roles de cada uno de los miembros en el equipo,

que condicionan la práctica clínica y la relación que se establece con el paciente y la familia.

Se describen los flujos de comunicación entre los profesionales, destacando un modelo ineficaz que impacta en las cargas de trabajo y en la calidad de los cuidados. Es interesante mencionar que el paciente aparece constantemente en la definición del trabajo en equipo, pero como elemento pasivo que es usado por cada profesional para comunicarse con el resto e incluso para enfrentarse unos a otros.

7.2.3.1. Idealización del trabajo en equipo

El concepto de trabajo en equipo se destaca como difuso, sin quedar claras las características del mismo o sin coincidir en la mayoría de ellos. Se evidencia que la enfermera, más que considerar un trabajo en equipo global o en conjunto con todos los miembros del equipo, los va distinguiendo en microequipos, formados por la enfermera-auxiliar y la enfermera-médico. Un sector importante de las enfermeras entrevistadas, constatan la inexistencia de un trabajo en equipo real. No existe cultura de colaboración entre los miembros del equipo.

Estos microequipos presentan un flujo deficiente de comunicación, evidenciándose críticas al rol que cada miembro juega en los cuidados del paciente. En las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia, el médico se percibe fuera del equipo y se enfatiza el microequipo enfermera-auxiliar. Por el contrario, las enfermeras de más edad y con más experiencia, se consideran el nexo de unión con el resto de miembros del equipo y el médico forma parte del mismo, siendo más críticas con el trabajo que realizan las auxiliares.

En definitiva, aunque el trabajo en equipo es considerado como un elemento que mejoraría la continuidad de los cuidados, la dinámica de la relación y las cargas de trabajo impiden que los profesionales puedan trabajar de forma conjunta.

E1: «En mi unidad yo creo que mucho en equipo no se trabaja. O sea, unos nos quejamos de otros y los otros de unos pero al final nadie hacemos nada por mejorar el trabajo en equipo. Las auxiliares van por libre, nosotros vamos por libre, los médicos van por libre, todo el mundo va por libre.»

E2: «Pues ayudar, ayuda constante. Ir juntos a curar esto, ir juntos tal, ir juntos a hacer un electro, ir juntos a hacer la higiene del paciente, ir juntos a acompañar al paciente, tener comunicación siempre.»

E5: «Entonces, lo que es equipo hay las auxiliares prefieren las enfermeras que, que van a hacer todos los encamados. Yo no, no voy por ahí. Yo voy si hay algún problema y me llaman y acudo en el momento, si hay escaras o hay algún problemilla yo en el momento acudo pero si no tengo otro trabajo.»

Se evidencia que la dinámica habitual de la unidad está basada en la realización de tareas separadas de las del resto del equipo y que únicamente confluyen cuando es precisa la intervención conjunta de unos profesionales con otros en clave de dependencia.

En ese momento es cuando comienza, no una relación de trabajo en equipo o colaboración mutua, sino que un profesional depende de las decisiones del otro. Solamente se describen situaciones de colaboración entre profesionales de la misma categoría y dependiendo de la relación personal entre ellos.

El médico es considerado como el superior dentro del equipo. La práctica médica es destacada como prioritaria, relegando el resto de actividades de enfermería y la toma de decisiones dentro del equipo se atribuye a una responsabilidad médica.

Pero además, los equipos se definen en clave de experiencia profesional. Por lo que el grado de participación depende de la antigüedad en el servicio y no en las competencias profesionales.

Las nuevas incorporaciones al servicio son descritas como un obstáculo para el trabajo en equipo hasta su adaptación a las normas y formas de trabajar del servicio. Las enfermeras de más experiencia, perciben a nuevas incorporaciones en el equipo como

una limitación en la dinámica de trabajo. Mientras que las enfermeras con menos años de profesión, consideran a las de más años como fuentes de conflicto debido a las costumbres arraigadas sobre los cuidados y el sistema y organización del trabajo.

E1: «Entonces yo creo que enfermería siempre está ahí, un poco en el medio, o me da a mí esa impresión, porque tienes por encima a unos, por debajo a otros, a lo mejor seríamos los que más tendríamos que hacer porque se uniera el equipo pero es que es difícil. Es difícil.»

E10 «Difícil por eso, porque para empezar tienes que empezar desde arriba, que el médico pase visita pronto, vea a los pacientes y luego que nos podamos organizar los demás porque claro, si yo estoy haciendo una cosa y llega el médico y dice una punción lumbar ya, o sea, tú tienes que dejar lo que estás haciendo para ir a hacer una punción lumbar con el médico o una paracentesis o cosas que el médico necesita de ti, que no puede hacer él solo y que no puede hacer en otro momento, tiene que ser en el momento en que él diga, entonces claro, eso ya descoordina.»

Emerge un discurso en el que se defiende un nuevo modelo de trabajo en equipo diferente de lo que se ha estado haciendo hasta ahora. Se aboga por un papel protagonista de la enfermera en todo lo referente al paciente y por una mayor comunicación entre los miembros del equipo como clave para el buen funcionamiento del mismo.

Es un modelo teórico de trabajo en equipo que no se ha conseguido instaurar en las unidades de hospitalización. Entre las enfermeras con menos experiencia en la unidad, la idealización del concepto de trabajo en equipo es mayor al principio, pero pronto abandonan el interés por la utopía debido a la dinámica establecida en el servicio y la concepción impuesta por las enfermeras con más experiencia en el servicio.

E6: «Lo que nos dijeron en la facultad (ríe). Esto sería lo ideal. A mí me dijeron que normalmente vamos con el médico a pasar visita, se hace, bueno, previamente, si es que además me acuerdo, previamente se hace una sesión en la cual se tratan, se hablan de los casos que hay, que están ingresados, los nuevos y se comenta lo que hay, se habla también de los antiguos y se pide la opinión de enfermería para saber qué es lo que ha pasado durante el día y posteriormente se va a, a pasar visita y entonces hablas con él, vas médico enfermera a ver el, el paciente.»

E5: «Entonces, yo ahí estoy un poco de que hay que organizar la planta, hay que organizar la planta para que funcione bien. ¿Qué hay que hacer encamados? Hay que hacer un pase de visitas bueno, que no se hace, eso, ahí tenemos que estar para hacer un pase de visitas si se llevan a un paciente mío a hacerse una prueba quiero saber que se lo han llevado. Muchas veces se lo han llevado, lo han traído y no me he enterado entonces yo tengo que controlar mi trabajo.»

7.2.3.2. La enfermera en el equipo de salud

Se identifica al médico como el responsable de proporcionar la información, la enfermera interviene, para ampliarla cuando consideran escaso el tiempo que el médico pasa con el paciente.

La enfermera se describe como transmisora de las normas y horarios al paciente y la familia. Este rol de la enfermera, tiene una doble función, por un lado establecer las pautas a seguir por el paciente durante su hospitalización. Por otro lado, cubre las necesidades de información que ni el médico ni la institución proporcionan sobre el funcionamiento interno del centro.

En las enfermeras con más años de experiencia en la unidad, se observa en su discurso más preocupación por el bienestar del paciente que por los problemas con los miembros del equipo.

E1: «Y como un enlace con el médico porque claro, es lo que te digo que con el médico hablan muy poco, el médico está muy poco tiempo porque en realidad no lo tiene. El médico durante el turno de la mañana tiene que pasar su consulta y le queda muy poco tiempo para ver a los pacientes de la planta, entonces se tienen que fiar de lo que nosotros les decimos muchas veces.»

E5: «Me comunico pues escuchando e informando de cómo funciona el hospital, quién soy, qué le voy a hacer y a veces incluso tenemos que responder cosas de los médicos también, cosas que hay que cubrirles las espaldas pero, pero hay cosas que el médico no ha informado ni a qué hora pasa, ni como se llama, ni... Cositas así, ¿no? Pues que el fin de semana no pasa visita y ya el paciente si está bien informado pues es un, menos preguntas que se hace.»

Se evidencia que la enfermera adquiere un marcado rol de supervisión y control del buen funcionamiento de la unidad y de los cuidados del paciente. Esto explicaría que la auxiliar aparezca como soporte en los cuidados básicos del paciente y dependiente de la enfermera.

Aunque todas las enfermeras comparten la idea de ser un elemento fundamental para el funcionamiento de la unidad, las jóvenes y con menos años de profesión evidencian un sentimiento de pertenencia al equipo de salud más marcado que las enfermeras con más antigüedad profesional y edad.

E1: «La enfermera sí que juega un papel importante. Sí porque yo creo que si no fuera enfermería las cosas no funcionarían igual de bien, quiero decir porque estás un poco pendiente de, de que todo lo demás funcione porque aunque cada uno haga sus cosas por separado luego es enfermería la que intenta que esté todo hecho, la que vigila un poco el trabajo de los demás.»

E7: «Yo siempre he dicho (ríe) y ahora va a parecer un poco pero, enfermería en interna es que es... Bueno, en todas partes es fundamental pero es que en interna yo creo que si no fuera por enfermería, te lo digo de verdad, eh, a lo mejor sonará un poco pero es que somos las que levantamos el barco, o sea, mantenemos el barco a flote porque es que estamos por todo, todo. [...] En cambio a lo mejor sin médicos no lo sé, podría aguantar quizás, ¿no? Unas horitas. Enfermería es que al fin y al cabo, es que es asistencial al cien por cien en todo.»

El discurso que domina la práctica enfermera dentro del equipo es la dependencia del médico. La toma de decisiones sobre el paciente, incluso en algunos cuidados básicos, responde a las indicaciones médicas. Aparecen importantes deficiencias de comunicación entre ambos profesionales, llegando a generar conflictos con el paciente, por tener éste más información del médico que la propia enfermera. Las enfermeras con más años de experiencia, aunque asumen su rol dependiente del médico, actúan ejerciendo un poder de forma sutil. Emerge la idea de que hay que superar esa situación de dependencia y plantear estrategias que faciliten la comunicación.

Cuanto más años de experiencia en la unidad y más estabilidad profesional mejor es la comunicación y las relaciones interpersonales en el equipo, especialmente con el médico. Las enfermeras consideran que es debido a mayores cuotas de reconocimiento del médico a la enfermera con más experiencia.

Las enfermeras entrevistadas comparten una reflexión que define su rol dentro del equipo. Actualmente en los servicios analizados, la enfermera no participa en la visita del médico a los pacientes, práctica históricamente instaurada en el modelo de atención especializada. Por ello, aparece la controversia sobre esa decisión. Las enfermeras más jóvenes y con menos experiencia profesional, consideran que mejoraría el flujo de información entre el médico y la enfermera y sería una medida positiva. Otro sector de enfermeras, con más experiencia, prefiere dedicar ese tiempo a otras actividades. Todas coinciden en que por cómo se organiza la unidad y las cargas de trabajo, tampoco sería posible hacerlo.

E2: «El médico es el que toma las decisiones médicas que sin ellas nosotros no hacemos nada, ¿no? Pero como hay tan poca comunicación pues (ríe) al final es lo que pasa ahí, que estamos un poco perdidos.»

E10: «Como por parte del médico al equipo de enfermería y entonces ahí se nota mucho los fallos porque a veces el paciente sabe cosas que nosotros no sabemos y quedamos como poco profesionales porque a veces entro en una habitación y el paciente me dice no, es que me van a hacer tal prueba y, y yo no lo sabía y claro, quedas muy mal, el profesional.»

E4: «Hombre, yo creo que mucha gente sí y otra es la que hace lo que le dice el médico... Se ha intentado muchas veces pasar visita con el médico pero es que como son, son todas las especialidades médicas no podemos pasar visita porque si hay tres internistas y un oncólogo y una digestóloga pasando visita tú no puedes pasar visita con todos entonces pues nada, nos vamos apañando así.»

En general, se evidencia por un lado, que la enfermera articula su práctica profesional en base a las órdenes del médico, profesional que aparece como centro del equipo

de salud. Y por otro lado, que la enfermera decide sobre los cuidados básicos del paciente y considera a la auxiliar como dependiente de ella. Y aunque se defiende en el discurso, el trabajo en equipo lo considera inalcanzable, es un ideal más que una práctica habitual en el entorno clínico.

7.2.3.3. Limitaciones en el trabajo en equipo

Se pone de manifiesto como la organización de la actividad de cada profesional en la unidad limita las posibilidades de trabajo en equipo. Se observa un desfase entre la distribución de personal y la organización de las cargas de trabajo de cada profesional. Unos profesionales asumen mayores cargas de trabajo que otros y esto genera malestar.

E1: «[...] y por la mañana somos más personal que por la tarde o por la noche pues hay un montón de cosas pendientes que las tienes que dejar para el turno de la tarde, cuando se podrían haber hecho en el turno de la mañana perfectamente.»

E3: «Igual te vienen a las tres a pasar visita y a las tres a pedirte pues una orina de veinticuatro horas, pues la orina de veinticuatro horas tendrá que empezarse mañana porque ahora ya a esta hora ya no, no puedes y, no sé, todo cuando lo quieren todo rápido y en ese momento, cuando a ti igual no te va bien, tienes otras cosas, pero bueno.»

Se percibe que no existen cauces adecuados de comunicación entre el médico y la enfermera, provocando un aumento en la carga de trabajo por los esfuerzos para recanalizar la información entre ambos.

Se destaca, en las enfermeras con más experiencia en la unidad, que la mala comunicación con el médico no provoca una actitud reactiva y de frustración como ocurre en las más jóvenes, sino que optan por la resignación y establecen vías de comunicación menos protocolizadas con el médico.

En el primer grupo, la enfermera plantea estrategias de mayor protagonismo en las decisiones, actuando como asesora respecto a la situación particular de cada paciente

con el médico. En general tienen una visión más global de la unidad y menor grado de estancamiento en las funciones que cada miembro del equipo asume.

Ambos grupos, consideran que una mayor comunicación entre los miembros del equipo generaría una disminución de las cargas de trabajo y una mejora en la organización de los cuidados de enfermería.

E1: «Que hablaran con nosotras, porque muchas veces el médico pasa visita, deja el tratamiento encima del, de la mesa y se ha ido y tú te enteras de que ha pasado visita o porque te lo dice el paciente o porque está la historia encima de la mesa con la unidosis hecha. Entonces claro, muchas veces después de que el médico pase visita al rato tienes que llamarlo porque tienes una duda del tratamiento o porque el paciente te dice mira, que me ha dicho que me ha pedido una radiografía y tú no ves ninguna petición de ninguna radiografía. Entonces claro, si el médico a ti te hablara y te dijera mira, que le voy a pedir una radiografía o que le voy a pedir, o que le he cambiado el antibiótico por este no lo tendrías que llamar después o sea...» «Con los médicos se trabaja, es que no es que se trabaje mal con los médicos, es que tienes que andar detrás.»

E9: «Y luego, hay veces que el teléfono te lo cogen en seguida (médico) y otras veces que tardas un rato en localizarlos, ese tiempo lo estás perdiendo de utilizarlo en otra cosa porque le dedicas dos minutos a llamarlo por teléfono cuando era más fácil que el médico antes de irse de la planta te lo hubiera dicho.»

Aparece la falta de colaboración entre enfermera-auxiliar como otra tensión y limitación en el trabajo en equipo. La cantidad de horas que pasan juntas y la estrecha relación laboral que implica que tengan que compartir espacios y pacientes podría justificar que las relaciones entre la enfermera y la auxiliar se configuran de forma diferente a las que se establecen con el médico.

Se evidencia insatisfacción, tanto de la enfermera como de la auxiliar, sobre el papel que cada una tiene en la relación. La enfermera preferiría más soporte de la auxiliar y la auxiliar optaría por una enfermera más implicada en las actividades delegadas.

E5: «Y luego, ¿entre enfermeras y auxiliares? Bueno, pues la enfermera cuanto más independiente sea mejor. O sea, si pides ayuda a la auxiliar no le pidas mucho. No le pidas mucho. Cuanto más independiente seas mejor. ¿Cuándo hay problemas? Cuando la enfermera es nueva y le pide cositas a la auxiliar, ahí no hay equipo. Hay de todo, hay alguna auxiliar que sí pero vaya, hay de todo, ¿no? Y, ¿y la enfermera a la auxiliar? Pues por ejemplo allí en la planta los encamados, yo voy poco a los encamados, voy poco. Voy cuando hay úlceras, cuando hay traqueotomías, cuando hay cositas así, ¿no? Les digo llamarme y entonces voy. Yo a un encamado que lo hacen en su casa, por ejemplo, yo no voy a ayudarles, no voy a ayudarles.»

E10: «Echaría en falta que, que las auxiliares de, de mi servicio pues ayudaran un poco más a enfermería, a enfermería en cosas de enfermería, no me refiero en cosas de auxiliar y eso, porque las cosas de auxiliares las van a hacer.»

La experiencia profesional, antigüedad y el grado de experiencia en la unidad son también, fuente de tensiones dentro del equipo de salud. Provoca fricciones, fundamentalmente en lo que se refiere a la organización de la unidad.

Se constata la existencia de rechazo a los profesionales noveles, sobre todo en las enfermeras con más experiencia. Las enfermeras con menos experiencia en la unidad consideran a las más antiguas como abocadas a prácticas históricas y normalizadas. Cuestión que explicaría la resistencia por modificar la práctica clínica en base a nuevas tendencias, imponiéndose la dinámica de trabajo ya instaurada.

E2: «Yo ahí sí que noto tensión. También es verdad que, lo que te digo, en nuestra planta las auxiliares son súper veteranas y eso también yo creo que hace que haya más tensión o menos... Cuanto más veterano eres, más tensión creas de pequeñas cosas. Creo yo. Cuando llevas menos tiempo trabajado te da igual que una batea esté allí, la recoges, o que esté todo desor... O sea, tonterías. Cuanto más veterano eres esas cosas son las que, supongo que son como costumbres que tienes de trabajo, pues cuando te saltas esas costumbres... Cuanto menos tiempo llevas trabajando menos costumbres tienes metidas en la cabeza y entonces te afecta menos.»

E5: «Por ejemplo, las auxiliares más antiguas sí que saben trabajar en equipo pero si viene gente nueva cuesta mucho entrar, se crea un problema grande e incluso ha habido compañeras que se

han ido llorando... porque no le damos más tiempo o vamos a buscar una solución como no es problema nuestro pues no lo buscamos, pues que se apañe.»

Se destaca que los profesionales en su trabajo mantienen un trato cordial, pero carecen de habilidades sociales para mantener una buena relación con sus compañeros. Aparece la necesidad de formación al respecto como un elemento que mejoraría dicha empatía.

E5: «Son buenas trabajadoras, eh, muy buenas, pero les falta esa formación, les falta empatizar con los pacientes, con la familia, con las mismas compañeras y el que no empatiza allí no empatiza ni en la calle, ni en casa, ni en ningún lado porque eso ya se lleva dentro. Eso es una formación que lo vas llevando y que va mejorando pero con un persona de treinta años le dices empatiza con el paciente, ¿qué vas a empatizar con el paciente si nunca lo has hecho?»

E6: «El trabajo, como dificultad, el trabajo que tú has hecho con esa persona que venga otro y, y lo envíe a freír monas. O que tú hayas relajado a una paciente o lo hayas tranquilizado, le hayas explicado, le hayas tal y luego te llegue otro profesional y, y, y, y yo que sé, y le ponga más nervioso, por un comentario, por una cosa y tú dirás, en fin.»

Se evidencia que una de las situaciones que más tensiones genera en el equipo son las cargas de trabajo. Éstas se relacionan con pocas oportunidades y espacios comunes para trabajar colectivamente.

Se percibe que sería necesario un cambio estructural de organización para disponer de tiempo para que todos los profesionales realizaran su práctica profesional de forma conjunta.

E3: «Sí, hay mucha tensión. Sí, hay mucha tensión, sí, sí. La carga de trabajo y la falta de tiempo y el exceso, bueno, el exceso de trabajo, siempre se reduce a lo mismo, los ingresos pendientes, el, a veces, el adelantar una alta y, de un paciente. Pero sí que hay tensión, tanto de a todos, cuando hay la carga de trabajo afecta a todos. Desde la auxiliar, enfermería, el médico, el celador, todos, va, se contamina todo el mundo y así...»

E7: «Después entre, también hay problemas pues, claro, tú quieres hacer todo el trabajo que es mucho y a veces no puedes, no llegas y eso crea tensión porque claro queremos llegar al final de turno y dejarlo todo perfecto y no se puede la mayoría de veces entonces eso genera más trabajo del turno anterior y, y no quieres porque todo, es que en cada turno hay mucho trabajo y entonces a lo mejor el turno anterior al ver que tiene tanto trabajo y encima tiene el trabajo pendiente del...»

En definitiva, se pone de manifiesto que los factores que dificultan o mejoran el trabajo en equipo son el tipo de organización y distribución del trabajo, la comunicación entre los profesionales, las relaciones interpersonales, la experiencia profesional, las habilidades comunicativas y la carga de trabajo en la unidad.

Ante estos factores, la enfermera percibe el trabajo en equipo como una meta difícil de conseguir por la falta de implicación de todos los profesionales y la institución, aunque reconocen que mejorarían los cuidados de los pacientes.

7.2.3.4. Estereotipos profesionales: médico experto, enfermera obediente y auxiliar sumisa

Se describen diferentes estereotipos que la enfermera tiene del resto de profesionales y de sí misma.

La enfermera describe al médico como profesional experto, del que depende y a veces, considerado fuera del equipo. Este estereotipo de médico experto, a partir del modelo biomédico instaurado en el sistema sanitario, se caracteriza por la falta de comunicación, la limitación en la toma de decisiones de la enfermera bajo el criterio médico y el tiempo dedicado por éste al paciente.

E1: «Siempre yo creo que el experto más es el médico... Difícil por eso, porque para empezar tienes que empezar desde arriba, que el médico pase visita pronto, vea a los pacientes... Pues yo creo que todos porque el médico dice una cosa que vamos, hay que poner enjuagues o hay que

intentar hacer cambios posturales, que bueno, que eso aunque lo diga el médico ya sabemos los demás que hay que hacerlo.»

E2: «Para mí el médico está fuera del equipo. No por nosotros, yo creo que ellos en nuestra planta, nuestro servicio, están fuera, no tienen comunicación ninguna con nosotros, no tienen preocupación por nada del paciente, de las úlceras, por ejemplo, son curas nuestras las úlceras, pero ellos se desentienden totalmente no, no.»

La enfermera se ve a sí misma bajo un estereotipo de sumisión basado en las relaciones jerárquicas de dominación del médico sobre la práctica clínica, lo que supone que la enfermera asuma una serie de responsabilidades delegadas y actúe como mera ejecutora de órdenes médicas.

A pesar de esto, la enfermera se describe como fundamental en los cuidados básicos del paciente, de conexión en el equipo de salud y de mantenimiento del *estatus quo* de la unidad.

Las enfermeras con menos experiencia se consideran las responsables de todo lo que tenga que ver con el cuidado, mientras que las enfermeras con más experiencia se definen como cuidadoras, que solucionan problemas y que informan al paciente. Ninguna de ellas, se definen como proveedoras de autonomía del paciente en la toma de decisiones, tal vez, por las propias limitaciones de poder que ellas tienen en el propio equipo de salud.

E2: «Luego viene el médico y lo ve cinco minutos... El médico es el que toma las decisiones médicas que sin ellas nosotros no hacemos nada, ¿no? Pero como hay tan poca comunicación pues (ríe) al final es lo que pasa ahí, que estamos un poco perdidos.»

E6: «También es el punto intermedio con respecto al médico porque es la que ejecuta todas las órdenes médicas que él ha prescrito.»

E10: «Si estamos, yo qué sé, yo, yo pienso que el papel que asumimos, primero en nuestra categoría, eso es fundamental porque eso es la base y nos han contratado para eso y luego tienes que interrelacionarlo con todo lo que sabes.»

El estereotipo de la auxiliar se define como dependiente de la enfermera, que la aconseja pero que no toma decisiones dentro del equipo sobre el paciente de forma autónoma. Se le atribuyen responsabilidades delegadas de la enfermera y el soporte cuando la necesite. No se hace referencia a que ellas puedan o deban informar al paciente de ninguna de sus actividades.

E2: «La auxiliar y el enfermero yo creo que funcionamos bastante bien en equipo pero igual nosotros seguimos siendo el centro del equipo, es decir, las auxiliares podrían estar más pegados a nosotros, creo yo, y, al menos yo, me siento que están más su trabajo, su trabajo y no quieren asumir igual ayudarnos más o lo que sea, eso...»

E9: «Y las auxiliares no toman ninguna decisión, para mí, en el equipo no toman ninguna decisión. A ver, las auxiliares que hay en nuestra planta son muy veteranas y saben mucho más que igual, que yo, por ejemplo, pero aún así siempre esperan que tú les tomes la decisión. Ellas te dan, te aconsejan o te dicen eso pero si tú no tomas la decisión ellas no van a hacer nada, ni van a levantar al paciente ni lo van a sentar, si no se lo dices tú.»

A pesar de la importancia para la movilidad de los pacientes, aparecen escasas referencias al celador. Se le describe como ayudante de la auxiliar.

E5: «Celadores que se llevan a pacientes fuera...»

E8: «O sea, yo no me niego a mover a un paciente y no soy celador.»

E9: «O al celador si luego él me dice una opinión que me puede ayudar a mí y no lo escucho nunca.»

Finalmente se alude al centro sanitario o a la institución sanitaria como un organismo excesivamente jerarquizado que promueve los estereotipos anteriormente destacados

y distribuye las cargas de trabajo y la capacidad de participación en las decisiones del centro por categorías profesionales.

Esta situación provoca estereotipos inflexibles y resistentes al cambio y generan situaciones que limitan la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes.

E8: «A ver quién es el médico, a ver quién es el enfermero, a ver quién es el celador. Depende de la categoría yo creo que se llevan mejor o no. Cuando más baja la categoría se pueden llevar mejor por eso, [...] los enfermeros nos llevamos bien con todos menos con médicos, los auxiliares se llevan, bueno, se llevan con enfermería bien pero más con los celadores, por decirlo así, ¿no? Depende de las categorías, ¿no? Y pienso yo eso, que hay distancias, yo creo que hay mucha distancia en la sanidad todavía...»

E9: «Han pisado la planta cuando han tenido que dar una vuelta con algún candidato que haya venido nuevo médico, por cierto, porque cuando vienen enfermeras de otras plantas no los presentan, porque si presentan a los médicos, ¿por qué no presentan a los enfermeros? Ya sabemos que somos muchos pero bueno, hay muchos días también. Pero nula, nula.»

7.2.3.5. Funcionamiento de los microequipos de trabajo en el equipo de salud

Aparecen en los discursos de las enfermeras dos microequipos bien diferenciados. La enfermera con el médico y la enfermera con la auxiliar. Pero además se describen los equipos intraprofesionales de enfermera con enfermera y auxiliar con auxiliar. Son muy escasas las referencias a relaciones de la enfermera con otros profesionales como la asistente social o el celador.

El microequipo formado por la enfermera y el médico está basado en una relación inicialmente de confianza aunque con grandes déficits en la comunicación entre ambos. El eje principal de este microequipo es el médico. La organización del trabajo de la enfermera viene determinada por la agenda médica y la realización de pruebas diagnósticas pautadas. Se destaca que el médico únicamente reconoce como

responsabilidad parcial de la enfermera, los cuidados básicos, también susceptibles a las decisiones médicas ante complicaciones de los mismos.

E1: «El médico durante el turno de la mañana tiene que pasar su consulta y le queda muy poco tiempo para ver a los pacientes de la planta, entonces se tienen que fiar de lo que nosotros les decimos muchas veces. [...] Con el médico trabajar en equipo sería ideal que pasaran pronto, que hablaran con nosotras, porque muchas veces el médico pasa visita, deja el tratamiento encima del, de la mesa y se ha ido y tú te enteras de que ha pasado visita o porque te lo dice el paciente o porque está la historia encima de la mesa con la unidosis hecha.»

E6: «¿Con los médicos? Pues, yo hablo por mí, en, me llevo bien con todos pero yo hay con una que es que no puedo, pues porque es que es un desastre (ríe) y es que estoy cansada de ir detrás de ella recordándole las cosas que tiene que hacer con lo cual pues eso me cansa. Pero bueno, como total va a seguir pues mira, paciencia. La sigo llamando y le digo te has olvidado esto, esto y esto y ya está.»

Las enfermeras comparten la idea de que el microequipo formado con la auxiliar es fundamental en un servicio de hospitalización. La relación entre ambas se basa en la confianza y la cercanía.

El objetivo de dicho microequipo es compartir información sobre los cuidados del paciente, donde la auxiliar, incluso actúa como consejera de la enfermera aunque prevalezca el criterio de la segunda.

E1: «A las auxiliares que muchas veces también, claro, como están ahí también con el paciente también saben y también ven, ah, pues mira, esto de ayer a hoy ha empeorado o ha mejorado mucho y ayer estaba yo y hoy no y no lo he visto y no sé. Entonces en los cuidados jugamos todos un papel importante.»

E8: «Me gusta repasar cuando empiezo el turno con el auxiliar si hay algo importante que no se quede ahí porque se puede quedar ahí en la bandeja y a lo mejor yo pienso que es su trabajo y lo va hacer, pero también como persona se puede olvidar, entonces me gusta siempre empezar como

equipo y decirle a la auxiliar oye, no repasar todos los pacientes [...] hablarlo cuando empiezo el turno, hablarlo con mi auxiliar, por decirlo así.»

El tándem enfermera-enfermera se basa en una relación de ayuda. Mientras que, en el caso de auxiliar-auxiliar, la enfermera percibe mayores tensiones como consecuencia del tipo de relaciones interpersonales y el estilo de trabajo.

Se distingue entre profesionales con o sin experiencia, las primeras son respetadas y adquieren un mayor poder en la toma de decisiones en el equipo y sobre los cuidados del paciente.

E6: «Entre los que somos enfermeros la verdad es que yo creo que el sentimiento es en general, estamos muy contentos porque hay un buen equipo, hablamos mucho entre nosotras, nosotros, perdón, que es que hay tres chicos, hablamos entre nosotros y la verdad es que yo creo que la relación es bastante buena.»

E5: «¿Entre las auxiliares? Bueno, pues están las auxiliares antiguas y las más nuevas, ¿no? Entre ellas se ayudan bien pero con las nuevas no hay tanta, tanta relación, ¿no? Van entrando poco a poco, al final las nuevas llegan a ser antiguas y hacen lo mismo, esto es un círculo vicioso.»

7.2.3.6. El paciente como instrumento de comunicación entre los miembros del equipo

La enfermera y el médico se comunican a través de la historia clínica del paciente, —herramienta informática de gestión de cuidados— o incluso a través del propio paciente.

Se constata que para que exista una cierta fluidez en la comunicación, debe surgir de la enfermera y depende de la actitud del médico y la especialidad del mismo. Pero, en general, aparece un sentimiento de resignación en la enfermera a que la comunicación con el médico sea insuficiente.

E3: «Y después de los médicos pues también que nos informaran más a enfermería que, por ejemplo, que un paciente se va de alta o que, o que le van a hacer una prueba que no te enteres por la familia o por el propio paciente.»

E6: «... también depende de la especialidad te buscan o no te buscan, y ya te explican o te preguntan o te dicen lo que quieren hacer o no hacer. Pero no son todos, ahí hay grandes diferencias.»

E7: «Hay muy mala comunicación tanto por parte de los médicos a, al paciente y familiares como por parte del médico al equipo de enfermería y entonces ahí se nota mucho los fallos porque a veces el paciente sabe cosas que nosotros no sabemos y quedamos como poco profesionales porque a veces entro en una habitación y el paciente me dice no, es que me van a hacer tal prueba y, y yo no lo sabía y claro, quedas muy mal, el profesional.»

La enfermera y la auxiliar tienen una relación más directa. Los flujos de comunicación se establecen a través de los cambios de turno, en las habitaciones de los pacientes y el control de enfermería. Incluso aparecen vínculos interpersonales y relaciones fuera del ámbito laboral.

E5: «... yo por ejemplo a la auxiliar le comunico todo a final de turno. Que a veces me dice ¿y eso para qué me lo cuentas? Por si lo quieres saber. Y yo le comunico todos los cambios y cualquier cosa al final de... Me siento dentro del equipo, claro. De, a la auxiliar la informo de todo, de todo. Si, si se me está haciendo tarde ya me viene la auxiliar oye y le informo de todo, si ha habido cambios de dieta, si ha habido cambios en el médico y hay que cambiar cosas, le informo de todo.»

E9: «Sí, a veces se hacen comentarios también en las habitaciones que no se tienen que hacer y puede percibir en muchas ocasiones puede percibir. Se hacen comentarios que no se deben de hacer, aunque hables así a media lengua pues se puede, sí que hay problemas o que hay cositas sí. Incluso a veces en el pasillo también.»

Entre enfermeras la comunicación también es directa, compartiendo información o dudas sobre los pacientes, se valora el trabajo del otro y esto se relaciona con el trabajo en equipo.

E5: «Una compañera dice algo y siempre hay que ponerlo en práctica, siempre hay que escuchar y, claro que sí. ¿Y en lo que es la relación? Todo lo que sea trabajo de enfermería, cuidados y así, por supuesto. Como las úlceras, hablar con las compañeras, como va mejor la úlcera, comentarios del paciente... Sí. En los cambios de turno hay unos comentarios que son buenos para el trabajo en equipo, como hay que hacerlo, como es mejor, sí.»

E6: «... hablamos mucho entre nosotras, nosotros, perdón, que es que hay tres chicos, hablamos entre nosotros y la verdad es que yo creo que la relación es bastante buena.»

7.2.3.7. Impacto de las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo en la autonomía del paciente

Se evidencia que el paciente percibe cuando existen tensiones en el equipo de salud y por lo tanto les provocan malestar. La enfermera además reconoce que esta tensión produce un trato menos cordial con el paciente, una desinformación y por lo tanto, una limitación para tomar decisiones.

Se destaca que las dificultades de comunicación en el equipo provocan a su vez, que la comunicación con el paciente y la familia sea escasa y genere confusión por no haber consenso en los profesionales que se la proporcionan, así como una limitación en la continuidad de los cuidados.

E3: «Pues mal... Quizás sí, con la forma de trabajar lo transmitimos al paciente y eso no, el paciente pues no tiene la culpa de nada pero lo percibe y, y no, puede crear pues malestar al paciente. Sí. Pero vaya que, que no es, que la tensión, que hay tensión cuando hay mucha carga de trabajo sí que hay y se, se transmite.»

E1: «Porque es que hay veces que es muy interesante ver como hablan el médico y el paciente porque el paciente luego te dice mira, que el médico me ha dicho esto y a lo mejor el médico no le ha dicho eso, que él cree que se lo ha dicho y en realidad luego no. [...] Pero claro, es que, fuf, hace, el médico hace la visita del médico. Si es que... (ríen). Que supongo que muchas veces será por falta de tiempo pero claro, es que si hablaran con nosotros nos quitaríamos de llamar muchas veces.»

E10: «Si la relación es buena y hay relación pues los cuidados siempre van mejor. Si, vamos, si, si el médico habla, nosotras hablamos, la auxiliar habla, la secretaria habla, yo creo que siempre los cuidados van a ir mejor.»

No trabajar en equipo provoca molestias para el paciente y actividades repetitivas, así como fallos y errores. Se observa, que en los casos de errores no graves, se responde con un corporativismo para evitar la desconfianza del paciente hacia los profesionales.

E2: «No es lo mismo que vaya cada uno por su lado, por ejemplo, que la auxiliar haga la higiene, te deje al paciente de lado para curar la úlcera, que tengas que ir tú solo, ponerte como puedas tú tus cosas, que no haya nadie que te abra o que te ayude a coger cosas estériles, luego que haya que volver a ir para sentarlo otra vez. Todo, como que en vez de hacerlo todo de una tirada se usan tres pasos y yo creo que eso influye en el paciente, claro.»

E8: «De hecho me gusta que sea una compañera más y si por lo que sea se ha equivocado en el paciente primero solucionar el problema, pedirle disculpas, si ha sido una cosa muy grave y si ha sido una cosa leve pues pasarla por encima y, y intentar no darle importancia y solucionarla desde el punto de vista del paciente, que no vea esos errores para que no, ya, tenga sus dudas y vaya haciendo una pelota que pueda ocasionarle eso, una desconfianza en nosotros, ¿no? Si son errores leves.»

Se valora como muy positivamente, que para que la enfermera se sienta segura y respaldada, necesita de una compañera de trabajo competente y que trabaje en equipo o por lo menos colabore en determinadas situaciones de aumento de cargas de trabajo. Si no existe esta relación durante un turno, disminuye el grado de satisfacción del profesional e impacta en la calidad de los cuidados al paciente.

E2: «Está claro que si tienes tensión con alguien del personal tu trabajo cambia por completo. No es lo mismo tener a un compañero que sabes que te va a apoyar, que te va a ayudar y que te sientes seguro que no tener a un compañero que tienes tensión con él supongo porque entonces es que te sientes ya inseguro, te sientes, no sé.»

E8: «No es lo mismo trabajar si has tenido una, una tensión con tu compañera, ¿no? Porque yo, no sé, porque, ese día no ha venido bien, por lo que sea, va con los cables cruzados... [...] y voy al paciente por mucho que quiera intentar tratarlo humano me va a salir la parte mala, porque si voy con la tensión, entonces, no sé, yo siempre he dicho, hacer una barrera ahí y decir no, no, el paciente.»

Asimismo, se constata que la institución promueve una distribución en las cargas de trabajo, una organización del servicio y una colaboración entre los profesionales deficiente para que se instaure en el entorno clínico, unas buenas relaciones interprofesionales y en consecuencia se priorice el trabajo en equipo.

Estas deficiencias impactan en la calidad de la atención y en el desarrollo de la autonomía en la toma de decisiones de los pacientes.

E2: «Ahora hay médicos que pasan por las tardes, por ejemplo, visita, que se reduce el personal de las mañanas y eso es un follón. Igual viene un médico por la tarde que quiere hacer una paracentesis o una... Por la tarde somos dos enfermeros sólo. Claro, si estuviera mejor organizado todo funcionaríamos mejor. Es básico.»

E7: «Pero es que no sólo depende de, de enfermería, es que es un equipo multidisciplinar tan grande, con tantos especialistas que trabajan en interna que es complicado, es complicado. Entonces tiene que haber una mano dura, que yo siempre lo he dicho, tiene que haber una mano dura en el servicio que supervise y, y, y no es fácil, eh, no es fácil.»

7.2.4. Instrumentalización del sistema sanitario en la autonomía del paciente

Se demuestra que la relación que se establece entre la enfermera, el paciente y la institución sanitaria en sus diferentes niveles, desde la organización de la unidad hasta los objetivos del centro sanitario, determina la normalización de una práctica profesional.

El modelo impuesto por el sistema sanitario introduce diferentes factores que controlan y dirigen la organización de la práctica asistencial, con escasas posibilidades de participación de la enfermera y del paciente en la toma de decisiones. Dicha situación es percibida como un elemento que genera sufrimiento en la enfermera, inmersa en un sistema que prioriza los objetivos económicos frente a los de calidad. Esta situación genera sentimientos de impotencia, frustración y falta de motivación y se proyectan hacia el paciente.

En general el modelo de gestión de las instituciones sanitarias es percibido por la enfermera como ineficaz para resolver las necesidades de los pacientes, que limitan la comunicación entre los profesionales y que promueven la jerarquización de los cuidados en categorías. Asimismo, la enfermera manifiesta sentirse menospreciada por la institución y tiene la percepción de una distribución de recursos inadecuada para cubrir los objetivos de calidad de los cuidados proporcionados.

Se destaca además, debido a la situación de crisis económica actual, que los valores de la organización se centran casi única y exclusivamente en aspectos económicos. Y aunque la enfermera entiende la coyuntura actual, manifiesta su inquietud por las medidas de austeridad llevadas a cabo y, las considera incoherentes y sin criterios lógicos para la optimización del sistema sanitario. Las enfermeras entrevistadas acreditan algunos de los impactos de esta crisis en el cuidado del paciente.

7.2.4.1. Normalización de la práctica enfermera en las instituciones sanitarias

El discurso de las enfermeras entrevistadas evidencian una serie de procesos que han ido normalizando el cuidado del paciente. Estos procesos articulan diferentes prácticas profesionales que determinan cómo, quién y cuándo hay que realizarlas.

Las enfermeras más jóvenes son las que presentan un mayor marcado rol normalizado. Definen sus prácticas en clave de estándares preestablecidos y normas, que determinan el ritmo de su actividad profesional. Y aunque, en las enfermeras de más experiencia

laboral se da la misma situación, en su discurso se referencia más a cómo estas normas impactan o deben aplicarse a los pacientes, observándose en este grupo, claramente una resistencia a los cambios o implantación de nuevas formas de gestionar los cuidados.

Los dispositivos que normalizan la práctica enfermera se estructuran en base a la relación dependiente y jerarquizada de la enfermera con el médico, así como a los recursos disponibles y predeterminados por la institución para el cuidado del paciente.

Esta situación hace que la enfermera deba priorizar cualquier otra actividad ordenada por el médico o por las normas del centro, a la atención individualizada del paciente. Aspecto que justificaría los flujos ineficaces de comunicación entre los profesionales, la frustración de la enfermera por el tipo de atención que proporciona y la insatisfacción del paciente por la atención recibida. El paciente ocupa la última posición en el algoritmo de priorización de la enfermera por la normalización de su práctica asistencial.

E3: «Pues el tiempo, porque a veces ejemplos de las rondas de la medicación de las cuatro, el primer contacto que tienes con el paciente, que no lo conoces de nada, que tienes todo un carro de medicación por repartir y todo ingresos y, y claro, el primer contacto ya es un poco rápido, así de, de lo que es ¿qué tal? y ya ves una primera valoración del paciente y bueno, pues más tarde ya tienes más tiempo igual pero...»

E9: «Nada más el relevo pues ya empiezas a, a revisar la medicación y sacar la medicación de las doce y de la comida, por ejemplo, en un turno de mañana por ejemplo, y ya tienes el primer contacto con el paciente, tomar constantes y darle su medicación y, bueno, después ya, pasas las constantes y ya son las curas, haces las curas y los cambios de unidosis y ya, a partir de eso ya las altas.»

Otra estrategia de normalización de la institución que se observa en los discursos, son los protocolos de funcionamiento interno del servicio elaborados por la dirección del centro. Dichos protocolos determinan las actividades que cada profesional debe realizar en cada turno de trabajo.

Se observa además, que las normas impuestas de funcionamiento de las unidades asistenciales, no persiguen objetivos de calidad sino la obtención de una serie de indicadores de resultados para la institución.

E5: «La dinámica, bueno, se repite cada día, cada día, cada día lo mismo... Pero hacer unos cuidados buenos si quieren unas buenas estadísticas. ¿Pero ahí poner un montón de cosas y cada uno que ponga lo que quiera? ¿Que son estadísticas y encima se están haciendo mal? ¿Para qué sirven? No sirven para nada. Hay que hacer los cuidados pero ese tiempo ya no, lo dedico a otras cosas antes que al ordenador.»

E7: «Lo que es las funciones de enfermería dentro de cada turno hay un protocolo que esto está hecho por el supervisor entonces cada turno tiene unas pautas y tiene unos, unos objetivos que tiene que cumplir al final de turno, entonces, claro, dentro del rol de enfermería auxiliar pues quien, quien supervisa todo el trabajo es enfermería pero después quien supervisa todo lo demás es el supervisor.»

Además de las normas de funcionamiento interno preestablecidas, aparecen en los discursos, referencias a numerosos protocolos de cómo realizar determinados cuidados de enfermería. Estos son concebidos por la enfermera como de obligado cumplimiento y como la mejor opción de cuidados. Se constata que no son más, que una forma de homogeneizar la atención que los profesionales proporcionan al paciente.

E4: «De los cuidados en general ya tenemos más o menos como un, sí, unos protocolos que se, hombre a veces se, sobre la marcha tienes que cambiar pero en teoría se van haciendo más o menos todo...»

E5: «Que es mejor para el paciente. Pero claro, todo el mundo tenemos que trabajar de la misma manera...»

E8: «Yo creo que daría buenos resultados lo que pasa que está tan protocolizado todo que les están enseñando a los profesionales a tener miedo a tener ideas porque ya está protocolizado. Y si tú le enseñas a una persona un protocolo no se va a salir de ahí nunca, pero a lo mejor hay muchas formas de hacerlo. Esa es mi opinión y yo creo que nos estamos protocolizando mucho.»

También existen normas no escritas que configuran el rol de la familia y el paciente en relación al profesional, claro ejemplo de ello, sería el familiar que sale de la habitación cuando entra la enfermera o el médico.

Un sector de las enfermeras lo consideran un efecto provocado por los propios profesionales y otro sector lo atribuye al miedo de la familia a enfrentarse a determinadas situaciones clínicas. Pero lo cierto, es que limitan la integración de la familia en la toma de decisiones de los pacientes.

E4: «Obstáculo no, pero ayuda... Yo creo que los hemos acostumbrado a que cuando el enfermero entra por la habitación el familiar automáticamente se sale.»

E5: «No. Si es cuestión de informar, si ahí nosotros no estamos para enfrentarnos a nadie sino para informar cuales son las normas, hasta donde puedes ayudar, hasta donde no... A veces piensa la familia que lo mejor para el paciente es una cosa, bueno, pues tú le explicas que igual no es eso. Si le explicas bien al final ven que...»

Emerge un discurso sobre la implantación de un modelo de gestión integral de cuidados en la práctica clínica. La mayoría destaca los cambios que se han ido produciendo en los últimos años, en aspectos como la informatización de los cuidados, las relaciones interpersonales y la calidad de la atención. Se observa que la informatización no ha calado de igual forma en todos los profesionales, probablemente debido a la escasa incentivación y motivación por parte de los gestores, lo que ha provocado limitaciones en el funcionamiento e implantación.

Las enfermeras entrevistadas de más edad y con más experiencia profesional, considera que este proceso de informatización de la atención sustituye la comunicación entre la enfermera y el médico y es un mero sistema para que la realización de estadísticas. Las enfermeras jóvenes y con menos experiencia, consideran que la informatización ha reducido la carga de trabajo en determinadas circunstancias.

E5: «Pues primero médico enfermera, está desapareciendo el equipo. Están los ordenadores que el médico ya, ya lee todo por el ordenador.»

E9: «También los ordenadores nos quitan mucho trabajo.»

E10: «Por ejemplo, los cuidados de enfermería en el ordenador, yo no los hago. Yo los hago al paciente pero no plasmo porque estadísticas es lo que nos dijeron y se hacen mal. Y se hacen mal porque no se mete, yo estuve haciéndolo bastante tiempo. [...] Hay que hacer los cuidados pero ese tiempo ya no, lo dedico a otras cosas antes que al ordenador.»

Se evidencia además, que el actual modelo de gestión de cuidados viene determinado por el cambio social que se ha producido en los usuarios del sistema sanitario. La enfermera percibe que la actitud ahora del paciente y la familia ha cambiado y demandan más información que antes.

Pero en general, las enfermeras entrevistadas comparten la idea de que actualmente se proporcionan mejores cuidados que antes, basados en la evidencia científica, en pruebas diagnósticas más rápidas y en la efectividad de los fármacos. Pero se observa, que persiste la idea de que la calidad de los cuidados debe ser medida en clave de curación y está condicionada por la dotación de personal suficiente.

E5: «Y yo les digo, ni los pacientes son como antes ni las familias son como antes, ahora exigen, quieren información y quieren saber todo. O sea llegan, se ponen así y que me hagan lo que... No. No, hay que dar información de todo y además cuando tiene información están más relajados, más de todo.»

E5: «Estamos una maravilla porque los diagnósticos han cambiado, bueno, se diagnóstica en seguida, la medicación es mucho más efectiva que antes, el, el paciente se recupera mucho más rápido y, y entonces se reduce mucho el trabajo, y se reduce el trabajo y hay suficiente personal, damos más calidad que antes, mucha más calidad que antes, pero trabajo estamos mejor, aunque a veces pues, en momentos puntuales se desborde un poco.»

En general, se constata que no solamente la práctica profesional de la enfermera viene determinada por las normas institucionales, sino que además, la normalización afecta a la relación con el paciente y la familia y con el equipo de salud.

Respecto a la práctica profesional, la enfermera se encuentra inmersa en una gestión de los cuidados marcada por los horarios, la obediencia al médico y los protocolos, que inmovilizan cualquier tipo de innovación en su práctica.

Asimismo, las relaciones interprofesionales carecen de una comunicación efectiva por estar basadas en la jerarquización por categorías profesionales, tanto con el equipo, como con los órganos de gestión de la organización. Además, la normalización del sistema fomenta una interacción con el paciente y la familia, basada en la distancia, el cumplimiento de normas y la jerarquización de los cuidados, quedando ausente el criterio del paciente para la toma de decisiones discordantes con estas normas.

7.2.4.2. La supervisora de la unidad como facilitadora del trabajo de la enfermera

Ser supervisora es considerado por la enfermera como una tarea ardua y poco gratificante, que debe reunir una serie de características o un perfil determinado. En general, la enfermera cree, necesaria su presencia constante en el servicio para resolver los problemas que puedan ir surgiendo. Pero además, supone como condición *sine qua non*, haber sido enfermera en la unidad previamente para conocer en profundidad todo lo que allí acontece.

Se destacan diferencias sobre la percepción del rol de la supervisora, dependiendo de los años de experiencia en el servicio y la unidad analizada. Por un lado, las enfermeras de menos experiencia, la perciben como un apoyo en la gestión de situaciones complejas con el paciente, el equipo y la institución. Mientras que las enfermeras con muchos años de experiencia en la unidad son críticas con su trabajo.

E2: «Yo creo que la supervisora que tenemos como nunca había trabajado en la planta, en la unidad que está no conoce realmente como trabajamos, aunque lleve tiempo, es buena supervisora, pero aún no conoce como trabajamos en la unidad. Igual si hubiera trabajado más tiempo en la unidad le hubiera servido, pero bueno.»

E4: «Yo creo que los supervisores tienen que estar en planta mucho rato, mucho, mucho rato, todo el que puedan y más y menos despacho, esa es mi opinión. Tienen que saber perfectamente la, los problemas sociales que hay, porque llevan tanto tiempo y hacer un repaso con el jefe, este lleva treinta días, todo eso yo creo que es trabajo de la supervisora.»

El discurso de la enfermera defiende una supervisora que resuelva los conflictos internos entre los profesionales, ejerza un papel de unión entre ellos y fomente el trabajo en equipo.

Además, el éxito de esta figura en la organización del servicio, dependerá de su capacidad para gestionar los impactos de la actividad de otros profesionales, especialmente el médico, en la práctica de la enfermera.

E3: «Es difícil, es difícil, somos mucha gente y, y es una planta muy, muy desordenada y, y la gente no se involucra totalmente lo que podría involucrarse y creo que no, no están las cosas, es difícil, la medicina, en la planta, allí no nos, no está, necesita alguien que coja el toro, como se dice, por (ríe) y se ponga ahí a, pero es muy difícil tanto por los médicos, van a su, cada uno va a su... Pues como que necesitamos igual más, más equipo entre todos, que nos haga más piña a todos, para todos y a veces falta. Nos falta.»

E5: «Pero falta, también, un poco de organización por parte de la supervisora falta, un poquito, sí. No organización de la planta, eso muy bien, bien, pero lo que es la relación entre nosotras y de equipo sí, un poco falta. Organizar el trabajo de la planta.»

Ante determinados problemas con el paciente y la familia, aparece la figura de la supervisora como agente que debe intervenir para solucionarlos. Problemas como los derivados de la organización o la desobediencia del paciente a las indicaciones de la enfermera, precisa de la intervención de un escalón más alto

en la jerarquía institucional, para anular la capacidad del paciente para tomar sus propias decisiones.

E3: «No suelo tener problemas así con la familia ni con nada, digo si hay alguna cosa lo digo claramente y digo si tenéis alguna duda o alguna queja o nos lo decís o al supervisor o a algún, atención al paciente más que nada...»

E6: «Es el punto de referencia pues para pacientes que te piden cosas especiales o hablar con la asistente social o hablar con la psicóloga o con tal o con cual, es el punto de referencia, se le llama a la supervisora y ella es quien lo gestiona entonces a ti te quita un poco la burocracia, el que tú pierdas, no pierdas el tiempo, pero bueno, que le dediques el tiempo a otras cosas y lo que es papeleo y tal lo hace ella.»

La gestión de los turnos de trabajo han sido descritos por las enfermeras entrevistadas, como un aspecto que preocupa. Teniendo en cuenta que la programación depende del supervisor y la dirección del centro, los turnos pueden condicionar la motivación y satisfacción de la enfermera en el servicio y en consecuencia, la atención al paciente.

Pero además la supervisora es considerada como la responsable de la recepción de nuevo personal a la unidad y de explicar las normas de funcionamiento del servicio y la gestión de los cuidados. Es decir, es la responsable de perpetuar la normalización de una práctica asistencial, que limita actualmente la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes.

E3: «El supervisor tiene buen papel a nivel de lo que son los turnos y todo pero lo que es a nivel de, de allí, del trabajo.»

E4: «Y luego ver un poco pues la gente si un día hay algún problema entre dos personas que puede haber que esté un poco en medio, ¿no?... Pero claro, si tuviéramos esto que te digo pues nada más llegar la supervisora recibe una persona que llega a trabajar y le dice como se trabaja aquí, como... Se dice así un poco, está, le suelta allí un sermoncillo pero si lo tienes, los que estamos utilizando lo que tenemos, ya te digo, que están con la fecha un poco ya pasada.»

Se destaca a la supervisión como un elemento de control, elaboración de normas y confección de protocolos sobre cuidados. Se hace referencia a la necesidad de que ejerza un poder dominante ante aquellos profesionales, pacientes y familias que no acaten las normas establecidas.

E9: «Muy bien, pero después lo que es el trabajo de supervisión, pues que sea un supervisor estricto, que lo controle todo, que todo funcione, que haya orden, ¿sabes? Y todas estas cosas no hay, entonces también eso ha repercutido un poco en que interna sea un poco pues así, desorganizada.»

E10: «Entonces tiene que haber una mano dura, que yo siempre lo he dicho, tiene que haber una mano dura en el servicio que supervise y, y, y no es fácil, eh, no es fácil... Pero se necesita mano dura y no, la mano dura no está. Entonces si hubiera allí una mano dura seguro que las cosas cambiarían un poco.»

Por último, las enfermeras consideran a la supervisora como una conexión con el resto de servicios y la dirección del centro, que se percibe ineficiente, por la escasa información de los cambios que se producen en la organización que impactan en el trabajo de la enfermera.

E3: «Quizás tienes que ir un poco detrás para, para estar informado de cómo están las cosas y para que te comunique como, los cambios de, de igual de las, pues de medicación, que si vienen ahora los, los, en monodosis los, los atrovent y los, el ventolín, bueno, cambios así pues de medicación y, y que te enteras de cosas por carteles pero vaya, un poco, falta un poquito quizás.»

E6: «Y supongo que es el punto de referencia para protestar a la dirección. A veces se consigue y a veces no, pero bueno, X, la supervisora, pues quien escucha nuestras quejas y demás y luego las transmite a lo que es dirección de enfermería.»

En general, podría decirse que ser supervisora implica tener competencias de enfermera generalista con experiencia previa en la unidad, habilidades de comunicación y con capacidad para gestionar conflictos, recursos materiales y humanos. No necesariamente, aparece la formación como una condición necesaria.

7.2.4.3. Inexistencia de una dirección accesible y útil para la enfermera

Se evidencia una gestión de los recursos por parte de la dirección del centro centrada casi exclusivamente, en aspectos económicos. La mayoría de enfermeras perciben a la dirección como lejana o ausente con escasa preocupación por los criterios de calidad de la atención. Aunque en el modelo actual, la dirección de enfermería es independiente a la dirección médica, la enfermera la continúa percibiendo como dependiente de ésta.

E5: «Yo los de dirección creo que lo que más les interesa es el dinero. El dinero. Y la calidad también les interesa pero ante todo el dinero porque la calidad se podría mejorar, se podría mejorar pues haciendo unos buenos cursos, se podría hacer buena formación al personal, que alguna vez hay pero, como hay, hay muchos cursos, ¿no?»

E5: «Y la dirección de enfermería está por debajo de la dirección médica o sea que ...»

Se destaca como función principal de la dirección del centro, la gestión y dotación de personal del hospital. Pero dicha gestión es percibida como inadecuada, por no tener en cuenta aspectos como la carga de trabajo, la organización de las unidades y las capacidades profesionales.

Se afirma que la dirección no sabe responder a las demandas de los profesionales de forma adecuada y que el trato al profesional es incorrecto. Lo que provoca desconfianza de la enfermera en la dirección así como desconocimiento del rol de los diferentes miembros que la componen.

En consecuencia se acrecienta el distanciamiento con los órganos de gestión y se refuerza la idea de una dirección desconocedora del funcionamiento interno del servicio.

E5: «Pues yo de la dirección nunca he tenido buena, buena percepción. ¿Por qué? Porque está muy lejos. La, la, están todos muy lejos, no saben ni conocen el personal ni saben cómo funciona una planta, nada de nada. Yo lo veo muy lejos entonces pues tengo mala... Ahora creo que con esta

dirección de enfermería hay mejores respuestas que con anteriores, con esta dirección, cuando alguien tiene un problema o algo que, que hay mejores.»

E6: «¿Con los de arriba? Ninguna. (Ríe) He sido clara ¿no? Ninguna. Ninguna. La verdad es que creo que hay muchos que sobran con lo cual. Es que creo que el papel que puede hacer una persona o que en este momento lo están haciendo tres lo puede hacer una persona entonces ninguna, ninguna relación. Los conozco pero tampoco sé exactamente qué hace cada uno o qué función tiene cada uno pero lo que está claro es que hay gente que sobra porque es que te das cuenta de que hay cosas que no se hacen bien, entonces, para no hacer las cosas bien mejor que vayan a otro sitio.»

Finalmente, aparece la figura del jefe de servicio, de igual forma que la dirección, ausente y de escasa utilidad. Evidencian que no se atiende a las reivindicaciones de las enfermeras respecto a la organización del trabajo del médico y el impacto que éste supone en la práctica enfermera.

E4: «Como jefe de servicio no. Ninguna. Como médico pues sí, la que me toca, pero como jefe de servicio no... [...] Hemos tenido nuestras reivindicaciones con el jefe de servicio son un poco el orden del pase de visita, principalmente, que por favor no vengán a las tres, que por favor no vengán no sé cuándo, que por favor, que por favor, que por favor... Y yo he estado en tantísimas reuniones para esto y ya entonces por eso he dicho antes que eso lo tengo superado y ya me da igual todo, yo ya me tengo salidas y tampoco.»

E7: «Y después ya, a nivel del jefe de médicos pues también tendría que poner un poco su, su, a los especialistas y entonces a lo mejor todo iría un poco mejor. [...] A lo mejor se ha intentado o durante tres días que a lo mejor dices uy, mira, pues parece que la cosa ha cambiado, a ver si... No, al cuarto día todo sigue igual.»

7.2.4.4. La estabilidad laboral como camino hacia la autonomía del paciente

La institución determina la distribución del personal de enfermería. Esta distribución es considerada disonante con la organización de otros profesionales. Por lo que se

evidencia como una limitación importante para el trabajo en equipo y la actividad profesional de la enfermera.

E2: «Ahora hay médicos que pasan por las tardes, por ejemplo, visita, que se reduce el personal de las mañanas y eso es un follón. Igual viene un médico por la tarde que quiere hacer una paracentesis o una... Por la tarde somos dos enfermeros sólo. Claro, si estuviera mejor organizado todo funcionaríamos mejor. Es básico.»

E3: «O cuando haya el exceso de ingresos o carga de trabajo pues poner un refuerzo porque ya no se pone, ya no hay. No hay. La quitaron y todavía dicen que nos van a poner ahora dos, que nos van a quitar la enfermera de los sábados y domingos de, que somos tres, vaya, volver a lo que era antes. Eso dicen, no sé si al final lo harán o no. Pero vaya, como lo hagan ya, sí que ya la atención que daremos ya será saludar por la puerta y, y curar vía y poco, poco.»

Las enfermeras entrevistadas comparten su preocupación por el efecto que sobre su trabajo tiene la movilidad y excesiva contratación eventual en algunos casos de duración breve. Consideran que la inestabilidad laboral es fuente de ansiedad, estrés y desmotivación que provocan a su vez nuevos cambios.

No poder elegir el puesto de trabajo y ser interino o eventual convierten a la unidad en un servicio con elevada carga de trabajo y el personal presenta alto nivel de insatisfacción.

E9: «Después también es el hecho de que viene mucha gente de paso. Mucha gente nueva, ¿no? Porque, pues gente que lleva muy poco trabajando pues, ¿dónde los ubican? Pues a interna. Es así, es verdad. Y entonces eso también se nota mucho.»

E10: «Después también me afecta pues a nivel ya personal de que claro, que la cosa está muy mal, yo estoy con una comisión, pero bueno, una comisión que me han dado hace una semana porque la perdí... entonces todo eso genera un estrés a la hora de, de tu futuro, si tendrás trabajo o no, o la condición de... Sobre todo, trabajo sabes que vas a tener, pero sobre todo es la condición del, de la calidad del contrato.»

Existen diferencias en el discurso de las enfermeras según la unidad sobre las necesidades de personal. Esto se debe a la distribución de las cargas de trabajo, la eventualidad de los profesionales, el tipo de pacientes y las especialidades médicas implicadas en cada unidad.

Se constata cómo el modelo de gestión de las unidades, pueden generar más o menos satisfacción de la enfermera e importantes limitaciones en la atención al paciente.

EME E2: «No se funciona igual porque claro, cuanto menos tiempo tienes menos tiempo hablas con la gente pero vamos, que el personal yo creo que es el adecuado. Ni más ni menos.»

MIR E8: «Por, porque no hay personal suficiente para hacerlo bien... A mínimos, hace falta, yo pienso que para hacerlo bien, bien, bien, bien un enfermero más, un auxiliar más y un celador mañana y tarde. [...] porque son pacientes dependientes, los tienes que levantar, los tienes que ayudar, los tienes que dar la ducha, tienes que llevarlos al baño, tienes que ir con oxígeno, van despacio, van lentos, van...»

Además, la enfermera plantea críticas a la inexistencia de un modelo de contratación por competencias profesionales. Situación justificada desde la consideración de la enfermera generalista capaz de cubrir cualquier puesto sin una especialización y/o formación específica previa.

E8: «Pero la sanidad, yo, desde mi punto de vista, se premia más al malo que al bueno, desde mi punto de vista, eh. Yo lo digo con la boca abierta al cien por cien. Cuanto menos sepas, mejores sitios te agregan porque eres tonto. Y cuanto más sepas, mete toda la mierda que hay por ahí, me la sacas para adelante. Así mismo, resumiendo y siendo un poco duro.»

E10: «Ha habido profesionales como la copa de un pino y se los han llevado a sitios que dices tú bueno, pero si lo tienen mareado. Y luego otras personas que no valen para hacer la o con un canuto, porque las hay, de todo hay en la villa del señor y sin embargo pues están en sitios que dices tú joder, con la responsabilidad que tiene y con la calidad que le tiene que dar al paciente, ¿por qué están estas personas aquí, no? Y eso lo saben pero es preferible quitar al tonto de en

medio que poner al listo porque el listo lo puedes poner en muchos sitios, el tonto sólo en uno.
Por resumirlo.»

En general, el personal interino de las unidades analizadas, presenta un discurso más centrado en la preocupación sobre su situación laboral de inestabilidad y la movilidad de personal. Este discurso en el personal fijo está ausente y cuando se hace referencia al modelo de gestión se describe como la distribución de recursos materiales.

Mientras en el personal interino aparece la preocupación por la escasez de personal en la unidad y la precariedad de los contratos. En el grupo de funcionarios, su discurso se centra más en el impacto en los cuidados en el paciente. Esto pone de manifiesto, que una situación laboral estable generaría mayores espacios de reflexión sobre los cuidados y la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes.

7.2.4.5. La importancia de los espacios físicos en la práctica clínica

Emergen críticas a los espacios de trabajo en la unidad. No existe consenso en su organización y consideran que no se respeta el orden en los mismos.

E7: «No está bien organizada. No. Primero que no hay espacio para trabajar, nuestro control de enfermería siempre está desordenado porque todos somos muy desordenados, yo me incluyo, todos somos desordenados, tanto enfermería, auxiliar, supervisor, como médico, todo. Las hojas no están en su sitio, eh, bueno, fatal.»

El diseño de las habitaciones de los pacientes se considera que dificulta el trabajo de las enfermeras.

E9: «Y las habitaciones igual, no hay espacio. Es que hay la cama, que si la mesita, que si la mesa, que si el taburete ese bajo y el sillón (ríe). Y cuando hay una urgencia y tú vas con el carro o tienes que ir tienes que empezar a quitar obstáculos. Es que es una, una barbaridad, entonces yo eso sí que...»

También se evidencia que los espacios de almacenaje son escasos, desorganizados y poco actualizados, propiciando la desmotivación de la enfermera.

E7: «O sea, no. Muy mal. De hecho interna tiene la fama de estar muy mal organizada. Y eso sí que lo he vivido, está muy mal organizada, pero porque tampoco hay espacio.»

E10: «El espacio es a la inversa, o sea, es mínimo, entonces está súper apretado todo, súper incómodo para trabajar, tenemos material muy desfasado, muy antiguo, el carro de paradas yo ya lo he pedido cien mil veces, el supervisor hace todo lo posible y yo creo que hay desmotivación por parte del personal ese aspecto, eso sí es verdad que está desmotivado todo el personal de la mísera que nos tienen, de materiales y de, y de, y de, y de espacio.»

En general, se observa que las condiciones de trabajo condicionan la práctica enfermera y pueden impactar en la calidad de los cuidados proporcionados.

7.2.4.6. Institución sanitaria basada en la ética de mercado

Se evidencia que los objetivos de la organización sanitaria son puramente económicos priorizando el ahorro a la calidad y la gestión de camas al confort del paciente. Los valores de mercado priman sobre los de formación y actualización de conocimientos de los profesionales.

Se observan diferencias entre el personal con estabilidad laboral frente al que no la tiene. Los interinos se refieren a los valores de la organización como centrados en la gestión de camas sin tener en cuenta la calidad de los cuidados proporcionados.

Su discurso se centra en la carga de trabajo, circunstancia directamente relacionada con la unidad de medicina interna. Además, la preocupación de este grupo por su situación laboral, aparece como limitación para exigir cambios a la dirección del centro, por el miedo a perder el puesto de trabajo o a que no se les vuelva a contratar.

E5: «Yo los de dirección creo que lo que más les interesa es el dinero. El dinero. Y la calidad también les interesa pero ante todo el dinero porque la calidad se podría mejorar, se podría mejorar pues

haciendo unos buenos cursos, se podría hacer buena formación al personal, que alguna vez hay pero, como hay, hay muchos cursos, ¿no?»

E9: «¿Ahora mismo? (Ríe) Generar los menos posibles costes. O sea, está claro. Ante todo, independientemente de la buena calidad del servicio y de, de y de, de mirar por el paciente. No, o sea, reducir los costes. Yo creo que es el único objetivo que hay.»

Consideran que la institución promueve el registro constante de todas las actividades profesionales no para mejorar la continuidad de los cuidados, sino con el único propósito de obtener indicadores de resultados. Este aspecto explicaría el rechazo de la enfermera para participar en la cumplimentación de los registros por la ausencia de un criterio de calidad.

E1: «Y luego, puf, pues que, supongo que esté todo escrito, que pretenden que todo el personal escribamos todo bien en el ordenador para que haya, para que salgan bien unas estadísticas y se pueda hacer todo en función de, pues que quede todo bien escrito en función de...»

E5: «Por ejemplo, los cuidados de enfermería en el ordenador, yo no los hago. Yo los hago al paciente pero no plasmo porque estadísticas es lo que nos dijeron y se hacen mal. Y se hacen mal porque no se mete, yo estuve haciéndolo bastante tiempo... estuve haciendo como un año o año y medio y lo he dejado porque al final dijeron que eran estadísticas. ¿Que son estadísticas y encima se están haciendo mal? ¿Para qué sirven? No sirven para nada. Hay que hacer los cuidados pero ese tiempo ya no, lo dedico a otras cosas antes que al ordenador.»

Otro de los objetivos que se percibe propio de la organización sanitaria es la gestión de altas e ingresos o lo que conocemos por las listas de espera. La enfermera expresa el descontento por esta situación y reclama a la institución que estas listas dependan de criterios profesionales.

Los pacientes reingresan constantemente, lo que provoca en la enfermera un elevado grado de frustración y una importante pérdida de interés por los cuidados de estos pacientes.

Pacientes como el geriátrico presenta altas tasas de ingresos y una estancia prolongada. El modelo biomédico «cura» la patología que motivó el ingreso pero no resuelve la necesidad de cuidados, incluso en algunos casos los agrava dificultado el retorno a su domicilio. Además, aparece descrita una movilidad interna de pacientes entre servicios que impactan en la calidad de la atención.

E2: «Yo lo que veo ahora mismo la prioridad que tiene es que haya camas libres. Esa es la prioridad que tiene. Siempre es lo mismo, siempre que veas a un director médico, una directora de enfermería por la planta lo único que persiguen, en general, es que haya altas y que... Siempre están con los ingresos, rápido ingreso, hay que subir ingresos, que urgencias está colapsado. Es lo único que veo, prisas y altas y... Da igual los cuidados del paciente, da igual que el paciente se vaya bien o mal de alta, eso ya lo verá el médico.»

E9: «Si tienes prisa porque el paciente se vaya eso ya no es un buen objetivo porque eso de que el paciente se vaya igual está un día más estable y dices alta. Tenemos muchos casos que se van de alta y a los dos días vuelven otra vez al hospital y eso es porque este paciente igual no estaba de alta. Igual también los médicos tienen su presión, eh, que eso ya es cosa suya, que les darán pero es frustrante que se vayan y vuelvan.»

Se percibe que prevalece la tecnificación frente a la prevención, promoción y educación para la salud y no se hace un seguimiento de los pacientes una vez son dados de alta. Queda patente la falta continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales promovida ficticiamente por la institución.

E8: «Ah, los objetivos. (Resopla, silencio) Curar y ya está. Curar fase aguda y ya está. (Silencio) Se intenta hacer un seguimiento, se enmascara pero yo pienso que no porque le están cortando los hilos a servicios como la UHD, unidad de cuidados paliativos, están reduciendo en, en, en centros de salud personal, que eso es dar un seguimiento al paciente, entonces curar la fase aguda y ya está. Punto... Si hubiese un seguimiento pues quizás, pues a lo mejor el paciente no tendría que volver tanto al hospital y te ahorraría pero como eso es a largo plazo y pienso que ya los gestores son números porque no son profesionales sanitarios sino que son profesionales administrativos

pues entonces lo que les interesa son los números, no les interesa nada el paciente, sinceramente lo pienso.»

El abismo descrito anteriormente, entre la organización y los profesionales provoca un sufrimiento moral en la enfermera caracterizado por desmotivación, insatisfacción y pérdida de interés por participar en las actividades promovidas por el centro.

E8: «Yo creo que hay desmotivación por parte del personal ese aspecto, eso sí es verdad que está desmotivado todo el personal de la misera que nos tienen, de materiales y de, y de, y de, y de espacio.»

E9: «No, porque es verdad pero a mí me da coraje porque yo he vivido esto y había un grupo de gente que se lo curraba y hay cosas muy bien hechas [...] y que llegue una persona a tu servicio y te diga mira, aquí tienes esto, esto se hace aquí por esto, esto, pum, pum, pum. Sí, no, pero es verdad, y eso como enfermera me da mucha pena porque como yo sé que se ha hecho y se ha hecho muy bien pues que ahora no se haga... Y eso es la dirección. Si la dirección no está por eso.»

Este sufrimiento además provoca imperantes deseos de acabar el turno cuanto antes, cambios constantes de servicio y abandono. Se constata la presencia de síndrome de *Burn Out* que genera conflictos en la relación del equipo con el paciente y la familia.

Estas situaciones de tensión, hacen que la enfermera se sienta presionada, frustrada e impotente ante los escenarios que se les presentan. Se hace casi imposible recordar la necesidad de que el paciente decida de forma más activa sobre sus cuidados.

E3: «Pues que acabas del turno y, y, deseando salir de trabajar y cuando están las cosas así de la tensión y de la carga de trabajo y salir del trabajo y desconectar... En interna creo yo que está muy, con mucha carga de trabajo y la gente se quema y provoca él, el estrés, el... Te quemas y deseando pues cambiar de planta.»

E7: «Entonces se genera estrés y se generan pues a veces conflictos entre nosotros... Y eso pasa, eh. Entonces toda esa carga de trabajo genera, genera mucho estrés y ansiedad y conflictos.»

Pero es que hay mucha carga de trabajo. Demasiada. A veces no puedes, no puedes con todo. Claro, son muchos pacientes y muchas complicaciones.»

7.2.4.7. Impacto de la crisis económica en el cuidado del paciente

El impacto de la crisis económica queda claramente descrito en el discurso de las enfermeras. Aparecen referencias a las políticas de austeridad instauradas en el último año y el peligro que éstas pueden tener en la calidad de la atención en la salud. Se evidencian recortes de personal, en material y fármacos así como el cierre de servicios hospitalarios.

Se constata como el personal funcionario, relacionado con la experiencia en el servicio y los años de profesión, cuestionan el tipo de recortes que se están realizando, considerándolos inadecuados y poco adaptados a la realidad sanitaria. Este grupo es más crítico con la dirección del centro comparada con direcciones anteriores.

En este sentido la ausencia de material necesario para la realización de determinadas técnicas es destacada como un impacto directo sobre el paciente, así como la escasez de personal para proporcionar cuidados de calidad.

E7: «A veces nos falta material, a veces falta medicación. Yo me he encontrado que falta un tipo de medicación y no está en el hospital pues esos días no lo das. [...] claro, pues eso directamente afecta al paciente. O tú no tener un material que necesitas, por ejemplo a la hora de hacer curas y no tienes ese material para hacer las curas, pues tienes que cambiar el tipo de cura de la úlcera o no curarle y esperar más días, eso afecta.»

E8: «Por, porque no hay personal suficiente para hacerlo bien.»

E10: «... llegará un momento en que le tengamos que decir al paciente mire, le tendremos que cambiar el pañal dos veces por turno, si orina tres, tendrá que quedarse con el pañal dos veces.»

Aunque se intenta comprender la situación de crisis y la necesidad de determinados recortes, se evidencia que éstos se realizan de forma indiscriminada y sin criterios de

calidad. Se insta a los gestores a optimizar los recursos de forma razonable, invirtiendo en aspectos que puedan ser rentables en el futuro.

E7: «Y eso pues claro que la institución, que yo lo en, que yo lo entiendo, entiendo que están obligados a reducir los costes y en la medida de lo posible pues tienen que hacerlo y lo entiendo y es así, estamos en situación de crisis, pero claro, es que los recortes en sanidad, es que me parece una barbaridad, bueno, eso ya lo sabemos, y eso afecta, afecta a la calidad y a la calidad de, de, de, del sistema a la hora de atender al paciente. O sea afecta, totalmente. Pero en todos los servicios.»

E8: «Si hubiese un seguimiento pues quizás, pues a lo mejor el paciente no tendría que volver tanto al hospital y te ahorraría pero como eso es a largo plazo y pienso que ya los gestores son números porque no son profesionales sanitarios sino que son profesionales administrativos pues entonces lo que les interesa son los números, no les interesa nada el paciente, sinceramente lo pienso.»

En general, esta situación de crisis económica y las políticas de austeridad aplicadas hasta el momento, provoca insatisfacción en profesionales y usuarios y una proyección de futuro de escasa mejora.

E3: «Estamos un poco estancados, que no, no creo que estén las cosas ahora en buenos tiempos también y que no, ahora mismo pues no, no vamos, no van a mejorar, no se pueden mejorar, creo yo.»

E9: «Pues le, algunos pasan desapercibidos, no les afecta, pero a otros pues sí que, les afecta (pacientes) y se, pues eso, enfados y, y, y manifestarte verbalmente esto es una mierda [...] que podríamos dar mejor atención y mejores, tener más recursos de más médicos, más de cada especialidad, por ejemplo, pero que no, que no.»

7.2.5. Ser enfermera

Ser enfermera en un entorno hospitalario se ha convertido en un reto por las dificultades a las que se enfrentan. La carga de trabajo se torna excesiva a consecuencia de la falta

de habilidades comunicativas y de formación, las demandas del paciente y la relación con la familia.

Se evidencia que la enfermera presenta sentimientos de frustración, impotencia y desmotivación, primero por no poder atender al paciente como a ella le gustaría, segundo por tener que realizar la mayor parte del tiempo actividades delegadas del médico y por último por estar continuamente presionada por el sistema sanitario y las dinámicas de trabajo establecidas por éste.

A pesar de esta situación se destacan una serie de cualidades en la enfermera que catalizan la claudicación profesional y mejoran la calidad de los cuidados.

7.2.5.1. Fortalezas y debilidades de la enfermera

Las debilidades de la enfermera en el cuidado del paciente, se configuran de forma diferente según el grado de experiencia ejerciendo la profesión. Mientras que las enfermeras de menos años de profesión y edad, las debilidades son consideradas como consecuencia de limitaciones externas como la falta de colaboración del paciente y las cargas de trabajo, las enfermeras de más años de profesión hacen referencia a aspectos propios, como la falta de empatía y formación.

En general, se constata que la enfermera presenta una falta de habilidades comunicativas debida posiblemente, a la inseguridad en el manejo de pacientes con procesos patológicos complejos. La asertividad y empatía con el paciente y la familia aparecen en las enfermeras con menos experiencia, como retos aún por mejorar.

E1: «Sí. Sí, sobre todo con el paciente oncológico. Al principio de trabajar en la planta pues claro, como tampoco conoces ese tipo de paciente no sabes cómo tratarlo o te hacen preguntas que tampoco sabes responder. Me estoy muriendo o... Y claro, no, no estás preparado para eso, porque no has tratado nunca con ese tipo de paciente.»

E10: «Cuando una persona está insegura no responde bien, no sabe qué, no tiene habilidades y la inseguridad se nota. Puedes hacer muy bien este trabajo, muy bien porque ya te digo que las compañeras al encamado es una delicia pero si tienes inseguridad notas cosas en responder a otras cosas, no tienes habilidades para solucionar problemas...»

Se reconoce que la falta de habilidades comunicativas se debe a una escasa formación pregrado y postgrado, que no es promocionada por la institución a consecuencia de la infravaloración de dichas habilidades en el entorno clínico. Se prefiere un perfil generalista y técnico de la enfermera, que resuelva situaciones clínicas más que una enfermera con cierto grado de especialización y que sea capaz de establecer una relación empática con el paciente y la familia. Lo que interesa es que el trabajo salga adelante, pero no tanto como se haga.

E5: «Sí, o poca formación. Creo que habría que formar al personal no a partir de los treinta sino ya en el colegio. En el colegio pues respeto al compañero, en cómo piensa, en empatizar con él, en la familia, en la familia es más difícil porque... pero en el colegio como norma. En la carrera de enfermería también como norma, en las prácticas también porque vas con una de prácticas, si respondes mal le estás dando una lección malísima.»

E9: «Pero la formación, formación para empatizar, formación para tener seguridad, para tener, ser hábil a la hora de solucionar problemas, es importante, pero eso se tiene que traer un poquito de la calle también.»

Se evidencian limitaciones en la cantidad y calidad de información que se les proporciona a la familia y el paciente, apareciendo como una debilidad de la práctica enfermera.

E5: «Ya cuando alguien se queja pues, y no está satisfecho es mala información, es mala información. No hay otro problema. Si la, si la familia y el paciente están bien informados estarán a gusto, llevarán mejor los problemas, porque no, no le vas a solucionar todos los problemas, pero llevarán mejor los problemas y verán que bueno, que las cosas son así, pero sí, la gente se va muy satisfecha. Sí. Sí.»

La enfermera ante la agresividad del entorno clínico y las condiciones de trabajo, soporta estoicamente las situaciones de conflicto con el paciente, la familia, el resto de profesionales implicados y los límites establecidos por la organización.

Se pone de manifiesto como la enfermera reconoce sus errores e intenta solucionarlos para evitar que se vulnere la seguridad del paciente.

E3: «Pero yo creo que mi, mi conducta siempre, casi siempre es la misma sí, paciencia. Paciencia.»

E8: «Y entonces pues llega el familiar, oye, me falta la pastilla de no sé qué, que es típico, a todo el mundo, oye, pues es verdad, pues me la he saltado, era la segunda hoja y no la he visto y... Yo lo veo bien y la actitud conmigo es pues sí, se me ha olvidado. Por eso te digo que yo creo que, en general, todo influye bastante positivamente.»

7.2.5.2. El binomio, médico-dominador y enfermera sumisa

Se distinguen entre actividades delegadas o dependientes del médico y otras propias de enfermería. Las actividades delegadas por el médico se centran en la recogida de información sobre la evolución clínica del paciente y la ejecución de órdenes médicas y se asume un papel de enlace, ante el poco tiempo dedicado del médico al paciente. Las actividades propias de la enfermera quedan siempre relegadas a los casos en los que el médico precise de asistencia en determinadas técnicas.

E1: «Entonces yo puedo obtener una información que me sirve para decírsela al médico al día siguiente o para dejarla escrita en el ordenador, que la pueda leer el médico y que eso le ayude pues a resolver las dudas del paciente»

E7: «Nos ponemos a preparar la medicación, que es medicación del desayuno, las doce del mediodía y de la comida, son tres rondas. Cuando tenemos la medicación del desayuno pues con el tensiómetro pues vamos a los pacientes y tomamos constantes, valoramos al paciente y todas las cosas que lleve y damos la medicación» [...] «Entonces vienen los, los médicos, pasan visita y pues es cambio de unidosis de medicación y también todo lo que nos piden.»

En lo que se refiere a las actividades propias de la enfermera, la observación y valoración del paciente dominan la práctica clínica. Aunque se constata que la enfermera asume la responsabilidad de los cuidados del paciente como actividad propia y percibe como una agresión del médico cuando se entromete en ellos, cuando las decisiones exceden de los cuidados básicos son consultadas con el médico. Emerge una función propia de la enfermera como es el uso de técnicas o tratamientos no farmacológicos.

Se identifica el relevo al siguiente turno de enfermeras, como una oportunidad para intercambiar información y dar continuidad a los cuidados; que mantiene la tradición oral.

E1: «Pues yo creo que todos porque el médico dice una cosa que vamos, hay que poner enjuagues o hay que intentar hacer cambios posturales, que bueno, que eso aunque lo diga el médico ya sabemos los demás que hay que hacerlo» [...] «¿La responsabilidad? Pues bueno, los cuidados básicos. Que el paciente coma, claro, tú estás viendo si el paciente come o no come, si a lo mejor necesita de algún complemento proteico que luego se lo comentas al médico para que se lo paute...»

E6: «¿Cómo cuidadora? También, realmente es el papel de la enfermera. Que harás los cuidados mejor o peor pero que él o ella se sienta que, que no es un muñeco que está ahí para lavar, ponerle una vía, poner la medicación y se va. No» [...] «A parte de las medicinas que hay, usamos la otra, la otra medicina y yo sí que estoy viendo que las cosas funcionan, les vas diciendo pequeños trucos...»

Además, se considera responsabilidad de la enfermera el registro de las incidencias y evolución clínica de los pacientes en la historia clínica. Posiblemente dicha responsabilidad se asocie con una concepción legalista de los registros y no en sí misma, una necesidad para describir la actividad enfermera.

E5: «Y luego ya escribes incidencias, escribes al final las incidencias, las escaras, plasmar todo.»

E8: «Pues ya coges, empiezas a escribir en el ordenador sobre incidencias del paciente y todo eso y bueno, ya esto de las dos y media pretendes terminar.»

Aparecen en los discursos referencias a actividades administrativas y de gestión establecidas por la institución. Dichas actividades ocupan un tiempo importante en la práctica diaria de la enfermera, relegando otras actividades como la comunicación con el paciente. La enfermera se considera a veces, como una mera secretaria del médico o de la organización.

E8: «Normalmente hay muchos ingresos por la tarde, suele haber ingresos, siempre está la planta al cien por cien de ingresos. O sea, también, como has dado altas por la mañana, preparas el alta, preparas los papeles, le explicas al paciente el alta, muchas veces...»

E9: «Ya pues te pones a preparar analíticas, que ahora las tenemos que pegar nosotros las pegatinas, informáticamente sacarla y pegarla y preparar todos los botes y todo eso. Hoy, por ejemplo, hemos tenido once y todas informatizadas...»

Se describe el espacio físico que ocupa la enfermera como el centro neurálgico de una unidad de hospitalización y el referente para los pacientes, la familia y otros profesionales. Consideran que al quedar recluidas a este espacio, se anula toda capacidad de reflexión en su práctica clínica, debido a la intromisión constante de profesionales, familiares y pacientes.

E5: «Timbres, teléfonos, familiares que vienen a preguntar cosas, celadores que se llevan a pacientes fuera... Entonces, yo ahí estoy un poco de que hay que organizar la planta, hay que organizar la planta para que funcione bien.»

E10: «De mucho timbre, que eso antes se estaba organizando de otra manera porque los timbres, ya había unas personas que iban a los timbres y ahora pues eso está un poco ahí» [...] «Y ya preparar pues recoger todo, hay que recoger también lo que es del personal, el cuartito de medicación que lo hacemos nosotros, las enfermeras, las bandejas, todo y el cuartito de estar también hay que recogerlo, también es importante que, en la buena relación, que esto funcione.»

7.2.5.3. Soledad y sufrimiento moral de la enfermera

La mayoría de las enfermeras entrevistadas se sienten solas. Solas al apreciar que se encuentran en una encrucijada, en medio del médico, el paciente y la auxiliar y teniendo que controlar el trabajo de ambos así como, el buen funcionamiento del servicio.

E3: «El papel de la enfermera en... Muy importante también sí. Imprescindible y es una, bueno, nosotras estamos ahí en medio, la enfermería está en medio del médico y de la auxiliar que...»

E9: «Igual te vienen a las tres a pasar visita y a las tres a pedirte pues una orina de veinticuatro horas, pues la orina de veinticuatro horas tendrá que empezarse mañana porque ahora ya a esta hora ya no, no puedes y, no sé, todo cuando lo quieren todo rápido y en ese momento, cuando a ti igual no te va bien, tienes otras cosas, pero bueno.»

Se constata que la institución tampoco prioriza las demandas de las enfermeras, en general, pero particularmente en aspectos tan cruciales como el soporte emocional ante pacientes complejos y en fase terminal.

La enfermera se siente sola y cansada de exigir a la institución una mejora en la organización de los servicios y el personal para la optimización de los recursos. Por lo que se justifica la aparición de sentimientos de frustración y claudicación profesional.

E6: «Nosotros llevamos mucho tiempo pidiendo que [...] hubiera una persona de referencia o la psicooncóloga o la psicóloga o quien sea a la cual le pudiéramos contar como nos hemos sentido con respecto a alguno de los pacientes que hemos tenido. Llevamos años pidiéndolo entonces yo creo que eso sería bueno a nivel de todo.»

E8: «Sí, si tú pones de tu parte y ves que no tienes respaldo por, por, por la administración, por decirlo así, ¿no? O la gerencia o, o la dirección o la supervisión y no tienes respaldo pues al paciente lo vas a tratar muy humano pero yo creo que el cien por cien no va a estar nunca.»

Aparece desmotivación, debido a que los objetivos del centro son incompatibles con los de la enfermera. Se percibe que no se tiene en cuenta su criterio y los pacientes abandonan el hospital sin que enfermería haya finalizado sus cuidados. Las enfermeras más jóvenes atribuyen a los objetivos de la organización su desmotivación

y frustración, mientras que las de más edad y experiencia profesional dan un paso más, señalando la ausencia de objetivos de calidad de la institución y la falta de organización e implicación de otros profesionales.

E2: «Pues si por ejemplo nosotros tenemos un paciente que ingresa con un pie diabético y tú puedes seguir una cura, si el objetivo del centro fuera curarle el pie diabético pues seguirías la cura, ¿no? Harías unos cuidados mejor. Yo creo que como el objetivo es que en cuanto pueda se vaya pues eso primero te desmotiva un poco porque vas a hacer una cura y dices, sabes que no vas a seguir el seguimiento ni nada de eso y en cuanto puede se va a ir y supongo que, no sé, eso influye, claro.»

Los altos niveles de estrés y ansiedad en la enfermera a consecuencia de la carga de trabajo, provocan una actitud más irritable e irascible con el resto del equipo y con el propio paciente y la familia.

E3: «...que a veces sales del turno y, y dices casi no he visto a un paciente, casi no he podido hablar con él y, y lo, y es por falta de, por todo, volver a lo mismo, a la carga de trabajo, a que vamos pues priorizando...»

E7: «[...] Entonces toda esa carga de trabajo genera, genera mucho estrés y ansiedad y conflictos. Pero es que hay mucha carga de trabajo. Demasiada. A veces no puedes, no puedes con todo. Claro, son muchos pacientes y muchas complicaciones.»

Un modelo de trabajo en equipo basado en la estructura jerárquica provoca que la enfermera tenga que abandonar su práctica para acudir a otras actividades que se priorizan desde la institución. Por lo que se evidencia una actitud de resignación, percibiendo que no puede hacer nada ante determinadas situaciones y se conforma con haberlo intentado.

E5: «Y yo creo que jugamos un papel muy bueno con la familia también. Sí. Y si ves que no les puedes ayudar pues también hay que admitir que no he podido hacer nada porque, bueno, pues no he podido hacer nada, lo he intentado.»

E8: «Yo pienso que yo creo que es la base de, el, el cincuenta por ciento de la gestión del paciente el personal de enfermería y está veinticuatro horas con él. Lo que pasa que la gestión es política y entonces ya sabemos.»

Las enfermeras entrevistadas afirman que no existen recursos y medios para procurar una continuidad de los cuidados. Todo ello, además de generar insatisfacción en la enfermera, se traduce en abandonos, resignación y malestar en el entorno laboral.

E3: «Pero por las, por la coordinación y la forma de trabajo no, no estoy, no estoy a gusto. Me... quizás a veces pues te llevas cosas y, y para casa y, y malestar de, de frustración de decir se podría hacer las cosas mejor y entre todos pero no, no.»

E7: «Yo he llegado a cambiar en un mismo día un paciente dos veces, en su ingreso un paciente hasta cuatro veces de habitación y terminar a, a maternidad. Hay veces que los pacientes se niegan y es que tienen todo su derecho, es que es una vergüenza.»

E10: «Y en muchas cosas pues bueno, sabes qué, que son así y lo aceptas y ya está, es que no hay más porque no depende sólo de ti.»

En definitiva, se constata un alto grado de insatisfacción por la falta de tiempo para individualizar los cuidados así como el poco reconocimiento de la familia y el paciente al trabajo de la enfermera. Dicha insatisfacción provoca un elevado abandono y cambios de servicio. Pero además, el tipo de gestión de personal y la movilidad de profesionales por el servicio de forma permanente, acrecienta esta insatisfacción.

Todo ello, genera importantes limitaciones para que la enfermera considere la capacidad de autonomía en la toma de decisiones de los pacientes como un aspecto prioritario de su práctica clínica.

Capítulo 8

DISCUSIÓN

A partir de los resultados de los registros y las entrevistas analizados, pondré en discusión que factores se han ido evidenciando, influyen en la capacidad en la toma de decisiones de los pacientes. Además analizaré dicho fenómeno desde la perspectiva de la ética foucaultiana identificando las relaciones de poder que se establecen y que configuran la autonomía del paciente en la toma de decisiones en el ámbito clínico. Asimismo, describiré las diferencias y similitudes con otros estudios realizados hasta el momento, para de esta forma conocer el grado de transferibilidad, en contextos similares, de los resultados de mi estudio.

Comenzaré a describir las características generales de la toma de decisiones autónomas de los pacientes en el entorno clínico analizado desde los modelos descritos en la literatura científica, para inmediatamente después definir el espacio que ocupa el paciente en dicha toma de decisiones y cómo la familia, las relaciones interprofesionales y el sistema sanitario justifican las limitaciones y resistencias en el poder de decisión del paciente.

8.1. PACIENTE COMO OBJETO PASIVO DE LOS CUIDADOS

Este estudio revela que el paciente no es autónomo en la toma de decisiones sobre sus cuidados debido: primero, a una determinada institucionalización de la atención,

que marca los ritmos de las decisiones; y segundo, a las características de las dinámicas relacionales que se establecen entre los profesionales, en particular, de la enfermera con el paciente y la familia. Son estos elementos los que describen cuál es la situación actual en un entorno hospitalario, de la capacidad que tiene el paciente para tomar sus decisiones respecto a qué tipo de cuidados desea, desde la perspectiva de la enfermera.

Sigue dándose una encrucijada entre un modelo de paternalismo protector y un modelo de elección informada como indicaban algunos estudios anglosajones (Cribb & Entwistle, 2011; Iliopoulou & While, 2010; Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010; Duke, Yarbrough & Pang, 2009; Calloway, 2009; Ho, 2008; McDemott, Bingley, Thomas, Payne, Seymour & Clark, 2006). Pero dichos modelos, en el caso de este estudio se entremezclan y desde el análisis de las relaciones de poder, se observa la dominación del primero.

Se constata en los resultados, que los profesionales son los que deciden sobre la atención del paciente. En los registros se hacen referencia a las características clínicas del paciente, pero sin que quede constancia de su identidad ni de su decisión. Mientras que en las entrevistas, las decisiones se basan en la confianza que deposita el paciente en la enfermera donde los aspectos técnicos se relegan a un segundo plano. En ambas fuentes, los registros y las entrevistas, queda evidenciado el silencio del paciente en la toma de decisiones.

La enfermera constantemente, justifica cualquier decisión sobre los cuidados, en el beneficio del paciente, sin dejar un espacio para su autonomía. Prevalece la decisión del profesional basada en la evidencia científica y el conocimiento experto, a veces, y solo a veces, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes, siempre y cuando coincidan con las del profesional, tal y como revelan los estudios de Epstein y Peter (2007), Nelson, Han, Fagerlin, Stefanek y Ubel (2007), Sevdalis y Harvey (2006) y

Dowie (2002). Se evidencia en este estudio, que domina una concepción restrictiva sobre la toma de decisiones de los pacientes en nuestro entorno clínico.

A pesar de la dominación del modelo restrictivo, emergen ciertos discursos en las enfermeras, que destacan la necesidad de hacer partícipe al paciente, asesorando ante las diferentes alternativas de cuidados posibles. Pero en este sentido, queda mucho camino por recorrer, pues aún no se ha extendido en el ámbito de atención especializada, donde las relaciones entre la enfermera y el paciente aunque se caractericen por la confianza, siguen siendo fijas y marcadas por los roles que cada uno asume en dicha relación, como define Emmanuel (1992). Por lo que, se manifiestan las limitaciones de operativización práctica de un modelo más aperturista en la toma de decisiones de los pacientes propuestas por Cribb y Entwistle (2011).

Este trabajo de investigación permite conocer cuáles son los dilemas éticos que limitan un modelo de toma de decisiones en los pacientes más autónomo, donde el conocimiento experto del profesional ayude a reflexionar a los pacientes y adapten sus preferencias en el proceso de decisión. A través del análisis de las relaciones de poder existentes en los factores que influyen en la toma de decisiones, se hace posible conocer el impacto en la vulnerabilidad de la autonomía de los pacientes, tal y como defendían en sus estudios Gafni y Charles (2009) y Emmanuel y Emmanuel (1992).

Ha quedado demostrado, en los resultados analizados, que las relaciones que se establecen entre la enfermera y el paciente y la familia, los miembros del equipo y el sistema sanitario configuran la autodeterminación del paciente. Asimismo, el contexto histórico-social de las instituciones sanitarias explica el grado de autonomía que el paciente adquiere en el entorno clínico.

Como concluían McKenzie y Stoljar (2000) y Benson (2000), se ha producido una estigmatización del poder de decisión del paciente a través de las normas culturales,

las estructuras y las prácticas sociales que afectan a la identidad del individuo y que en el ámbito clínico restringen el autodesarrollo y autonomía del paciente.

Por tanto, desde una concepción foucaultiana de la ética y un modelo aperturista basado en la plena autodeterminación del paciente, iré desgranando qué contexto domina la práctica clínica, que representa una limitación de dicha autonomía y los discursos que emergen, que permitirían una transformación para alcanzar un mayor poder de decisión del paciente en el ámbito clínico.

8.1.1. Las estrategias de poder de la enfermera determinan la autonomía del paciente en la toma de decisiones

Tanto los registros como las entrevistas constatan que la enfermera prefiere un paciente sumiso y pasivo en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas (esquema 9). Esto explicaría que la enfermera se centre en el registro de estados clínicos del paciente de forma impersonal, donde la voz del paciente únicamente se refiere a situaciones de dolor o percepciones subjetivas.

Esta idea, se refuerza en el discurso de las entrevistas, donde la enfermera asume que el paciente debe confiar plenamente en el profesional y dejarse llevar. Así, cuando el paciente ingresa en una unidad de hospitalización, de forma figurativa, pasa a ser propiedad de los profesionales y por consiguiente dominado por ellos, como indica Arrollo Arellano (2007) en su estudio.

Se identifica que la consideración de «buen paciente» está condicionada por el grado de sumisión que el paciente adquiere en la relación con la enfermera. Los resultados de este estudio además revelan que para ser considerado buen paciente se deben de dar características como que se acepte la enfermedad y no se mantenga una negación continua, que no se demande mucha información, que no se exija la atención, que se asuman las reglas y normas de la institución, que se valore el trabajo de la enfermera y que se muestre colaborador y participativo en los cuidados que se le imponen.

Según Hallet (2000), las características anteriores responderían a una forma de paternalismo, donde la enfermera identifica al paciente como un sujeto limitado a cumplir con las indicaciones terapéuticas desde la obligación profesional de proteger al paciente en su proceso de salud y enfermedad.

Se observa en los resultados, que la enfermera se encuentra inmersa en una dualidad dialéctica para definir lo que significa una buena o mala relación con el paciente. Esta definición pasa irremediablemente por catalogar al paciente de «bueno» o «malo». Mientras aparece claro que perfil tendría un «buen paciente», se observan importantes dificultades para aludir a lo que sería un «mal paciente» dependiendo del rol y la actitud que adquiriera la enfermera en la relación.

La denominación común, tanto en los registros como en las entrevistas, es la de paciente «demandante» o «muy demandante», que curiosamente en los registros aparece descrito como un signo de alarma entre los profesionales para iniciar una serie de estrategias de afrontamiento preventivo en la relación con él. Son pacientes demandantes los que en general, aumentan las cargas de trabajo de la enfermera, respecto a lo que ella considera que debe dedicarle según su patología. Es un paciente que no acata las órdenes de los profesionales, se niegan a los tratamientos y cuidados impuestos y demandan mucha información.

Se pone de manifiesto un modelo de cuidados como producto de consumo de los pacientes, que como muchos estudios corroboran se debe a una medicalización de la asistencia o una biomedicalización de la salud (Wortman, 2003). Este modelo ejerce un poder normalizador o de control social del comportamiento humano y en consecuencia normaliza las prácticas del paciente y la familia en el ámbito clínico. Esta normalización determina las relaciones que se establecen con los profesionales en clave de dominación de estos últimos sobre el paciente (Conrad & Schneider, 1980). A partir de aquí, se abre un amplio abanico de tensiones en la relación entre la enfermera y el paciente.

Mientras una buena relación con el paciente se acompaña por la confianza mutua, la cordialidad, la cercanía, la resolución de dudas, el asesoramiento, la empatía e incluso la amistad, ampliamente contextualizado en otros estudios (Marinker 1998; Buchmann, 1997; Beaver, Luker, Glynn Owens, Leinster, Degner & Sloan, 1996; Hess, 1996; Esposito, 1995; Moore, 1995). La mala relación plantea un posicionamiento de la enfermera como experta del cuidado, con un distanciamiento hacia el paciente, con continuos conflictos, con escasa comunicación, disminución del tiempo dedicado al paciente y sus preocupaciones y una relación centrada puramente en aspectos técnicos.

Se observa un impacto directo en la calidad de los cuidados dependiendo del tipo de relación con el paciente. La enfermera reconoce que una buena relación mejora los resultados de calidad y curación en el paciente como ya fue detectado en el estudio de Ramos (1992).

Cada una de estas concepciones de paciente, lleva consigo asociado un rol y una actitud de la enfermera. Se evidencian en los resultados de los registros que ante un paciente que se niega, la enfermera adquiere un rol que conlleva la persuasión y coacción para conseguir los objetivos marcados. Este rol es definido por la literatura como de experta (Kérouac, Pepín, Ducharme, Duquette & Major, 1996). Pero al contrario de los estudios realizados hasta el momento, este grado de experiencia no se asocia en los resultados de este estudio, a las habilidades de la enfermera para resolver la situación planteada sino que se dirigen hacia una mayor limitación de la capacidad de decidir del paciente.

Aunque la enfermera distingue entre la negación consciente del paciente ante el tratamiento propuesto y aquellos pacientes que por estados neurológicos alterados son incapaces de decidir, lo cierto es que aparece un desmesurado uso de contenciones mecánicas y farmacológicas que deben ser sometidas a juicio ético por las implicaciones que conllevan.

Las entrevistas concretan algunos aspectos sobre este rol de experta asumido por la enfermera en determinadas situaciones. Se constata, que la enfermera aparece como experta en aquellas actividades delegadas del médico, asociándose a las habilidades técnicas y conocimientos clínicos sobre las patologías. Emerge en este sentido una interesante dicotomía entre los registros y las entrevistas. Mientras en los textos de las entrevistas se valora más las habilidades de comunicación y se relega a un segundo plano las técnicas, en los registros se observa que en la mayoría de ellos, únicamente se hace referencia a aspectos puramente técnicos. Esta situación se explicaría a través de las relaciones interprofesionales y la jerarquía entre los agentes implicados en la atención con el paciente dentro del equipo de salud que expondré más adelante.

Otro aspecto a destacar, apareciendo como una constante, independientemente de que el paciente sea considerado bueno o malo, se evidencia en la relación de la enfermera con el paciente, un marcado rol maternalista o como los investigadores denominan un paternalismo protector (Marinker, 1998; Buchmann, 1997; Beaver, Luker, Glynn Owens, Leinster, Degner & Sloan, 1996; Hess, 1996; Esposito, 1995; Moore, 1995).

Este rol huye de la enfermería como ciencia y se aproxima al cuidado como arte, caracterizado por un trato humanizado ante limitaciones de conocimientos y habilidades médicas, en la confianza, la amistad y la cercanía. Y aunque este rol pueda ser confundido con la empatía, deja de serlo, cuando aparece en las entrevistas una continua manifestación de unos cuidados que anulan la autonomía del paciente en pro de su beneficio y supervivencia.

En clave de relaciones de poder, la autonomía del paciente en la toma de decisiones depende del ejercicio de poder de la enfermera y el rol que cada uno adquiera en la relación. En este caso, según los resultados analizados, la relación enfermera-paciente se torna asimétrica completamente.

El paciente percibe a la enfermera como la que toma las decisiones sobre sus cuidados, convirtiéndose en un referente de poder impuesto, como indicaba en su estudio Buchmann (1997:133). En este binomio dominadora-dominado, el paciente actúa como dominado y la enfermera manipula el poder alegando una actitud proteccionista hacia la parte más débil, utilizando estrategias de poder como la manipulación, la persuasión, la coerción y por lo tanto ejerciendo un rol, paternalista o de experta, de dominación.

Este ejercicio de poder de la enfermera sobre la autonomía del paciente, mediante las estructuras de control y normalización como dispositivos de dominación, es el que determinan los comportamientos y actitudes correctas del paciente. La defensa del sujeto ante este ejercicio de poder dominante es lo que Foucault denominó cuestión ética, es decir la respuesta frente a lo intolerable, es la reacción individual frente a un poder desmedido sobre el paciente basado en el privilegio del profesional (Foucault, 2001a).

La concepción foucaultiana de la dominación, de que cada grupo está inmerso en relaciones de poder que usa para sus intereses, determina la posición desigual y jerárquica que hace que algunos grupos puedan, más o menos, determinar la conducta de otras personas (Dreyfus & Rabinow, 1992; Foucault, 1990a). Esta posición sirve para visibilizar la sumisión o subyugación del paciente, no como una apropiación estable sino como una disposición, táctica, estrategia o técnica en una red de relaciones constantemente en tensión para su transformación (Dreyfus & Rabinow, 1992).

Este trabajo no focaliza la atención sobre cuestiones relacionadas con quién posee el poder, sino en cómo las relaciones de poder hacen que los profesionales estén en posiciones privilegiadas para ejercer el poder respecto al paciente, y descubrir el modo en que ese poder interacciona con otros creando un juego que hace evolucionar una realidad hacia un estado determinado (Barbero et al., 2005; Foucault, 2004).

Esta red de relaciones de poder no es inmutable ni eterna. Por tanto, aparecen una serie de discursos en las enfermeras de resistencia a limitar la capacidad de decisión del paciente, así como un posicionamiento del paciente inconformista al ejercicio dominante del profesional que va generando conflictos y rupturas de los predomios existentes en busca de una transformación de la autonomía en la toma de decisiones (Foucault, 2002a; Gabilondo, 1990).

Estos posicionamientos es lo que Foucault denominó resistencia o contra-discursos. La resistencia se puede presentar en diferentes niveles y formas pero siempre está presente en los contextos donde existen discursos dominantes que influyen o determinan las dinámicas en el ámbito clínico (Foucault, 2001c).

Foucault (1994) identificó como estrategias de poder: el poder disciplinario, pastoral, de autogobierno y de resistencia. El objetivo de tales estrategias es forjar un sujeto útil y dócil que pueda ser subyugado, transformado y resocializado (Foucault, 2002), tal como se ha descrito en los resultados. El poder disciplinario es ejercido por la enfermera, a través de mecanismos y estrategias de manipulación y control del cuidado, como la normalización de los cuidados, la homogeneización mediante protocolos, la vigilancia y el control de constantes y complicaciones clínicas, el sometimiento a las órdenes médicas, la subyugación a las indicaciones terapéuticas, la mirada clínica que determina qué hacer y cuándo, el control de espacios y el uso de tiempos mediante normas, las recompensas por el buen comportamiento del paciente y las sanciones cuando el paciente no asume el rol pasivo.

Las estrategias de normalización de los cuidados legitimarán los estándares clínicos, los objetivos y procedimientos, que determinan como el paciente debe actuar durante su hospitalización. Su finalidad es que el paciente siga un patrón normal y lograr así la conformidad dentro de una estructura sanitaria del cuidado. Estas estrategias de normalización no sólo prescriben conductas particulares, sino que categorizan a los pacientes en «buenos» y «malos», según los resultados de este estudio. De este

modo, se define lo que es normal o desviado, lo aceptado o inaceptable, lo superior o inferior. Esta normalización tiende a una homogeneización del paciente que amenaza su identidad y dificulta la individualidad y la singularidad de las personas.

La enfermera ejerce una vigilancia y control constante sobre los procedimientos clínicos en los pacientes, que generan una serie de estrategias de sometimiento y subyugación por mecanismos de imposición, sujeción, represión, opresión, dogma o conquista, cuando el paciente no acepta las órdenes médicas. En ocasiones, son estrategias físicas y simbólicas que constituyen al paciente de manera tal que sus movimientos y ritmos respondan y se subordinen a las necesidades de los dispositivos disciplinarios marcados por la enfermera. El sometimiento de los pacientes a ciertas pautas, reglas o normas es fundamental para el sostenimiento de las relaciones de poder y el equilibrio en la relación enfermera-paciente (Foucault, 2005).

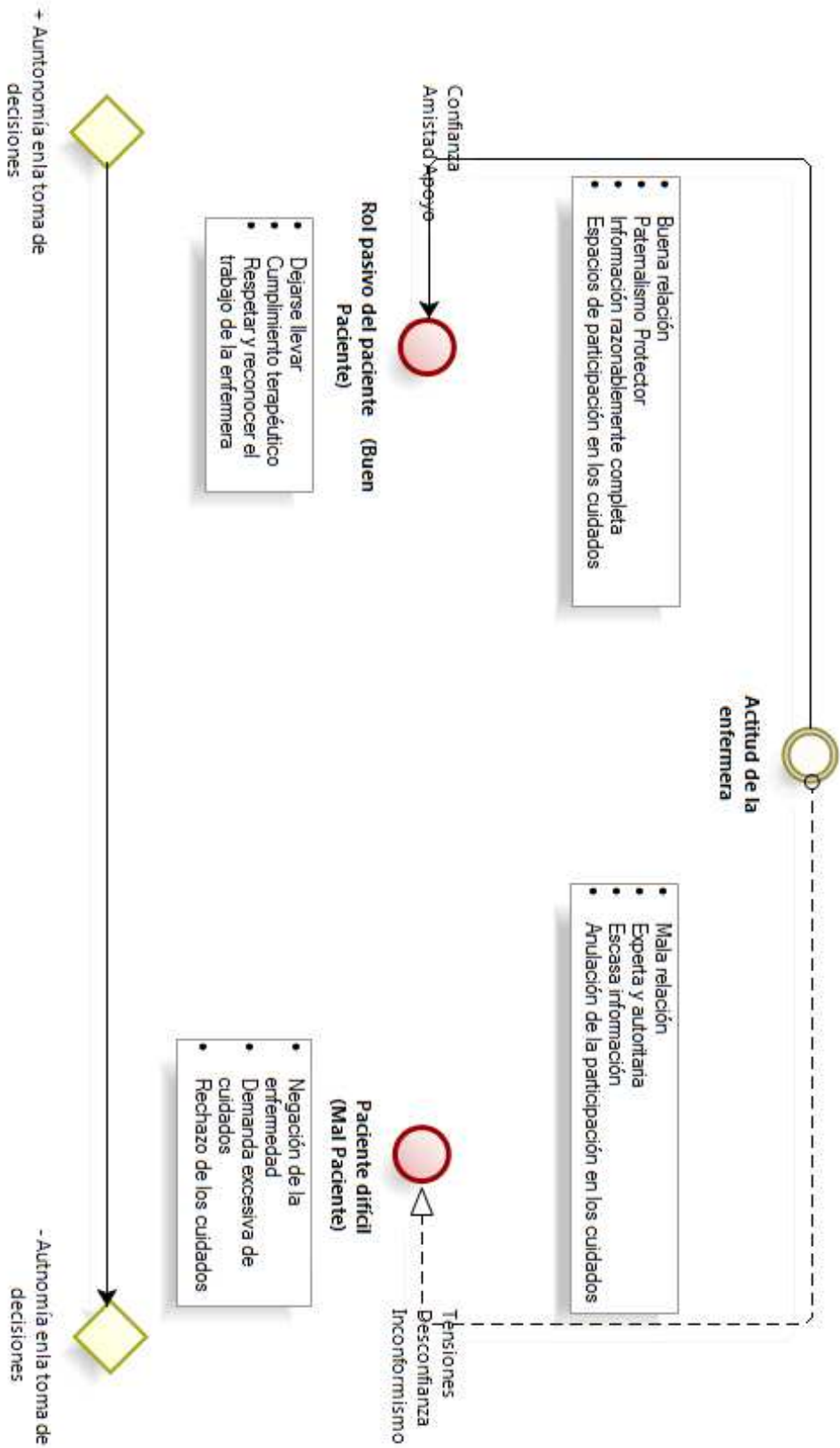
Otras estrategias de poder disciplinario que se observan en esta investigación, son el control de espacios y el uso de los tiempos. Se evidencia distribución y asignación de los pacientes relegados a un espacio simbólico propiedad del profesional y la institución. Para Foucault, los espacios tanto físicos como simbólicos son una pieza fundamental para el dispositivo de conocimiento y poder que lo ha convertido en referencia inmediata en los análisis sociales del poder. El espacio y el tipo de relaciones que se dan en él poseen una íntima relación. El uso de normas que marcan los tiempos del cuidado, son una estrategia para ejercer el poder mediante la fragmentación o división de las actividades o tareas en horarios fijos y tiempos preestablecidos, lo cual se convierte en un nuevo dispositivo de control.

El poder pastoral es otra forma de poder menos impositiva que se basa en la información y conocimientos que se obtienen en base a una relación de confianza, de corte emocional o terapéutica, como ocurre en el rol paternalista de la enfermera. Este poder se da de forma individualizada, cuando la enfermera actúa como guía del paciente durante su estancia en el hospital (Holmes & Gastaldo, 2004). La enfermera ejerce el

poder desde el cumplimiento del deber y la abnegación, porque todo lo que hace es para bien del paciente o como llamó Foucault del «rebaño» (Foucault, 1990b; Lunardi, 1999). Es ejercido mediante mecanismos como la intermediación, la introspección o el autoexamen. La intermediación o la representación es una estrategia de ejercicio de poder en la que la enfermera defiende los derechos, necesidades o deseos del paciente pero escasamente sin contar con él.

Las estrategias de autogobierno, llamadas también de autogestión o subjetivación por Foucault, son formas de relacionarse con uno mismo que se vuelven parte de la dinámica cotidiana de la hospitalización, no exteriorizadas (Gastaldo, 1997). Es una forma de poder autoaplicada por los propios pacientes, dirigida hacia el control de su propio comportamiento. Este autogobierno está influenciado por los discursos sociales dominantes que han sido interiorizados e incorporados como deseo propio (Miró Bonet, 2009; Gastaldo, 1997). Así, se explica, a partir de los resultados de este estudio, que se espere del paciente que sea sumiso ante las indicaciones profesionales o que la familia abandone la habitación cuando entran los profesionales.

Autonomía en la toma de decisiones del paciente según la relación con la enfermera



ESQUEMA 9: Autonomía en la toma de decisiones del paciente según la relación con la enfermera.

8.1.2. La familia como estrategia de resistencia del paciente ante la dominación profesional

La literatura científica reflexiona constantemente sobre la preocupación de los profesionales de la presión que ejerce la familia en la toma de decisiones de los pacientes (Breslin, 2005). Se establece así, una eterna discusión entre los que abogan por un papel más relevante de la familia en dicha toma de decisiones y los que consideran que la familia limita la capacidad de autonomía del paciente (Hardwing, 1990).

La mayoría de autores han constatado un aspecto que aparece claramente en los resultados de esta investigación, que la enfermera considera a la familia como eje de los cuidados del paciente, pero presenta importantes limitaciones en su relación con ella (Levine & Zuckerman, 1999; Buchanan & Brock, 1989).

En este sentido, los registros analizados ponen de manifiesto como la enfermera define a la familia como un acompañamiento del paciente, una ayuda en los cuidados, controladora de los síntomas y fuente de información. Queda constatado junto con las entrevistas, que el concepto de familia depende de la presencia durante la hospitalización, el apoyo y soporte en los cuidados y la aparición de conflictos con la enfermera.

Paradójicamente, aunque la enfermera tiene siempre presente en su discurso a la familia, se prefiere una familia cuanto menos problemática y demandante mejor, distante y que sustituya algunas funciones de la enfermera ante las cargas de trabajo o la sobresaturación de pacientes.

Es por esto por lo que se evidencian importantes conflictos, distinguiendo entre la familia que colabora, participa, acompaña y acata las instrucciones del cuidado; y otra familia que está poco tiempo y presenta una actitud inconformista con los cuidados o bien está presente continuamente en pacientes de larga estancia y controlan demasiado los cuidados proporcionados (esquema 10). En el último caso, es considerada un obstáculo

en la práctica enfermera, aunque en ambos, se destaca un distanciamiento para evitar una sobrecarga de trabajo.

Un aspecto que se constata este estudio, es que la razón de que la enfermera perciba a la familia como un elemento distorsionador de su trabajo, se debe a que es la familia la que asegura constantemente la integridad del paciente en todos los aspectos, física y emocionalmente y por lo tanto en lo que se refiere a su capacidad de autonomía.

De ahí, que emerja un discurso en algunas enfermeras sobre el papel facilitador de la familia en los cuidados del paciente y respeten el proceso informal de deliberación de las decisiones basadas en el contexto sociofamiliar, tal y como también planteaban en su estudio Ho (2008) y Donchin (2000).

Otra circunstancia que queda evidenciada tanto en los registros como las entrevistas analizadas, es la situación en la que la familia sustituye al paciente en la toma de decisiones. Se observa, sobre todo en pacientes de edades avanzadas o con enfermedades terminales, que es la familia quien asume la capacidad de decidir, a veces coparticipe y en otras ocasiones completamente excluido.

Se observa que, la familia es manipulada por el profesional según las circunstancias del paciente o el tipo de información que se proporcione. Es decir, a veces, la familia se excluye para evitar conflictos con los profesionales o con el paciente. La familia, aparece en los resultados, como un catalizador constante de la relación de la enfermera con el paciente. Este trabajo comparte la idea de una relación con la familia más allá de los criterios de conocimientos científicos y construida a partir del significado real que el paciente le dé a su familia para liberarlo de sus usos coercitivos y normalizadores, por lo tanto, manipuladores en la toma de decisiones (Foucault, 1973).

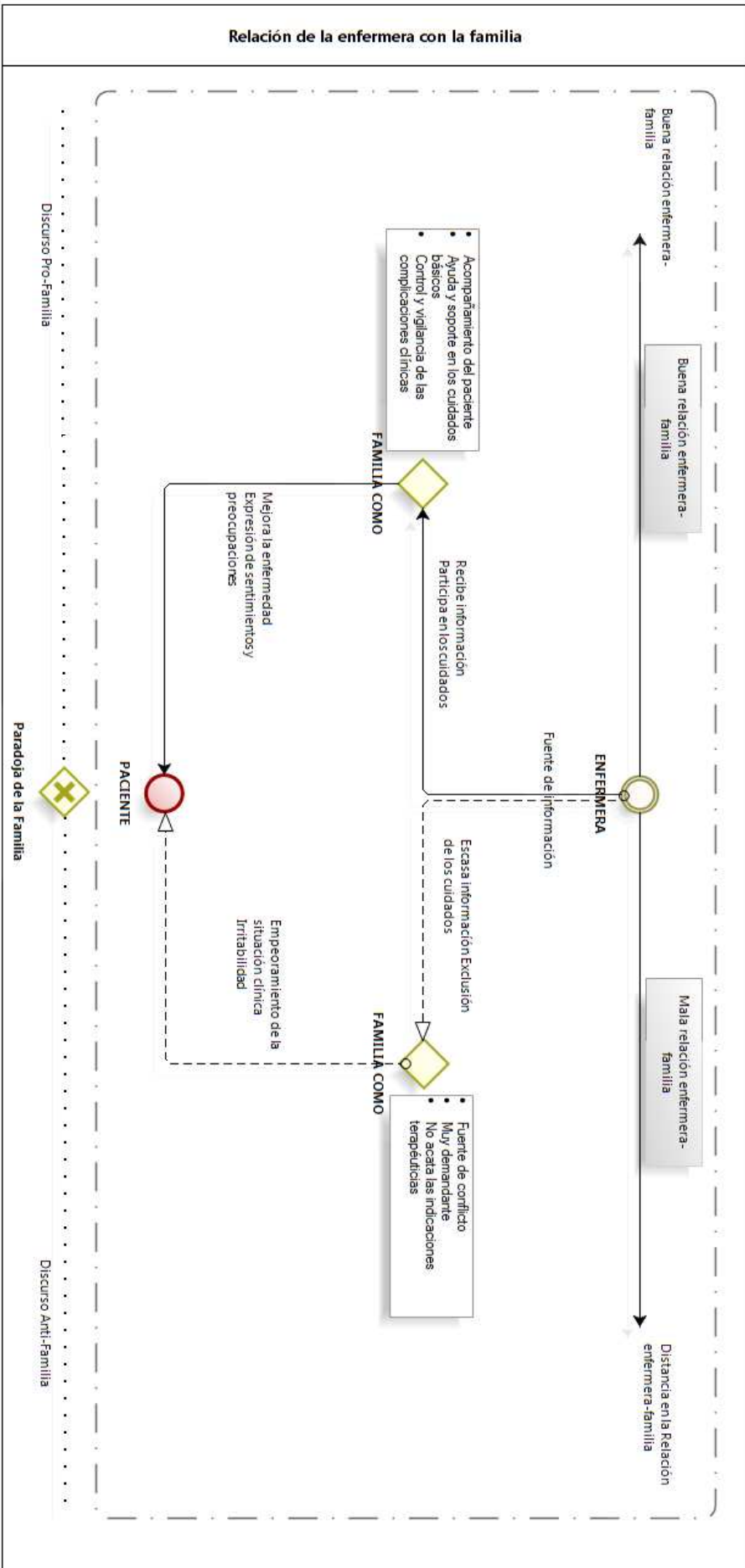
Puede decirse que, el entorno sociofamiliar determina la toma de decisiones de los pacientes como relación que se establece con el otro. Según Foucault, la transformación de uno mismo vendría a ser la consecuencia de este encuentro con el otro. Aparece

así, la connotación extrovertida de la subjetividad ética volcada hacia la exterioridad. En ese sentido puede decirse que, decidir implica crear un nuevo modo de estar inmerso en el campo de las relaciones que posibilita el encuentro con los demás, de la familia con el paciente y los profesionales.

La autonomía en la toma de decisiones del paciente necesita de los ojos del otro, familia y profesionales. Por lo que, la intensificación del espacio intersubjetivo de las relaciones del paciente con la familia, representa un mejor criterio para discriminar las decisiones autónomas, porque no existe una toma de conciencia sin la referencia de los demás y porque la producción de una nueva forma de subjetividad solamente tiene sentido en tanto en cuanto se rompe con un orden normalizado.

Con la participación de la familia en la toma de decisiones, se introduce pluralidad en el plano intersubjetivo y se promueven nuevas formas de subjetividad que equivalen a promover nuevos mundos relacionales. Se configura de esta forma, la relación de la enfermera con el paciente y la familia como una ética del juego de poder, una sabiduría de la distancia y la proximidad con respecto al otro. Se va abriendo un espacio de libertad posible en un campo diversificado de relaciones de poder y resistencia, donde el encuentro del profesional con el paciente y la familia genera una relación agonal basada en la eumetría (Onfray, 1996) o lo que en salud se denominaría empatía.

El proyecto ético de Foucault supera los peligros y equívocos sobre una autoelaboración individual para situarla en una inminente dimensión social, a través de la subjetivación colectiva que considera tanto las necesidades individuales como los objetivos colectivos y por lo tanto a la familia (Ortega, 1999).



ESQUEMA 10. Relación de la familia con la enfermera.

8.1.3. El saber de los profesionales oculta la autonomía en la toma de decisiones de los pacientes

Con respecto al proceso deliberativo en la toma de decisiones de los pacientes, este trabajo demuestra que implica una interacción, no solamente del profesional con el paciente y la familia sino además de los profesionales implicados en la atención, como constatan la mayoría de estudios al respecto (Cribb & Entwistle, 2011; Iliopoulou & While, 2010; Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010; Duke, Yarbrough & Pang, 2009; Beauchamp & Childress, 2009; Calloway, 2009; Ho, 2008; McDemott, Bingley, Thomas, Payne, Seymour & Clark, 2006).

Los resultados de este estudio revelan la inexistencia de trabajo en equipo, basando las relaciones interprofesionales en una estructura jerárquica de poder vertical y con flujos de comunicación inefectivos. Aparecen importantes indicios que refuerzan la idea de que la interdisciplinariedad o multidisciplinariedad en nuestro sistema sanitario no es más que una falacia que impregna el discurso institucional, pero que no es llevada a la práctica. Aunque como se ha considerado en muchos estudios empíricos, el trabajo en equipo es un pilar fundamental para la mejora de la calidad de los cuidados, este trabajo comparte una escasa adhesión profesional a dicha práctica (Schmitt, 2001; Thylefors, Price, Persson, & von Wendt, 2000).

Esta situación explicaría dos aspectos importantes en el estudio de las relaciones interprofesionales, por un lado, la falta de consenso entre los expertos de lo que significa trabajar en equipo. Y por otro lado, la paradoja del trabajo en equipo aparecida en los estudios de Björkdahl (1999) y Ehnfors, Ehrenberg y Thorell-Ekstrand (2000), donde una concepción cultural de «nosotros trabajamos juntos mejor» no resulta eficiente en el ámbito clínico al no ir acompañada de una práctica real en el equipo de salud por factores que se han ido explicando en los discursos analizados en este estudio.

Se evidencia que el rol y estereotipo percibido e institucionalizado de cada profesional dentro del equipo configuran las decisiones clínicas sobre el paciente. Ambas fuentes

analizadas en este estudio, los registros y las entrevistas, constatan que el modelo por categorías profesionales está ampliamente normalizado en el sistema sanitario, lo que hace visible un organigrama de toma de decisiones, completamente lineal y autocrático de unos profesionales sobre otros.

La enfermera depende de las decisiones médicas, prácticamente en todas las parcelas de su práctica profesional, la auxiliar depende de la enfermera, viéndose silenciado casi por completo su poder de decisión y en el último escalafón de la escala de toma de decisiones, se encontraría el paciente, incluso por debajo de la familia en algunas ocasiones (esquema 11).

Los resultados de este estudio han puesto de manifiesto la existencia de dos microequipos, uno formado por la enfermera y la auxiliar y otro formado por la enfermera y el médico. Ambos se encuentran interrelacionados y el primero depende del segundo de forma notable. Además de estos microequipos interprofesionales, también se producen interacciones entre profesionales de la misma categoría, donde la comunicación es mucho más efectiva.

Ahora bien, dicha estructura por microequipos separados pero interdependientes verticalmente, emerge de la posición relativa y las relaciones que cada miembro adquiere dentro del equipo, como indicaba en su estudio Robertson (1999), que configuran los estereotipos profesionales. Así, la enfermera es reconocida por el médico, incluso por sí misma, como la responsable de los cuidados básicos del paciente y enlace con el resto de profesionales, y que debe llevar a cabo las órdenes médicas, apareciendo en el esquema en el centro de todos los profesionales.

Se hace patente que, dicho estereotipo además marca la dinámica de obediencia y dependencia que la enfermera tiene al médico. La profesión enfermera se ha considerado, en el escalafón epistemológico del conocimiento profesional como ciencia menor (Shön, 1992), lo que ha provocado una marginalidad y un estereotipo

maternal de la enfermera frente al dominante o ciencia mayor de la medicina (Dingwal & McIntosh, 1978). Estos aspectos ayudan a explicar que el médico sea definido por la enfermera como el profesional experto, cuyas decisiones abarcan prácticamente todas las parcelas del cuidado por encima del criterio del paciente y por supuesto de la enfermera o cualquier otro profesional. La auxiliar aparece prácticamente absorbida por la relación enfermera-médico, pero en este punto se produce una dualidad interesante en los resultados.

Mientras en los registros no se observan casi alusiones al rol de la auxiliar o a la relación de la enfermera con ella, en las entrevistas se enfatiza la importancia del equipo formado entre la enfermera y la auxiliar. En este último caso, es la enfermera la que anula la capacidad de decisión de la auxiliar y ejerce dominación sobre ella, constatando una relación asimétrica entre ambas.

La enfermera percibe la comunicación con la auxiliar como fluida, personal y directa, cuestión que no ocurre con el médico. Este hecho podría llevar a la consideración de que si la enfermera percibe su relación de dominación con la auxiliar como correcta, es posible que el médico también perciba su relación con la enfermera de esta forma. Lo que demuestra que, dependiendo del prisma, los flujos de poder se perciban diferentes, desiguales o asimétricos. Así, lo interesante entonces se da en el hecho de que las relaciones interprofesionales están basadas en las relaciones de poder que cada miembro del equipo establece dependiendo de los estereotipos y los roles que asumen y se encuentran normalizadas y promovidas por la institución sanitaria (Hansson, Foldevi & Mattsson, 2009; Bradbury-Jones, Sambrook & Irvine, 2008; Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000).

Se distingue en la narrativa de los participantes el poder ejercido por los médicos, que marcan los tiempos de la actividad clínica e influyen en la capacidad de participación de la enfermera en las decisiones sobre los pacientes, lo que mantiene el *status quo* de dominación del médico en la práctica asistencial. Mientras que las enfermeras

configuran una serie de estrategias más complejas y sutiles para ejercer el poder, incluso considerado como un poder no legítimo o de insubordinación al médico.

Es en este punto, donde surge la crítica foucaultiana que trata de cuestionar la relación entre poder y conocimiento y como esta relación está enclavada en las prácticas cotidianas (Dzurec, 2003; Fox, 2000; Francis, 2000; Cheek & Rudge, 1993). El propósito no es cuestionar la verdad o falsedad del conocimiento producido, sino los efectos o las implicaciones de los discursos dominantes y poco cuestionados, como sucede en el caso de los médicos (Vahabi & Gastaldo, 2003).

Esta perspectiva permite generar nuevas posiciones desde las que resistir, cuestionar o transformar los discursos dominantes que son aceptados sin crítica ni reflexión y que perpetúan los estereotipos profesionales (Meyer, 2005; Duzrec, 2003; Wodak, 2001; Manias & Street, 2000; Cheek, 2000; Gastaldo & Holmes, 1999; Crowe, 1998; Prior, 1997; Walter, 1997; Cheek & Porter, 1997; Heslop, 1997; Ang & Hermes, 1996; Gilbert, 1995; Henderson, 1994; Nelson, 1994). En relación a esta perspectiva, aparece en este trabajo, un discurso emergente en la enfermera que plantea resistencias a la dominación médica para disminuir la asimetría de poder existente entre ambos profesionales. Dicha resistencia se materializa mediante un ejercicio sutil del poder, a través del asesoramiento y/o cuestionamiento del médico ante determinadas decisiones clínicas.

Asimismo, se constata que estas relaciones de poder, instauradas en el sistema sanitario, hacen que la comunicación entre los profesionales dependa del poder que se ejerza en sus diferentes modalidades. La enfermera y el médico no tienen una buena comunicación, es rígida y se produce a través de vías inefectivas que no aseguran una adecuada atención de los pacientes. Mientras que entre la enfermera y la auxiliar, la comunicación es más fluida y directa, basada en una relación interpersonal para la consecución de los objetivos de cuidado. Aún así, al estar basada en un modelo jerárquico se producen tensiones que dificultan la relación entre ambos profesionales.

De ahí, que la mayor parte de las tensiones que surgen dentro del equipo de salud se deban a la escasa comunicación entre sus miembros, por un lado, por la falta de habilidades profesionales y los posicionamientos rígidos dentro del grupo (Robertson, 1999; Beattie, 1995) y por otro lado, por la ineficiencia de los cauces instaurados por la organización y la estructura organizacional para que los profesionales se comuniquen entre sí (Ham, 1992).

Se evidencia en esta investigación, que el flujo de comunicación más efectivo sigue siendo la forma directa, profesional-profesional aunque emergen otros como los sistemas informáticos. Tal y como afirmaban en su estudio Devereux (1981) y Tang (1998), en esta investigación se mantiene la idea de que los médicos utilizan la información proporcionada por la enfermera, debido a que no pasan tiempo suficiente con el paciente para conocer su evolución y por lo tanto precisan de las observaciones de las enfermeras.

Se demuestra que las relaciones interprofesionales se basan en una jerarquía marcada por la posición que cada profesional ocupa en dicha relación. La categoría profesional configura al médico como eje central del equipo, la enfermera como soporte y subordinada a éste y la auxiliar prácticamente excluida de la toma de decisiones. El flujo de comunicación se dispone en su mayoría, vertical a través de órdenes e imperativos médicos que determinan la práctica clínica de la enfermera. Sólo se produce una comunicación horizontal entre las mismas categorías profesionales.

Ante este panorama de segregación y dominación de unas disciplinas sobre otras, donde la lucha por la autonomía profesional está marcada por las relaciones de poder, se hace difícil permitir que el paciente o su familia intervengan en la toma de decisiones de sus propios cuidados. Parece fácil pensar, que si los profesionales tienen dificultades para comunicarse entre sí, no lo será menos con el paciente, donde se evidencia es escasa y provoca confusión por la falta de consenso entre

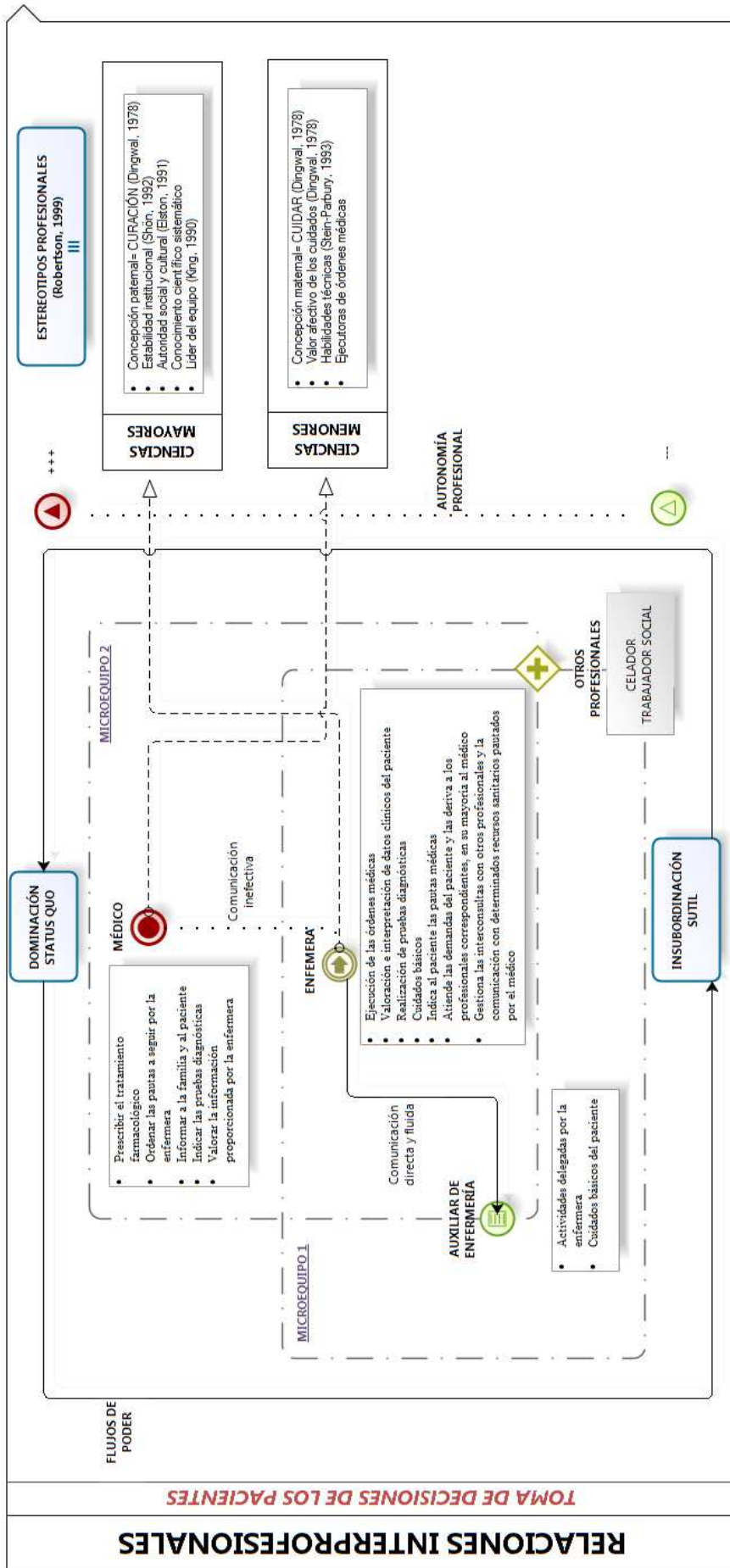
los profesionales implicados. Por lo que una falta de información al paciente, es la consecuencia más directa que afecta a la autonomía en la toma de decisiones.

Se han naturalizado una serie de estatus de sumisión y dominación entre los profesionales que construyen posiciones intransigentes para que los pacientes decidan de forma autónoma. Los profesionales están más preocupados de sus relaciones internas que de que los pacientes se beneficien de todos sus conocimientos y habilidades.

Así, se continua modelando un tipo de paciente pasivo o lo que Foucault (Foucault, 1991b) denominó subjetividad pasiva en la relación con uno mismo, puesto que el paciente se encuentra orientado y dirigido a hacerse cargo de una verdad ya dada por los profesionales como una virtualidad que hay que asumir.

El efecto más penetrante en el paciente de este ejercicio de poder y de saber en las relaciones interprofesionales, es el resultado de una subjetividad anulada en su posibilidad de autoconstrucción y que, además, apuntala su propia identidad bajo los parámetros de comprensión científica del yo (Schmid, 2002). Por lo que el paciente, en el ámbito clínico, entre la fuerza o el poder de ser afectado y la función de la fuerza o el poder de afectar de unos profesionales a otros (Deleuze, 1987), se cruza con el biopoder (Foucault, 1984b) que lo totaliza en función de la apropiación anatómica y biopolítica del cuerpo.

El biopoder legitima un sistema que atraviesa todo el cuerpo social con imperativos de salud, seguridad, higiene y normalidad. Así, se puede constatar la producción de individualidad por parte de un entramado de relaciones de poder (Castro Orellana, 2004) en el contexto de los cuidados de salud, donde ha quedado evidenciado que el poder es una parte integral de la actividad diaria, que forma parte de la rutina clínica.



ESQUEMA 11: Relaciones interprofesionales y autonomía del paciente en la toma de decisiones.

8.1.4. Instrumentalización de un paciente sumiso en la institución sanitaria: efectos del biopoder

El poder de decisión del paciente en el entorno clínico se enfrenta a una estructura normalizadora, demasiado rígida e inflexible, como es el sistema de salud en su conjunto y la institución sanitaria en particular. Esta institución actúa sobre la autonomía en la toma de decisiones del paciente a través de una serie de estructuras de control y normalización, que indican los comportamientos y actitudes que deben ser correctas en el paciente. Así se entiende que la prioridad del sistema sanitario no sea el usuario o cliente, sino los resultados o los recursos invertidos, como ha quedado evidenciado en los resultados de esta investigación y que coinciden con numerosos estudios al respecto (Crow, 2000; Gerteis, 1993; Hart, 1985).

Esta investigación demuestra la existencia de un poder ejercido por la institución que actúa sobre el paciente. La defensa del paciente ante este ejercicio de poder dominantes es lo que Foucault denominó cuestión ética (Dreyfus & Rabinow, 1988:199). Se podría decir que dicho poder de la institución se ejerce a través de los profesionales implicados en la atención y en especial, según este trabajo, por la enfermera.

Debido a los dispositivos de normalización de la práctica clínica que establece la organización sanitaria, la enfermera se ve obligada a priorizar unas actividades sobre otras, incluso aunque detecte que no es lo que sería lo mejor para el paciente. Por lo que el paciente y sus criterios quedan relegados a la administración de un tratamiento, a la realización de pruebas diagnósticas, a los horarios del centro y a los protocolos establecidos por la institución y sus órganos de gestión.

Se hace necesario conocer el papel de la enfermera en la institución para comprender la autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre sus cuidados, ya que según Foucault (1980a), se precisa de un *a priori histórico* que permita formular las condiciones que han hecho posible que el paciente llegue a jugar un rol dentro de un

conjunto de reglas que marcan la pauta de la práctica enfermera y de su modo de ver el poder de decisión del paciente (Castro Orellana, 2004).

Si como constata la literatura científica y los resultados de esta investigación, el colectivo de enfermería está condicionado por una imagen de masa adiestrada a semejanza de la institución y de eminentemente corte práctico (Retsas, 2000; Bearwood, Walters, Eyles & French, 1999) se puede entender que la enfermera se dedique a tareas de gestión burocrática y administrativa para el sostenimiento del sistema más que a promover la toma de decisiones autónomas del paciente.

Pero además, este trabajo ha puesto de manifiesto que la institución sanitaria continúa en un modelo de atención biomédico, coincidiendo con el estudio de Fajardo (2004), promocionando las relaciones interprofesionales basadas en estructuras jerárquicas, donde el médico es el centro del equipo de salud y es quien toma las decisiones sobre el paciente y su atención. Esta atención de la enfermera al paciente, pasa por una normalización en clave de cumplimiento de normas y jerarquización de los cuidados.

La enfermera aparece en los resultados como un elemento fundamental para mantener el estatus pasivo del paciente para la institución sanitaria. La institución prioriza la curación de los procesos agudos del paciente, a través de una tecnificación absoluta de la atención, desde una perspectiva puramente empresarial, tal y como indicaba también en su estudio Crow (2000).

Se observa que los servicios que puede ofrecer la enfermera se sustentan en imperativos, protocolos y estándares que puedan ser medidos por la organización. La enfermera se convierte en una mera agente de riesgos y complicaciones clínicas, tal y como también se demostraba en los estudios de Ellis (2000), Traynor (1999) y Beresford (1997). La consecuencia de esta situación es que, el paciente no sólo, no toma decisiones sobre sus cuidados, es que tampoco decide sobre los recursos y

servicios que necesita, entra en la institución con un problema de salud y es fagocitado por sus estrategias de sometimiento.

Este sometimiento es uno de los efectos clave que determinan la sumisión del paciente en la toma de decisiones, según la ética foucaultiana. Se hace difícil con estas estrategias de dominación de la institución que aparezca durante la hospitalización, una dimensión o una constitución de la subjetividad en la que el paciente construya su autonomía (Álvarez-Yáñez, 1995).

Formas de sujeción o tecnologías de poder impuestas por la institución como la clasificación por costes, patologías u órganos del paciente, a través de las técnicas de poder orientadas al sometimiento, la dominación y la objetivación del modelo biomédico, marcan qué puede o no hacer y decir el paciente. Esto dificulta, lo que Foucault denominó las prácticas de sí, que abrirían un campo de posibilidades para la configuración de una autodeterminación del paciente en la toma de decisiones (Foucault, 1984a; Foucault, 1981b).

La enfermera también, se encuentra inmersa en una normalización impuesta por la institución que afecta a las relaciones interprofesionales y a la relación que establece con el paciente y la familia. Dicha normalización inmoviliza cualquier tipo de proceso deliberativo del paciente para tomar decisiones, pues primero depende de la jerarquización institucional por categorías profesionales y posteriormente de la rigidez de las normas.

Esto explicaría la posición silenciosa del paciente ante la institución y el abismo entre la organización y la enfermera. Este hecho provoca una desmotivación en la enfermera y una pérdida de interés por participar en aquellos modelos de atención propuestos por la institución. No es de extrañar entonces, que se produzcan situaciones de claudicación de la enfermera con constantes abandonos y tensiones con el paciente. Son tan fuertes las estructuras internas marcadas

por la institución que ni el paciente, ni la familia, ni siquiera la enfermera se atreven a cuestionarlas, como ya fue constatado en los estudios de McGrath (1998) y Fairlough (1989).

Las estructuras internas, provoca que los cuidados proporcionados dentro de la institución sanitaria se encuentren deshumanizados a consecuencia de la aplicación desmesurada de técnicas y una consideración mercantilista de la salud. Situación que explica que la enfermera registre casi única y exclusivamente datos del paciente en clave de complicaciones clínicas, estados fisiológicos y que relegue a un segundo plano los aspectos emocionales y la toma de decisiones del paciente. Datos similares destacan las investigaciones de Blasco (2007), González (2001) y Jommi, Cantu y Anessi-Pessina (2001).

Otro aspecto que aparece en los resultados, es la relación de sumisión y obediencia que la enfermera asume con el médico, considerando a éste como una autoridad. Esta sumisión justifica que la enfermera priorice los aspectos técnicos del cuidado que indique el médico, mientras que en su relación con el paciente prime una actitud más cercana y humanizada. A veces incluso, según los resultados, la enfermera actúa como defensora de los pacientes y apuesta por una mayor participación y colaboración en los cuidados del paciente.

Puede considerarse un factor condicionante, las relaciones de poder que se establecen entre los profesionales y el propio paciente, para configurar la autonomía de estos últimos en la toma de decisiones. Asimismo, este conjunto de posiciones singulares (Deleuze, 1987) de los profesionales y el paciente, permite establecer una serie de redes que no se reducen exclusivamente a una mera forma de saber ni a una simple modalidad de ejercicio de poder, sino que puede representar una línea de resistencia para alcanzar una mayor autonomía en la toma de decisiones (Deleuze, 1995; Foucault, 1981b).

Esta investigación pone de manifiesto que la institución actúa sobre el paciente a través de lo que Foucault denominó biopoder, mediante una táctica global que se caracteriza, como he descrito en el capítulo de orientación teórica, por un conjunto amplio de técnicas y estrategias, cuya naturaleza se debe al contexto histórico de la posición dominante de los profesionales sobre el paciente (Foucault, 1977a).

Las estructuras de saber, representado por la evidencia científica actual y el poder, determinan el escenario de las relaciones de poder entre los profesionales y la institución que se apropian de los pacientes y de su autonomía. Se da la paradoja de que aunque, la institución y los profesionales persiguen el bien colectivo y en particular, el bienestar del paciente, dicho objetivo se fundamenta en la obediencia a las normas institucionales. Cuando los profesionales ven amenazada su soberanía sobre el paciente, aluden a la supervivencia y a la beneficencia del mismo.

Educar y hacer dócil al paciente para que se integre de forma eficaz en los sistemas de control de la institución sanitaria es la prioridad de la organización, lo que Foucault denominaría anatomopolítica (1977b:168). Esta práctica individualizante se manifiesta en la organización sanitaria a través de la vigilancia, control, normas de conducta y capacidades de decisión. Todo ello de la forma más sutil posible y bajo un discurso de defensa de sus derechos.

Se identifica, entonces, una estrategia de individualización o de gestión de espacios, cálculo de tiempo, control del movimiento o modalidades de vigilancia y examen que buscan la exploración de complicaciones clínicas para su recomposición. Aspectos que han quedado claramente descritos en los resultados de esta investigación y que definen la microfísica del poder a la que alude Foucault (1973a).

Además, los resultados han destacado que la institución establece un mecanismo de biopoder mediante estadísticas y tasas de salud, desarrollo y costes de la atención. Se demuestra un incesante interés del sistema de salud de controlar al paciente hacia procesos

de regulación de las administraciones públicas y las políticas de salud (Foucault, 1978c). Se reduce, por lo tanto, a los pacientes a medidas y cifras, que facilita clarificar, medir, apreciar y jerarquizar con una norma. Son estas normas establecidas por la institución, las que explican la articulación de una atención normalizada (Foucault, 1978d).

Foucault alerta sobre los riesgos que arrastra esta racionalidad del paciente que insiste en la apropiación de la vida bajo códigos biológicos. Se configura un paciente en el campo de la ciencia como individuo que aparece al otro lado de la partición normativa desde la experiencia de sí mismo. El biopoder se sirve del saber científico y de nociones como la de naturaleza humana para el disciplinamiento y la regularización, despliega prácticas concretas de demarcación y distribución de los cuerpos y limita las posibilidades de autoconformación de la subjetividad al modelo del conocimiento del propio yo y de la identidad. El dispositivo de biopoder genera estrategias que minimizan el campo de la toma de decisiones del paciente de forma autónoma. Foucault afirma que resistirse a esta apropiación de la vida humana por parte de las fuerzas biopolíticas es reinventar el espacio de la ética (Foucault, 1995a).

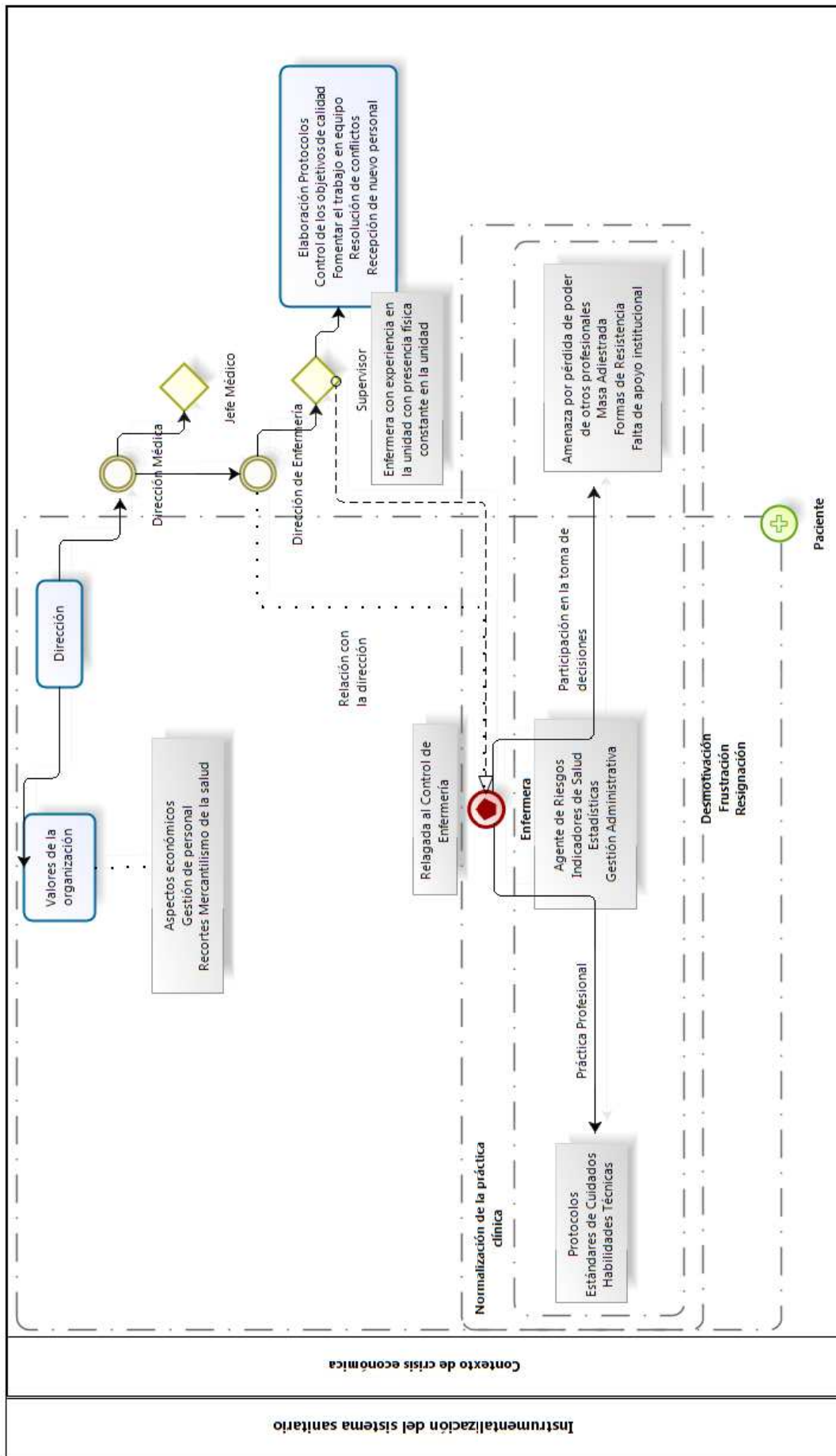
La biopolítica genera que la enfermera se considere impotente para desarrollar su práctica clínica sin que le afecte la instrumentalización de los cuidados por parte de la institución sanitaria. La organización desplaza a la enfermera a determinados espacios que limitan su participación en las decisiones sobre el funcionamiento del sistema, por la percepción de pérdida de control o poder del resto de miembros de la organización como aparece en los estudios de De Pedro y Morales (2004) y Krairiksh y Anthony (2001).

El espacio denominado «control de enfermería», ubicado en el centro de la unidad de hospitalización, se ha convertido en el límite de la enfermera para el desarrollo de su práctica profesional. Relegada en este lugar, se ve obligada a asumir todas las incursiones que se producen en la unidad, permanentemente expuesta a la presión del resto de equipo sanitario, del paciente y la familia, que marca su agenda de trabajo, sin dejar posibilidad de practicar un proceso de reflexión ante las situaciones

clínicas que se le presentan, como ya remarcaron en sus estudios Riley, Manias y Polgase (2006).

Por último, los resultados han puesto de manifiesto, que los gestores de las instituciones sanitarias, no se interesan por el trabajo de la enfermera y las dificultades que presentan en su práctica clínica. De ahí, que las enfermeras perciban a los órganos de gestión como lejanos e incapaces para resolver sus problemas, así como, centrados en aspectos puramente económicos. Este último aspecto se ha visto acrecentado con la situación de crisis económica actual. Se destaca la crítica de que las medidas que se están aplicando no son acordes a los criterios de calidad del sistema de salud y por lo tanto, impactan de una forma directa en el paciente y producen sentimientos de frustración en la enfermera.

Se demuestra que es esta relación de la enfermera con la institución la que mayor sufrimiento le produce a nivel emocional. Hace que se sientan solas ante la dominación del médico, la presión de la auxiliar, tener que controlar el funcionamiento del servicio y ante el paciente y la familia. Pero es la institución, contra la que se revelan en su discurso, afirmando no comprender los objetivos de su propia organización. Se sienten desmotivadas, insatisfechas, con niveles de ansiedad y estrés muy elevados, con un marcado sentimiento de resignación y escasa proyección de futuro. Por lo que, se hace fácil comprender ante estos sentimientos, que sea imposible generar una actitud de la enfermera que promueva la autonomía del paciente en la toma de decisiones (esquema 12).



ESQUEMA 12: Instrumentalización del paciente por el sistema sanitario.

8.2. CULTURA DE SÍ: OPORTUNIDAD PARA LA AUTONOMÍA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LOS PACIENTES

Los resultados de este estudio, ponen de manifiesto que existen multitud de factores que limitan el poder de decisión de los pacientes. Límites que hacen del paciente un objeto pasivo de los cuidados, donde tanto los profesionales como la institución pretenden dominarlo y subyugarlo. Pero aunque a veces, sea claramente evidente dicha dominación, esta investigación visibiliza la existencia de otras situaciones donde se ejerce un poder más sutil.

Las relaciones de poder atraviesan la autonomía del paciente y es desde esta perspectiva desde la que explicaré el modelo actual de toma de decisiones del paciente en el ámbito clínico (esquema 13) y la propuesta de la ética foucaultiana como oportunidad para una autonomía real.

Foucault (1977a) definió una serie de elementos que usaré para explicar el proceso deliberativo en la toma de decisiones de los pacientes. Estos elementos permiten comprender el individuo moral y su autonomía como un aspecto nuclear en la conducta del paciente en el ámbito clínico, variable en su contexto social e histórico, que el filósofo denominó sustancia ética.

Podría decirse que el paciente se encuentra inmerso en un entorno sanitario con un engranaje complejo por el cual sus decisiones dependerán de que esa maquinaria funcione correctamente. Son las obligaciones impuestas por la institución, las que se convierten en modos de sujeción para el ejercicio de la autonomía plena en el paciente. Los profesionales e instituciones sanitarias, en su discurso político, defienden la idea de una calidad de la atención centrada en el paciente, pero cuando analizamos las entrañas de la institución, descubrimos que los profesionales no reciben un mensaje que vaya dirigido hacia objetivos de calidad, todo lo contrario, se centran en la optimización de recursos económicos.

Ese mensaje inicial se convierte en un elemento de *marketing* político ficticio y propone una organización sanitaria que mercantiliza la salud. Ante esta situación, la enfermera se siente defraudada, desmotivada, frustrada y sin proyección de futuro, incluso resignada por creer que es imposible modificar esta situación. Lo que explicaría que los órganos de gestión sean considerados lejanos y sin utilidad práctica.

De una forma más sutil en el ejercicio del poder de la institución, se produce un proceso que algunos autores han denominado de colonización (Little, Jordens & Sayers, 2003). Este proceso, no es más que la normalización a través de estándares y protocolos, de la práctica clínica, que colateralmente genera un sistema de relaciones internas entre los profesionales muy rígidas y basadas en la jerarquía por categorías profesionales.

Son estos dos elementos, la normalización y la ética de mercado de la institución, los que hacen que en la organización sanitaria, se genere un concepto de paciente dominado, sujeto por las normas, los horarios, los recursos disponibles y por lo tanto, se ciñan a las mismas, sin posibilidad alguna de decisión. A éste nivel, el paciente tiene completamente anulada su capacidad de autonomía.

Ante la dominación del paciente, aparecen una serie de retos para las instituciones sanitarias, que abren un espacio donde el grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones pueda ser real. Autores como Gilbert (2005), Osborne (1997) y Beresford y Wallcraft (1997) abogaban por una reducción en la complejidad burocrática, replanteando los objetivos del sistema sanitario centrados en el paciente y no en los valores de mercado, abandonando el consumismo como valor económico de los cuidados. Así el trabajo ético foucaultiano cobra importancia en la constitución de un paciente como individuo ético en la relación que se establece con la institución para la configuración de su conducta o como el filósofo francés denominó el telos de la relación (Foucault, 1977b).

Otro de los factores clave para definir qué cuotas de participación y poder de decisión tienen los pacientes son las relaciones interprofesionales. El equipo de salud se configura según una serie de estereotipos profesionales, dentro de un modelo centrado en aspectos físicos y complicaciones clínicas, por el cual el criterio médico domina la práctica del resto de profesionales, donde el médico ordena y la enfermera ejecuta. Es decir, un poder absoluto ejercido por el médico y un poder sutil y a veces silenciado, de la enfermera.

Esta interacción entre poder y saber científico relega al paciente a tomar decisiones en la medida que los profesionales se lo permitan, entrando en juego los flujos de comunicación ineficaz entre los profesionales o incluso las relaciones interpersonales entre unos y otros. En el discurso de la enfermera aparecen atisbos de crítica a que estas relaciones interprofesionales puedan influenciar el cuidado proporcionado al paciente, pero no se reconoce que sean dichas relaciones, las que puedan limitar la capacidad del paciente en la toma de decisiones.

Es manifiesto que, la mejora de la comunicación entre los profesionales, la formación en habilidades de comunicación y la reorganización de las competencias profesionales son aspectos que en los resultados de esta investigación han sido considerados, al igual que en otros estudios, como retos para la mejora en las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo (Duke, Yarbrough & Pang, 2009). Es a través de estos retos y de la consideración de la relación dinámica entre el conocimiento científico y el poder (Barbero, Calvo, González, Manrique & Nespral, 2005), donde se generan resistencias para revertir las limitaciones en la autonomía del paciente (Vahabi & Gastaldo, 2003; Manias & Street, 2000).

Según Foucault (1973b), el modelo de ciencia o de verdad científica, ha determinado la construcción de que una disciplina domine sobre la otra, como ocurre en el caso de la medicina y la enfermería. Esta verdad ha medicalizado la sociedad (Ávila-Fuenmayor, 2007) y ha establecido las normas a las que se debe someter un paciente cuando acude al hospital, asumiendo las reglas del juego.

De esta manera, se remite la normalidad del paciente a una supuesta verdad en sí, que establece un modo de subjetivación en el entorno clínico. Este planteamiento de la dinámica productiva del poder, permite visibilizar los dispositivos y las estrategias de saber que ejercen los profesionales, cómo conjuntos de fuerzas que atraviesan a los pacientes produciéndolos y utilizándolos. Así se explicaría, que el poder ejercido por los profesionales sobre el paciente mediante dispositivos de persuasión, confianza y paternalismo, no sólo generen pacientes como productos sino que también prescriban unos modos de hablar, comportarse y organizar los cuidados sin tener en cuenta el criterio del paciente (Murillo, 1996).

Es a nivel de la relación que se establece entre la enfermera y el paciente donde se plantean oportunidades para una mayor capacidad en la toma de decisiones de los últimos. Pero también aquí, aparecen relaciones de poder asimétricas, donde la enfermera, según su actitud y la que perciba del paciente, genera un espacio u otro de participación. Entendiendo participación no como un poder de decisión real sino como un grado limitado del paciente para decidir sobre algunos aspectos de sus cuidados. Aunque la enfermera prefiere a un paciente que se deje llevar, más sumiso y que colabore en los cuidados impuestos, es a través de esta estrategia, de la que el paciente puede obtener mayor beneficio, pues estará informado y será co-participe de sus cuidados, manteniendo una buena relación con la enfermera.

Pero aparecen también en los resultados, una serie de transformaciones que abren un camino para potenciar la autonomía en la toma de decisiones de los pacientes. La enfermera reconoce que se está produciendo un cambio sociocultural respecto al tipo de pacientes que ahora acuden al sistema sanitario. Considera que son pacientes que necesitan estar más informados y si no lo están lo demandan, que solicitan mayores niveles de participación y poder de decisión.

Estas transformaciones, cumplen con la premisa de Foucault (Foucault, 1973a) de que, donde hay poder hay resistencia. Así, el poder de los profesionales y la institución

encuentra su límite en la existencia de resistencia del paciente. Se diseña así, un perfil de lucha incorporando tácticas de ese poder como soporte para justificar determinados comportamientos de la enfermera como la persuasión y coerción ante la negativa o rechazo del paciente a los cuidados propuestos.

El peligro que supone toda relación de poder es la posibilidad de que se solidifique en una forma de dominio (Foucault, 2001a). La verdadera tarea de las enfermeras en este caso, para asegurar la autonomía del paciente, consiste en defender y reafirmar constantemente las transformaciones en el poder de decisión de los pacientes, por lo que aparece la necesidad de una ética del cuidado de la libertad (Castro Orellana, 2004). Las resistencias aparecidas en esta investigación, del paciente a ser sometido a las decisiones de los profesionales, son el elemento clave para reconfigurar las actuales relaciones de poder.

Se debe aceptar que el paciente está capacitado para ejercer un poder sobre sí mismo de construcción y creación de sus cuidados. La propuesta de la ética foucaultiniana plantea una resistencia al régimen de relaciones entre saber, poder y subjetividad actualmente impuesto en el ámbito clínico (Foucault, 1981a). Aparece entonces, el cuidado de sí como una práctica entre el profesional y el paciente para impedir la deriva de la dominación (Foucault, 1984a).

Para ello, debemos integrar los factores analizados en este estudio, separando la institución de una acción política ficticia y totalitaria sobre el paciente y los profesionales, intensificando las acciones de reflexión de los modelos actualmente instaurados y maximizando la libertad de decisión de los pacientes. La institución, los profesionales y el propio paciente deben cultivar un ejercicio del poder modificando las relaciones estratégicas de poder no necesarias, o que no permiten la toma de decisiones autónomas de los pacientes (De la Higuera, 1999).

Para articular esta propuesta de la ética foucaultiana, con los resultados de este trabajo, me centraré en tres campos: los juegos de verdad; los juegos de poder; y las técnicas de

subjetivación. Estos campos me permiten explicar cómo la ética nos libera de los límites de poder y verdad impuestos por el ejercicio de subjetivación, nuestro y de los demás. Para que se haga efectiva esta liberación, la ética se convierte en la forma reflexiva o deliberativa que adopta la libertad o cultura de sí (Foucault, 1994). El paciente debe desprenderse de los modos de sujeción impuestos, con ayuda de los profesionales y alcanzar la libertad de decidir sobre sus cuidados.

Desde esta perspectiva de la ética como libertad y cultura de sí y volviendo a los elementos mencionados anteriormente, la sustancia ética debe constituirse como materia principal de la institución sanitaria y de los profesionales. Puede decirse, que es fundamental considerar los sentimientos, creencias y valores de los pacientes antes de tomar cualquier decisión sobre sus cuidados.

A través de los modos de sujeción que definen la relación del paciente con las reglas establecidas en el ámbito clínico como obligaciones en un determinado contexto social y cultural, el paciente se transforma en un individuo moral, responsable de su propia conducta. Es lo que Foucault denomina formas de elaboración o trabajo ético.

Este trabajo ético emana del aprendizaje que el paciente desarrolla sobre las normas preestablecidas, del control de estas normas sobre su conducta y de la lucha del propio paciente contra estas normas cuando está en juego su salud. A partir de ahí, el paciente establecerá una nueva conducta que lo libere del cumplimiento estricto de las reglas del juego marcadas por el sistema sanitario y los profesionales, no para ir contra ellas, sino para adaptarlas a las decisiones sobre su salud.

Estos cambios de posición, son lo que Foucault denominó técnicas del yo, que el paciente pone en marcha una vez hospitalizado, para asegurar su integridad y autonomía en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y conducta (Foucault, 1994). Las tecnologías del yo, determinarán como serán finalmente los actos y comportamiento de los pacientes en relación con las reglas, normas o códigos que les son impuestos (Hubert, Dreyfus & Rabinow, 1988).

Esta propuesta ética pretende posibilitar al paciente de un ejercicio de libertad dentro de las relaciones de poder descritas en esta investigación. Los profesionales y la institución deben reconocer el valor de la elección personal del paciente sobre sus cuidados, a partir de sus experiencias históricas y biográficas en relación con las instancias de normalización y focos de resistencia (Schmid, 2002). Es evidente, que no se puede acabar con las modalidades de sujeción instauradas en el entorno clínico, sino que el ejercicio de la autonomía del paciente debe emerger de los juegos estratégicos y del desplazamiento de determinadas formas de dominación institucional.

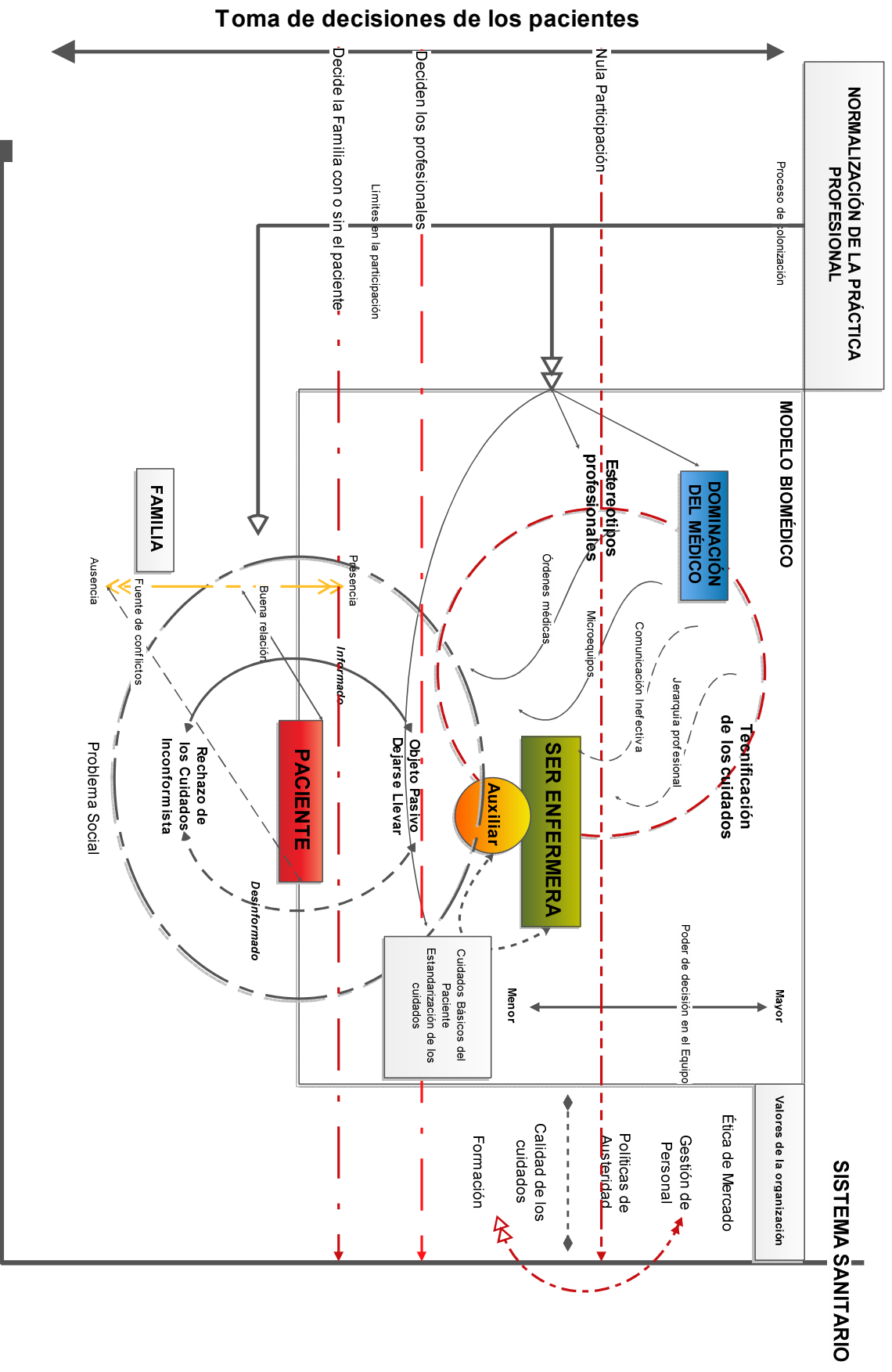
Asimismo, se debe de evitar la solidificación de un poder dominante, que configure un paciente objeto pasivo de los cuidados. No se puede esperar que cada paciente, desde su ética personal, asuma un criterio común, universal y estricto, como se pretende desde las instituciones. Romper con esa dinámica de homogeneización de la práctica clínica y ética universalista, promoverá un paciente autónomo en la toma de decisiones.

El debate generado en este estudio sobre las prácticas de la libertad y dominación precisa de una consideración del cuidado de sí, en concreto la cultura de sí. El modelo actual de decisiones éticas fundamentado en el afán universalizador de la utopía, que conduce al totalitarismo, debe ser sustituido por la tarea de desplazar los límites que se imponen al paciente y que amplían las posibilidades de libertad.

En definitiva, las oportunidades que se abren en el campo de la autonomía en la toma de decisiones del paciente desde la perspectiva de la ética foucaultiana, en base a los resultados de esta investigación, se fundamentan en el reconocimiento de las instituciones sanitarias y los profesionales, de una elección personal del paciente. Todo esto apunta a que se debe de abandonar los estilos de moderación universalizantes, normalizadores, jurídicos *per se*, con una estructura disciplinaria y constituida en un saber científico. Mientras los profesionales no se liberen de la obsesión por ser poderosos en las relaciones interprofesionales y con el paciente, seguirán enredados en los complejos de saber-poder que generan el control de las personas como cuerpos o poblaciones sin identidad propia.

La independencia o autonomía del paciente respecto a los profesionales y la institución, constituirá un individuo moral libre y una victoria sobre el dominio de las normas (Foucault, 1986a). Se precisa de una gran variedad de procedimientos y ejercicios codificados, para comprobar que dicha autonomía es efectiva. Foucault los distingue en tres aspectos. En primer lugar, los procedimientos de prueba donde se mide cuánto ha progresado la autonomía del paciente en la adquisición de una virtud que aseguraría la independencia del individuo. En segundo lugar, el examen de conciencia, no se trata de descubrir infracciones que conduzcan al reconocimiento de una culpa por el rechazo o la actitud inconformista del paciente y al consecuente castigo, o provocar el remordimiento por no seguir las indicaciones terapéuticas impuestas. Sino más bien es de tipo instrumental, donde se comprueban ciertos fracasos, visibilizados en esta investigación, en la relación profesional-paciente con el fin de reforzar una conducta liberadora, asesorando en la toma de decisiones y no imponiéndolas. Y por último, el trabajo del pensamiento sobre las decisiones clínicas según dependan o no de nosotros (Ferrer, 1989).

En conclusión, la ética foucaultiana abre camino para un vínculo con el paciente y el fortalecimiento de sus propias virtudes personales, transformadas a partir de su contexto histórico y social —sustancia ética—. Una ética separada de la posición de las normas y códigos establecidos, pero que tienen una relación con el paciente en la configuración de su conducta —modos de sujeción—. Una ética inventada por el propio paciente a partir de la dimensión social, política y cultural —trabajo ético—. Se entenderá así, el papel que tiene el paciente como sujeto autónomo y libre —teología del sujeto moral—. Este comportamiento libre y autónomo, lo será, en la medida en que la institución sanitaria y los profesionales implicados sean capaces de entender cómo se constituye la autonomía del paciente en el entorno clínico —tecnologías del yo—. Todo esto configura la cultura de sí o la forma en que se libere al paciente de las reglas impuestas, promoviendo su poder de decisión. Es decir, es necesario que el paciente viva su proceso de salud y enfermedad según su propio estilo de vida.



ESQUEMA 13. Modelo actual de la toma de decisiones de los pacientes en el ámbito clínico desde la perspectiva enfermera.

Capítulo 9

CONCLUSIONES

Los datos de esta investigación indican que el comportamiento libre y autónomo del paciente en el ámbito clínico, lo es, en la medida en que la institución sanitaria y los profesionales implicados, especialmente la enfermera, incorpora a sus competencias la capacidad del paciente en la toma de decisiones.

Los factores analizados en este trabajo ponen de manifiesto que el poder de decisión del paciente sobre sus cuidados, debe ser explicado a través de la relación de la enfermera con el paciente y la familia, con el equipo de salud y con el sistema sanitario. Por esta razón, a continuación expondré las conclusiones de esta tesis, en base a los tres factores anteriormente mencionados.

9.1. RELACIÓN DE LA ENFERMERA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA

El rol pasivo del paciente adquiere su máxima expresión en las unidades de hospitalización, en cuyo contexto se asume la falta total de autonomía para participar en sus cuidados y en las decisiones respecto al tratamiento. Esta concepción del paciente hace que su opinión no sea considerada por parte del equipo de salud. La consecuencia directa es la dificultad en la comunicación entre la enfermera y el paciente.

Un aspecto que resulta de gran calado en la autonomía del paciente, es el nexo relacional que se establece entre la enfermera y el paciente, que hace que la relación resulte fácil o compleja. Un rol cuasi-paternal del profesional y cuasi-infantil del paciente proporcionan una mezcla de beneficencia y poder. La enfermera pretende beneficiar al paciente, justificando su rol paternalista, anulando la capacidad de decisión del paciente. Desde una perspectiva de la ética foucaultiana, se evidencia que en las unidades de hospitalización, se ve comprometida la construcción del sujeto moral autónomo y por tanto la sustancia ética del paciente.

Actualmente, se observa la manipulación del paciente para que el profesional mantenga su estatus y su poder en la relación entre ambos. Parece evidente que para que la relación entre la enfermera y el paciente sea efectiva debe partir de la consideración de que ambos sean participantes iguales en una negociación de poder. Una distribución igualitaria del poder permite que las decisiones sobre los procesos de salud y enfermedad sean tomadas por los pacientes, de forma autónoma, con el consejo de los profesionales. La relación enfermera-paciente no debe perseguir el cambio en los valores y costumbres del paciente sino posicionar al profesional como testigo de la vivencia del proceso de salud y enfermedad del paciente y su familia.

La enfermera reconoce la utilización del poder en su relación con los pacientes. Identificar como es ejercido dicho poder permite explorar el tipo de relación entre ambos, dando el control al paciente de sus cuidados y de los factores que contribuyen a satisfacer sus necesidades. La necesidad de autocuidado, como ejercicio de libertad configura un propio estilo de vida o cultura de sí, como defiende la ética foucaultiana. Este planteamiento proporciona a los cuidados de enfermería una dimensión positiva, dando paso a una relación centrada en el paciente y su propia autonomía, y no tanto en un conjunto de protocolos y guías preestablecidas.

Los resultados de esta investigación muestran el uso del lenguaje como herramienta de poder, ejercido a través de las órdenes a los pacientes. Dichas órdenes están basadas en la persuasión ante los que se resisten a las imposiciones de los profesionales. El lenguaje usado se basa en una comunicación hermetizada y el uso de términos de contenido cariñoso.

Se visibiliza una situación paradójica en el discurso de la enfermera, donde se debate entre la familia como obstaculizadora o facilitadora de los cuidados del paciente. Es necesario aprovechar el discurso pro-familia de la enfermera, de forma que la toma de decisiones de los pacientes, parta de la familia como eje informal en el proceso deliberativo del poder de decisión de los cuidados proporcionados. La familia es parte fundamental del entorno social del paciente y en la medida que éste desee hacerla participe, debe ser integrada en la toma de decisiones.

9.2. EQUIPO DE SALUD

Un trabajo en equipo menos jerarquizado, con posibilidades reales en la participación igualitaria en la toma de decisiones de la enfermera, supone menos fricciones entre los profesionales implicados en el cuidado del paciente así como mayores cuotas de satisfacción en estos profesionales. Generar flujos de comunicación efectivos que permitan al paciente conocer de forma completa, la información sobre su proceso de enfermedad, es clave para una toma de decisiones autónoma.

Las relaciones de poder impregnan los microequipos de trabajo. La dominación de unos profesionales sobre otros, especialmente del médico sobre la enfermera, son relaciones asimétricas, basadas en la dependencia y obediencia. El dominio del modelo biomédico altamente arraigado en el sistema de salud, determina estereotipos profesionales que someten la práctica clínica de la enfermera, con el consiguiente peligro de perpetuar al paciente como objeto pasivo de los cuidados, propiedad del profesional y la institución y sin capacidad en la toma de decisiones.

Se debe aprovechar la posición de las enfermeras, que defiende un modelo de trabajo en equipo igualitario como beneficioso para el paciente, abandonando la idea de un equipo donde el paciente y la familia son constantemente excluidos de las decisiones sobre sus cuidados.

Parece evidente que resulta casi imposible, tal y como actualmente están estructuradas las relaciones interprofesionales, trabajar en equipo. Hasta ahora, la potencialidad del equipo de salud reside en la relación de los microequipos médico-enfermera y enfermera-auxiliar y en la capacidad de éstos para evitar errores de información e infravaloración de los criterios de unos profesionales sobre otros. Eliminar la rigidez de la comunicación, abre vías de colaboración y participación y refuerza la autonomía de cada profesional y en consecuencia del paciente y la familia. Se debe romper con el esquema encorsetado de parcelas o competencias profesionales y adquirir un modelo de trabajo en equipo que cubra las necesidades del paciente y aumente su poder de decisión.

9.3. SISTEMA SANITARIO

Un modelo de sistema sanitario basado en la ética de mercado, que normaliza e institucionaliza a los pacientes, pierde el sentido de la atención centrada en éstos. Se promocionan objetivos de calidad que no van dirigidos a cubrir las necesidades del paciente y su autodeterminación, sino a indicadores de resultados de la institución sanitaria. Por esta razón, la enfermera presionada por la organización sanitaria, se ve obligada a priorizar las actividades que aseguren dichos indicadores antes que los cuidados que les proporciona al paciente. Así, se normaliza una práctica clínica, donde el paciente está ausente para la institución, que hace difícil su integración en el engranaje de toma de decisiones.

El sistema sanitario ha medicalizado a la sociedad y por consiguiente al paciente. Cuando éste entra en una institución sanitaria pierde su identidad para pasar a ocupar

un lugar poco relevante en la dinámica de la organización. Los criterios económicos imperan por encima de las necesidades de salud de la población y la política marca la agenda de salud. Esta situación hace que el paciente se vea inmovilizado en el proceso deliberativo de toma de decisiones.

Los resultados de esta investigación indican que se deben producir cambios en las estructuras internas de las organizaciones sanitarias, sustituyendo la normalización de la práctica profesional y la instrumentalización del paciente por acciones encaminadas a promocionar la autodeterminación de los valores del paciente, a partir de las estrategias de resistencia.

En definitiva, se debe construir la cultura de sí o la forma de liberar al paciente de las reglas impuestas, promoviendo su propia conducta o subjetivación. Es decir, el autocuidado, su propio estilo de vida en cualquiera de los entornos en los que se encuentre.

9.4. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Esta tesis desarrolla la estrategia enmarcada dentro de la Línea 3 de investigación en Salud Pública y Servicios de Salud del Ministerio de Ciencia e Innovación como táctica de aumento de la calidad en investigación, desarrollo e innovación de los servicios de salud.

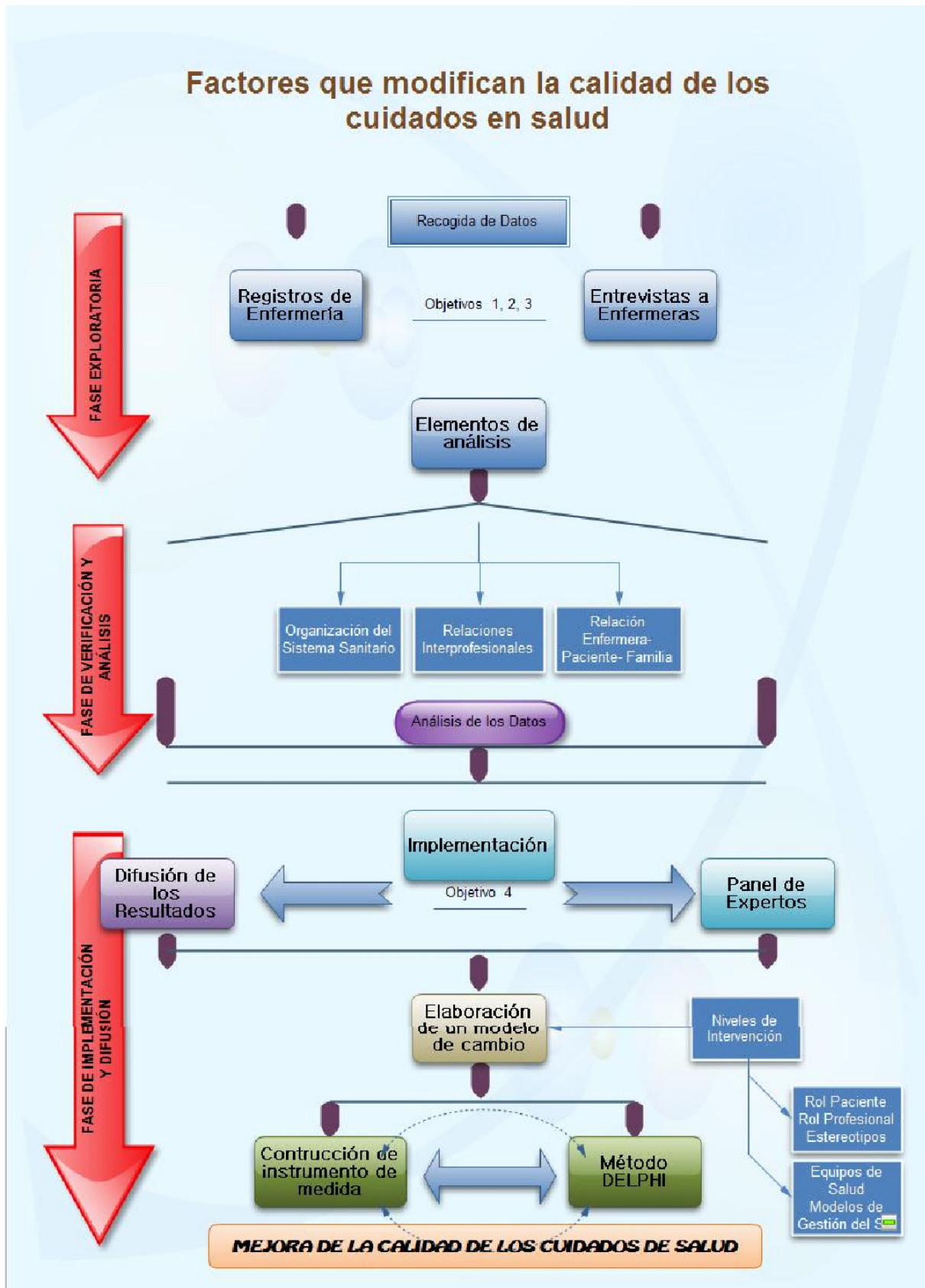
Esta investigación permite: (1) Orientar a los gestores de las organizaciones sanitarias para establecer programas y políticas que disminuyan los efectos negativos de la actual gestión en los equipos de salud. Estos cambios deben tener como objetivo mejorar la calidad de la asistencia, así como aumentar la capacidad de autonomía de los pacientes en la toma de decisiones. (2) Modificar aquellos aspectos que están limitando el poder de decisión de los pacientes. (3) Profundizar en el conocimiento de las estrategias que los equipos de salud establecen entre sus miembros y conocer

como ésta interacción están provocando desajustes en el cuidado del paciente y la familia. (4) Implementar nuevas formas de entender la gestión de las organizaciones sanitarias que favorezcan la relación entre los miembros del equipo de salud y la interacción de los profesionales con el paciente y su familia para la consecución de los objetivos de calidad del sistema sanitario, centrando dichas estrategias en la capacidad de decisión del paciente en el ámbito clínico.

Cabe destacar que de forma indirecta, este proyecto ya ha generado inquietudes entre los profesionales del equipo de salud en el Hospital Can Misses de Ibiza para actuar de forma concreta según los resultados de este estudio, a través de un programa de intervención.

Con la finalidad de que se hagan efectivas dichas implicaciones en la práctica clínica, preveo darle continuidad a esta investigación (esquema 14), para que el paciente sea autónomo en la toma de decisiones desde la perspectiva expuesta en esta tesis.

Factores que modifican la calidad de los cuidados en salud



ESQUEMA 14. Continuidad en la investigación.

9.5. DIFUSIÓN E IMPACTO CIENTÍFICO

Este trabajo ha sido dirigido por la Dra. Julia Gallo Estrada, el Dr. Bernat Riutort Serra y la Dra. Elizabeth Peter, que han supervisado el desarrollo de la misma para alcanzar los criterios de calidad para la obtención del grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears.

Respecto a la difusión, este proyecto cuenta en la actualidad con varias publicaciones científicas a nivel internacional, destacando un artículo indexado en el ISI Journal Citation Report en la revista Nursing Philosophy, con un factor de impacto 0,837, situándose en el cuartil tercero en Social Science y Science en la categoría de Nursing en el 2011. A nivel nacional, se destacan dos artículos en la revista Index de Enfermería, con un factor de inmediatez, según el grupo de estudios documentales de la Fundación Index, del 1.72, ocupando el segundo lugar del índice de revistas sobre cuidados de salud con repercusión en Iberoamérica en 2010 (Cuiden Citation).

Además se publicarán varios artículos en revistas científicas de carácter nacional e internacional, así como se difundirá en foros y encuentros científicos relacionados con el fenómeno a estudio. Asimismo, mediante conferencias y talleres se difundirán los resultados del estudio entre las enfermeras y otros profesionales de salud de las Illes Balears.

Capítulo 10

BIBLIOGRAFÍA

Abraham, T. (1989). *Los senderos de Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Abraham, T. (2003). *El último Foucault*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Abraham, T. (1988). *La sexualidad en el uso de los placeres*. In: Abraham, E. Chibán, C. Ferrer, G. Maella, C. Morello & Páez, A. & Uhart, H. (Eds.), *Foucault y la ética*. Buenos Aires: Docencia eds.

Agich, G. J. (1990). Reassessing autonomy in long-term care. *Hasting Center Report*, 20, 12-17.

Álavarez-Uría, F. & Varela, J. (1994). *La crisis de los paradigmas sociológicos: El papel de la teoría de «Michel Foucault»*. Valencia: Cuadernos.

Alderson, P. (1991). Abstract bioethics ignores human emotions. *Bulletin of Medical Ethics*, 68, 13–21.

Allen, D. (2001). Narrating nursing jurisdiction: «atrocities stories» and «boundary-work». *Symbolic Interaction*, 24(19), 75-103.

Allen, D. G. (1995). Hermeneutics: Philosophical traditions and nursing practice research. *Nursing Science Quarterly*, 8, 174-182.

Álvarez Yáñez, F. (2000). *Capitalismo y subjetividad. la teoría política y social de «Michel Foucault»*. *La impaciencia de la libertad: Michel Foucault y lo político*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Álvarez Yáñez, J. (1995). *Michel Foucault: Verdad, poder, subjetividad, la modernidad cuestionada*. Madrid: Ediciones Pedagógicas.
- Amezcuá, M. & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española en Salud Pública*, 76, 423-436.
- Amiot, M. (1970). *Análisis de Michel Foucault*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Anderson, I., Axelson, H. & Tan, B-K. (2011). The other crisis: The economics and financing of maternal, newborn and child health in Asia. *Health Policy & Planning*, 26(4), 288-297.
- Andrews, G. J. (2002). Towards a more place-sensitive nursing research: An invitation to medical and health geography. *Nursing Inquiry*, 9, 221.
- Anthony, M. K., Casey, D., Chau, T. & Brennan, P. F. (2000). Congruence between registered nurses' and unlicensed assistive personnel perception of nursing practice. *Nursing Economic*, 18(6), 285-307.
- Anthony, R. & Lurie, N. (2004). Global health services research: Challenging future. *Health Services Research*, 39(6), 1923-1926.
- Appelin, G. & Bertero, C. (2004). Patients' experiences of palliative care in the home: A phenomenological study of a Swedish sample. *Cancer Nursing*, 27, 65-70.
- Apple, M. W. (1991). *The politics of the textbooks*. New York: Routledge.
- Arías, M. M. (2002). La triangulación metodológica: Sus principios, alcances y limitaciones. In: Mercado, F. J.; Gastaldo, D.; Calderón, C. (Eds), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. (pp. 481-499). Guadalajara: Universidad de Guadalajara: Una antología iberoamericana.
- Ariés, P., Bejín, A. & Foucault, M. (1991). *Sexualidades occidentales*. Barcelona: Paidós.
- Arora, N. K. & McHorney, C. A. (2000). Patient preferences for medical decision making: Who really wants to participate? *Medical Care*, 38(3), 335-341.

- Arora, S., Davies, A. & Thompson, S. (2000). Developing health improvement programmes: Challenges for a new millennium. *Journal of Interprofessional Care*, 14(1), 9-18.
- Artières, P. & Da Silva, E. (2001). *Michel Foucault et la médecine: Lectures et usages*. París: Kimé.
- Ashworth, V. A. M., Longmate, M. A. & Morrison, P. (1995). Patient participation: Its meaning and significance in the context of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1430-1439.
- Avcin, B. A., Kucina, A. U., Sarotar, B. N., Radovanovic, M. & Plesnicar, B. K. (2011). The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees. *Psychiatria Danubia*, 23(1), 142-148.
- Bailey, P., Jones, L. & Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: Stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381-391.
- Ball, S. (1993). *Foucault y la educación. disciplinas y saber*. A Coruña: Morata.
- Bamford, A., Bamford, A. & Porter-O'Grady, T. (2000). Shared governance within the market-oriented health care system of new zealand. *International Nursing Review*, 47(2), 83-88.
- Banford, A. & Porter-O'Grady, T. (2000). Shared governance within the market orientated health care system of new zeland. *International Nursing Rewies*, 47(2), 83-88.
- Barbero, C., Calvo, A., González, G., Manrique, R. & Nespral, C. (2005). *Con lugar a dudas. Hilos y raíces del pensamiento crítico*. Santander: Editorial límite.
- Barclay, L. & Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood: A socio-cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 1013-1020.
- Barham, L. (2011). Economic crisis: Consequences for patients, chronic pain clinics and the pharmaceutical industry. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25(4), 382-385.
- Barham, L. (2011). Economic crisis: Consequences for patients, chronic pain clinics and the pharmaceutical industry. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25(4), 382-385.

- Barnett, J. R., Barnett, P. & Kearns, R. A. (1999). Disciplining professional dominance? trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand, social science and medicine. *Social Science and Medicine*, 46(2), 193-207.
- Baudillard, J. (2001). *Olvidar a Foucault*. Valencia: Pre-Textos.
- Bauman, Z. (1993). *Postmodern ethics*. Oxford: Blackwell.
- Beardwood, B., Walters, V., Eyles, J. & French, S. (1999). Complaints against nurses: A reflection of «the new managerialism» and consumerism in health care? *Social Science and Medicine*, 48(3), 363-374.
- Beattie, A. (1995). Evaluation in community development for health: An opportunity for dialogue. *Health Education Journal*, 54(4), 465-472.
- Beauchamp, T., & Faden, R. & King, N. (2001). *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th ed.). New York: Oxford University Press.
- Beaver, K., Luker, K. A., Glynn Owens, R., Leinster, S. J., Degner, S. L. & Sloan, J. A. (1996). Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 19(1), 8-19.
- Beer, D. (2002). *Michel Foucault: Form and power*. Oxford: University of Oxford, European Humanities Research Centre.
- Benach, J. & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: El Viejo Topo.
- Benson, P. (2000). Feeling crazy': Self worth and the social character of responsibility. In C. Mackenzie, & N. Stoljar (Eds.), *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency and the social self*. (pp. 72–93). New York: Oxford University Press.
- Beresford, D. (1997). Clinical practice. family centred care: Fact or fiction? *Journal of Neonatal Nursing*, 3(6), 8-11.

- Berg, J. & Appelbaum, P. (2001). *Informed Consent: Legal theory and clinical practice*. New York: Oxford University Press.
- Bermúdez i Roses, J. (2003). *Foucault, un il-lustrat radical?*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Bernauer, B. (1995). Más allá de la vida y de la muerte. In Foucault, M. *Foucault y la ética después de Auschwitz*. Gedisa. Barcelona.
- Bidani, B., Fatou Diagne, M. & Zaidi, S. (2012). Subjective perceptions of the impact of the global economic crisis in europe and central asia: The household perspective. *The World Bank, Policy Research Working Paper Series, 5995*
- Biering, P. (2002). Caring for the involuntary hospitalized adolescent: The issue of power in the nurse-patient relationship. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 15(2)*, 65-74.
- Björkdahl, A. (1999). *Psyk-VIPS- att dokumentera psykiatrisk omvardnad enligt VIPS-modellen*. Lund: Studentlitteratur.
- Blanchot, M. (1988). *Michel Foucault: Tal y como yo lo imagino*. Valencia: Pre-Textos.
- Blasco Castany, R. (2007). *Las nuevas formas de gestión sanitaria «modelo alzira»*. Madrid: Instituto de estudios económicos.
- Bloor, M. & McIntosh, J. (1990). Surveillance and concealment: A comparison of techniques of client resistance in therapeutic communities and health visiting. In Cummningham-Burley, S. & McKeganey, N. (Ed.), *Reading in medical sociology* (pp. 159-181). London: Routledge.
- Blustein, J. (1993). The family in medical decision-making. *The Hasting Center Report, 23(6)*, 6–13.
- Bortolozzi, G. & Palese, A. (2010). The italian economic crisis and its impact in nursing services and education hard and challenging times. *Journal of Nursing Management, 18(5)*, 515-519.

- Bover, A. (2004). *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: Percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación*. (Unpublished Ciencias de la Educación, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca).
- Boyne, R. (1990). *Foucault and Derrida: The other side of reason*. London: Unwin Hyman.
- Bradbury-Jones, C., Sambrook, S. & Irvine, F. (2008). Power and empowerment in nursing: A fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 258-266.
- Bransen, E. (1992). «Has menstruation been medicalised? or will it never happen...». *Sociology of Health and Illness*, 14(1), 98-110.
- Bratich, J., Packer, J. & McCarthy, C. (2003). *Foucault, cultural studies, and governmentality*. Albany: State University of New York Press.
- Brennan, P. F. & Anthony, M. K. (1998). Nursing practice models: Implications for information system design. *Journal of Nursing Administration*, 28(10), 26-31.
- Brennan, P. F. & Anthony, M. K. (2000). Measuring nursing practice models using multi-attribute utility theory. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 372-382.
- Breslin, J. (2005). Autonomy and the role of the family in making decisions at the end of life. *Journal of Clinical Ethics*, 16, 11–19.
- Buchanan, A. & Brock, D. (1989). *Deciding for others: The ethics of surrogate decision making*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buchmann, W. F. (1997). Adherence: A matter of self-efficacy and power. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 132-137.
- Burke, S. (1998). *The death and return of the author: Criticism and subjectivity in Barthes, Foucault and Derrida*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Butler, J. (2003). *Foucault, herculine e a política da descontinuidade sexual. Problemas de gênero. feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Cahill, J. (1996). Patient participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24:561-571.
- Cahill, J. (1998). Patient participation: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 7:119-128.
- Calderón, C. (2003). El artículo original en la investigación cualitativa. *Matronas Profesión*, 4(12), 17-21.
- Calloway, S. J. (2009). The effect of culture on beliefs related to autonomy and informed consent. *Journal of Cultural Diversity*, 16(2), 68-70.
- Calnan, M. & Gabe, J. (2009). The retriatication of primary care in England. In J. Gabe, & M. Calnan (Eds.), *The new sociology of the health service* (pp. 56-78). Routledge: New York.
- Cameron, C. (1996). Patient compliance: Recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursin*, 24:244-250.
- Campanario, J. M. (2004). Científicos que cuestionan los paradigmas dominantes: Algunas implicaciones para la enseñanza de las ciencias. *Revista Electrónica De Enseñanza De Las Ciencias*, 3(3), 257-286.
- Canguilhem, G. (1986). *Sur l'Histoire de la folie en tant qu'Événement*. London: Le débat.
- Cano, G. (1996). Nietzsche y Foucault: La exploración genealógica como condición de posibilidad de nueva historia. *Revista de filosofía anabasis*, 3(4), 12-27.
- Caputo, J. D. (1993). Against ethics. In Bloomington, IN. & Indianapolis, IN. (Ed.), *Contributions to a poetics of obligation with constant reference to deconstruction*. Indiana: University Press.
- Caruso, P. (1969). *Conversaciones con Lévi-Strauss, Foucault y Lacan*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R., Rendueles, G., Donzelot, J. & Álvarez-Uría, F. (2006). *Pensar y resistir. la sociología crítica después de Foucault*. Madrid: Circulo de Bellas Artes.

- Castledine, G. (2005). Nurses must strengthen the nurse/patient relationship. *British Journal of Nursing*, 14, 55.
- Castro Orellana, R. (2004). *Ética para un rostro de arena: Michel Foucault y el cuidado de la libertad*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Castro, E. (1995). *Pensar a Foucault: Interrogantes de la arqueología del saber*. Buenos Aires: Biblos.
- Castro, R. (2002). Biopoder y nuevas formas de subjetividad. *Política en América latina*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision making in the medical encounter: What does it mean?, *Social Science & Medicine*, 44, 681-692.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision making in the physician-patient encounter: Revising the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651-661.
- Cheek, J. (2000). Thinking and researching poststructurally. In J. Cheek (Ed.), *Postmodern and poststructural approaches to nursing research*. Sage publications: Thousand Oaks.
- Cheek, J. (2004). At the margins? discourse analysis and qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1140-1150.
- Cheek, J. & Porter, S. (1997). Reviewing Foucault: Possibilities and problems for nursing and health care. *Nursing Inquiry*, 4, 108-119.
- Cheek, J. & Rudge, T. (1993). The power of normalisation: Foucauldian perspectives on contemporary Australian health care practices. *Australian Journal of Social Issues*, 28, 271-284.
- Chesla, C. A. & Stannard, D. (1997). Breakdown in the nursing care of families in the ICU. *American Journal Critical Care*, 6, 64-71.
- Chiu, L., Tang, K., Liu, Y., Shyu, W., Chang, T. & Chen, T. J. (1998). Consistency between preference and use of long-term care among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 15(5), 379-386.

- Clarke, J. & Newman, J. (1997). *The managerial state*. London: Sage.
- Clouser, K. & Gert, B. (1990). 'A critique of principlism'. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 219–236.
- Coenen, A. (2003). Guest editorial: Building a unified nursing language system- the ICNP. *International Nursing Review*, 30(2), 65-66.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Alicante: San Vicente del Raspeig: Publicaciones Universidad de Alicante.
- Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears. (2012). *Manifiesto de la comisión deontológica del COIBA*. Palma de Mallorca: COIBA.
- Comité español de representantes de personas con discapacidad (CERMI). (2009). *El impacto de la crisis económica en las personas con discapacidad y sus familias*. Madrid: CERMI.
- Conrad, P. & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. St Louis: Praeger.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
- Consejo internacional de enfermeras. (2005). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra: CIE.
- Conway, E. (2011). Warning: Economics may seriously damage your health. *Kennedy School Review*, 11, 140-143.
- Coombs, M. & Ersser, J. (2004). Medical hegemony in decision-making – a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 245-252.
- Corvez, M. (1969). *Los estructuralistas: Foucault, lacan, levi-strauss, althuser y otros*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Couzens, D. (1988). *Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Cribb, A. & Entwistle, M. A. (2011). Shared decision making: Trade-offs between narrower and broader conceptions. *Health Expectations*, 14, 210-219.
- Crowe, M. & Carlyle, D. (2003). Deconstructing risk assessment and management in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 19-26.
- Crowe, M. (1998). The power of the word: Some post-structural considerations of qualitative approaches in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 339-344.
- Crowe, M. (2000). The nurse patient relationship: A consideration of its discursive context. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 962-7.
- Crowe, M. (2005). Discourse analysis: Towards an understanding of its place in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 55-63.
- Cruces, G., Glümann, P. & Calva, L. F. L. (2012). Economic crises, material and infant mortality, low birth weight and enrollment rates: Evidence from Argentina's downturns. *World Development*, 40(2), 303-314.
- Davidson, A. (1988). *Arqueología, genealogía, ética. Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Davies, M. & Elwyn, G. (2008). Advocating mandatory patient 'autonomy' in healthcare: Adverse reactions and side effects. *Health Care Analysis*, 16, 315-28.
- De Andrés, J. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Atención Primaria*, 25(1), 42-46.
- De Grazia, D. (1992). Moving forward in bioethical theory: Theories, cases and specified principlism, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 17, 511-539.
- De La Higuera, J. (1999). *Michel Foucault: La filosofía como crítica*. Granada: Comares.
- De los Reyes López, M., Pérez Gómez, J. M., García Olmos, P., Borrell Carrió, F. & Gracia Guillem, D. (2001). Relaciones entre profesionales sanitarios. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 117, 339-350.
- De Pedro Gómez, J. & Artigues Vives, G. (2008). Los profesionales de enfermería soportan los modelos organizacionales, los pacientes los sufren. *Evidentia*, 5(23), 12-25.

- De Pedro Gómez, J. & Sales Girona, D. (2007). La autonomía del paciente es una prioridad para la enfermera. ¿Por qué no lo es para el paciente ni para el médico? *Evidentia*, 4(16), 1-12.
- De Pedro Gómez, J. E. & Morales Asensio, J. M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index de Enfermería*, 13(46), 32-50.
- De Vries, M. W., Berg, R. L. & Lipkin, M. (1982). *The use and abuse of medicine*. Praeger: New York.
- Deeny, K. & McGuigan, M. (1999). The value of the nurse-patient relationship in the care of cancer patients. *Nursing Standard*, 13, 45-47.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós.
- Deleuze, G. (1995a). ¿Qué es un dispositivo? In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (1995b). Deseo y placer. *Rev Archipiélago. Cuadernos De Crítica a La Cultura*, 23, 21-26.
- Deleuze, G. (1995c). Hender las cosas, hender las palabras. In G. Deleuze (Ed.), *Conversaciones*. Valencia: Pre-Textos.
- Deleuze, G. (1995d). Un retrato de Foucault. In G. Deleuze (Ed.), *Conversaciones*. Valencia: Pre-Textos.
- Delruelle, E. (2004). *Métamorphoses du sujet: L'Éthique philosophique de socrate à Foucault*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Denzin, N. (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage publications.
- Denzin, N. K. (2003). *Strategies of qualitative inquiry*. London: Sage Publications.
- Department of Health UK. (1999). *Making a difference. strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and healthcare*. United Kingdom: Department of Health UK.

- Derrida, J. (1989). «Il faut bien manger» ou le calcul du sujet. *Cahiers confrontation*, 20, 91-114.
- Descombes, V. (1982). *Lo mismo y lo otro*. Madrid: Cátedra.
- Devereux, P. M. (1981). Essential elements of nursephysician collaboration. *Journal of Nursing Administration*, 11(5), 19-23.
- Díaz, E. (1995). *La filosofía de Michel Foucault*. Buenos Aires: Biblos.
- Dingwall, R. & McIntosh, J. (1978). *Reading in sociology of nursing*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Dodwell, D. (2008). Kalevala or keats: Poetic traditions as a model for multidisciplinary miscommunication and team splitting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(7), 547-551.
- Dodwell, P. C. (1992). Perspectives and transformations. *Canadian Journal of Psychology*, 46(4), 510.
- Doering, L. (1992). Power and knowledge in nursing: A feminist poststructuralist view. *Advanced Nursing Science*, 14(4), 24-33.
- Donchin, A. (2000a). Autonomy and interdependence: Quandaries in genetic decision making in relational autonomy. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. (pp. 236-58.). New York: Oxford University Press.
- Donchin, A. (2000b). Autonomy, interdependence, and assisted suicide: Respecting boundaries/crossing lines. *Bioethics*, 14, 187-204.
- Donchin, A. (2001). Understanding autonomy relationally: Toward a reconfiguration of bioethical principles. *Journal of Medicine Philosophy*, 26, 365-86.
- Donnelly, M. (1995). *Sobre los diversos usos de la noción de biopoder*. Barcelona: Gedisa.
- Doolin, B. & Lawrence, S. (1997). Managerialism, information technology and health reform in New Zeland. *Interanational Journal of Public Sector Management*, 10(2), 108-128.

- Dowie, J. (2002). The role of patients_ meta-preferences in the design and evaluation of decision-support systems. *Health Expectations*, 5, 16–27.
- Dreyfus, H. L. & Rabinow, P. (1992). *Michel Foucault. beyond structuralism and hermeneutics..* United States of America: The University of Chicago Press.
- Dreyfus, H. & Rabinow, P. (1988). *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica.* México: Universidad Nacional Autónoma.
- Drinka, T. & Clark, P. (2000). *Health care teamwork, interdisciplinary practice and teaching.* Westport: CT.
- Duke, G., Yarbrough, S. & Pang, K. (2009). The patient self-determination, act: 20 years revisited. *Journal of Nursing Law*, 13(4), 114-123.
- Dupree, C. Y. (2000). The attitudes of black americans toward advance directives. *Journal of Transcultural Nursing*, 11, 12–18.
- Dzurec, L. (1995). Poststructuralist science: An historical account of profound visibility. In A. Omery, & Kasper, C. E. & Page, G. G. (Eds.), *Search of nursing science* (pp. 233-244). Newbry Park: Sage Publication.
- Dzurec, L. (2003). Poststructuralist musings on the mind/Body question in health care. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 63-79.
- EAPN. (2009). El impacto de la crisis en la pobreza y exclusión social. Retrieved 27/09, 2009, from http://www.unaf.org/descargas/2009/10_17_09_eapn_es_impacto_crisis_pobreza.pdf.
- Ehnfors, M., Enhrenberg, A. & Rhorell-Ekstrand, I. (2000). *The 25 VIPS-book. A research based model for nursing documentation in patient record. FoU 48.* Stockholm: Vårdförbundet.
- Elden, S. (2001). *Mapping the present: Heidegger, Foucault and the project of spatial history.* New York: Continuum.
- Elliot, M. A. & Turrell, A. R. (1996). Dilemmas for the empowering nurse. *Journal of Nursing Management*, 4, 273-279.

- Ellis, J. (2000). Sharing the evidence: Clinical practice benchmarking to improve continuously the quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 215-225.
- Elston, M. A. (1991). Medical work in america: Essays on health care (book). *Sociology*, 25(1), 159-160.
- Emmanuel, E. J. & Emmanuel, L. L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267, 2221–2224.
- Entwistle, V. A., Carter, S. A., Cribb, A. & McCaffery, K. (2010). Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 25, 471-5.
- Epstein, D. & Johnson, R. (2000). *Sexualidades e institución escolar*. Madrid: Ediciones Morata.
- Epstein, R. M. & Peters, E. (2009). Beyond information: Exploring patients preferences. *Journal of the American Medical Association*, 302, 195–197.
- Eribon, D. (1992). *Michel Foucault*. Barcelona: Anagrama.
- Eribon, D. (1995). *Michel Foucault y sus contemporáneos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Eribon, D. (2001). *Reflexiones sobre la cuestión gay*. Barcelona: Anagrama.
- Eribon, D. (2004). *El infrecuente Michel Foucault: Renovación del pensamiento crítico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Espin, C. (2002). A sculpture for living in. *Interior Design*, 73(8), 164.
- Esposito, L. (1995). The effects of medication education in adherence to medication regimens in an elderly population. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 935-943.
- Estrada Lorenzo, J. M., Poza Sanz, M. A., Sánchez Gómez, C., & Lázaro y de Mercado, P. (1997). Ventajas de la metodología cualitativa. *INFORSALUD 97. 2º Congreso Nacional De Informática De La Salud*, Madrid.
- Esu, B. & Inyang, B. (2011). Impacts of the global economic crisis on the consumption of psychiatric nursing services in Nigeria. *Journal of Health Management*, 13(3), 241-257.

- European Anti Poverty Network. (2009). El impacto de la crisis en la pobreza y exclusión social. Retrieved 9/27, 2009, from http://www.unaf.org/descargas/2009/10_17_09_eapn_es_impacto_crisis_pobreza.pdf.
- Eustis, N. N., Kane, R. A. & Fischer, L. R. (1993). Home care quality and home care worker: Beyond quality assurance as usual. *The Gerontologist*, 33, 64-73.
- Ewald, F. (1995). Un poder sin un afuera. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Fairclough, N. (2001). *Language and power*. London: Longman.
- Fajardo, M. & Germán, B. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, 13(46), 9-12.
- Falk-Rafael, A. R. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of empowered caring. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 1-16.
- Fellowes, D., Wilkinson, S. & Moore, P. (2008). Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales con pacientes con cáncer, sus familias y cuidadores. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2(2), 1-19.
- Fernández Agis, D. (1995). *Después de Foucault: Ética y política en los confines de la modernidad*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad, Servicio de Publicaciones.
- Fernández Liria, C. (1992). *Sin vigilancia y sin castigo: Una discusión con Michel Foucault*. Madrid: Libertarias.
- Finlay, L. (2005). Powerful relationship. *Nursing Management*, 12, 32-35.
- Forchuk, C. (1995). Development of nurse-client relationships: What helps? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1, 146-153.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica* (2nd ed.). Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas* [*Les Mots et les Choses. Une Archéologie des Sciences Humaines*]. México: Siglo veintiuno.

Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber [L'Archéologie du Savoir]*. México: Siglo veintiuno.

Foucault, M. (1972). *Nietzsche, Freud y Marx*. Barcelona: Anagrama.

Foucault, M. (1973a). *El orden del discurso. [L' Ordre du Discours]*. Barcelona: Tusquets.

Foucault, M. (1973b). *Raymond Roussel [Raymond Rousel]*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (1976a). ¿Crisis de un modelo de medicina?. conferencia del año 1974 en la universidad de Río de Janeiro. *Revista Centroamericana De Ciencias De La Salud*, 3

Foucault, M. (1976b). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. [Surveiller et Punir. Naissance de la Prison]*. México: Siglo veintiuno.

Foucault, M. (1976c). *Yo, pierre rivièrè habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano [Moi Pierre Rivière, ayant égorgé ma Mère, ma Soeur et mon Frère. Un Cas de Parricide au XIX Siècle]*. Barcelona: Busquets.

Foucault, M. (1977a). «El nacimiento de la medicina social». Conferencia del año 1974 en la universidad de Río de Janeiro. *Revista Centroamericana De Ciencias De La Salud*, 6

Foucault, M. (1977b). *Historia de la sexualidad. vol. 1: La voluntad de saber [La Volonté de Savoir. Histoire de la Sexualité, Tome I]*. México: Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (1978a). La incorporación del hospital en la tecnología moderna. Conferencia de 1974 en la Universidad de Río de Janeiro. 10.

Foucault, M. (1978b). *Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. [Les Rapports de Pouvoir passent a l'Intérieur des Corps]*. Conversación con Lucette Finas]. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.

Foucault, M. (1978c). *Poder, cuerpo. Microfísica del poder [«Pouvoir et Corps»]*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.

Foucault, M. (1978d). *Poderes y estrategias. Microfísica del poder [«Pouvoirs et Stratégies»]*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.

- Foucault, M. (1980a). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1980b). Truth and power. In C. Gordon (Ed.), *Michel Foucault: Power/knowledge* (pp. 109-133). Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1981a). «Colloqui con foucault». *Conversación Con Duccio Trombadori. Salerno*.
- Foucault, M. (1981b). *Esto no es una pipa. [Ceci n'est pas une Pipe]*. Barcelona: Anagrama.
- Foucault, M. (1984a). Archaeology of a passion. *Raymond Rousset, Death and the Labyrinth*, New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1984b). *Politics and ethics: An interview. The Foucault Reader. An Introduction to Foucault's Thought*, New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1985). *Herculine barbin llamada alexina B. [Herculine Barbin dite Alexina B.]*. Madrid: Revolución.
- Foucault, M. (1986). *Historia de la sexualidad. vol. 2: El uso de los placeres. [L' Usage des Plaisirs. Histoire de la Sexualité]*. México: Siglo veintiuno.
- Foucault, M. (1987a). *El poder y la norma*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Foucault, M. (1987b). *Historia de la sexualidad. vol. 3: La inquietud de Sí [Le Souci de Soi. Histoire de la Sexualité, Tome III]*. México: Siglo veintiuno.
- Foucault, M. (1987c). *La liberté de savoir*. París: PUF.
- Foucault, M. (1988a). El sujeto y el poder. *Más allá del Estructuralismo y la hermenéutica [The Subject and Power]*. México: Universidad Nacional Autónoma.
- Foucault, M. (1988b). *Encierro, psiquiatría, prisión. Un diálogo sobre el poder [«Enfermement, Psychiatrie, Prison: Dialogue avec Michel Foucault et David Cooper»]*. Madrid: Alianza.

- Foucault, M. (1988c). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. [«Nietzsche, la Généalogie, l'Histoire»]. Valencia: Pre-Textos.
- Foucault, M. (1988d). *Sobre la genealogía de la ética. Foucault y la ética* [On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress]. Buenos Aires: Biblos.
- Foucault, M. (1989). *Cogito e historia de la locura. La escritura y la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- Foucault, M. (1990a). «*Omnes et singulatim. Hacia una crítica de la razón política*». *La vida de los hombres infames* [«Omnes et Singulatim: Towards a Criticism of "Political Reason"»] Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1990b). *Foucault y la ética*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (1990c). *Tecnologías del yo* [Technologies of the Self]. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1990d). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1991a). *A propósito de las palabras y las cosas. Saber y verdad*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1991b). «*El combate de la castidad*». *Saber y verdad* [«Le Combat de la Chasteté»]. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1991c). *Seguridad social: Un sistema finito frente a una demanda infinita. Saber y verdad* [Un Système Fini face a une Demande Infinie]. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1992). *Los intelectuales y el poder. Estrategias de poder. obras esenciales – vol. II*. [«Les Intellectuels et le Pouvoir»]. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1994). Verdad y poder. Diálogo con M. Fontana. In M. Morey (Ed.), *Michel Foucault. Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 128-145). Barcelona: Altaya.
- Foucault, M. (1995a). *¿Qué es un dispositivo?* [Michel Foucault, Filósofo]. Barcelona: Gedisa.

- Foucault, M. (1995b). *Philosophy as way of life: Spiritual exercises from socrates to Foucault*. New York: Blackwell.
- Foucault, M. (1996a). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1996b). *La cuestión del método. Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1996c). *Introducción. De lenguaje y literatura*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1996d). *Verdad, individuo y poder. Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1998). *Genealogía y sociología*. Buenos Aires: El Cielo por Asalto.
- Foucault, M. (1999a). *¿Qué es un autor? Entre filosofía y literatura. obras esenciales – vol. I. [«Qu'est-ce qu'un Auteur?»]*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999b). *«De la arqueología a la dinástica». Estrategias de poder. Obras esenciales – vol. II. [«Archeologie Kara Dynastique He»]*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999c). *Diálogo sobre el poder. Estética, ética y hermenéutica. obras esenciales – vol III. [«Dialogue on Power»]*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999d). *El filósofo enmascarado. Estética, ética y hermenéutica. obras esenciales – vol. III. [«Le Philosophe Masqué»]*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999e). *La escena de la filosofía. Estética, ética y hermenéutica. obras esenciales – vol III. Barcelona: Paidós.*
- Foucault, M. (1999f). *La filosofía analítica de la política. Estética, ética y hermenéutica. obras esenciales – vol. III. [«Gendai no Kenryoku wo Tou»]*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999g). *La gubernamentalidad. Estética, ética y hermenéutica. obras esenciales – vol. III. [«La Governamentalità»]*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999h). *Las mallas del poder. Estética, ética y hermenéutica. obras esenciales – vol III. [«As Malhas do Poder»]*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999i). *El cuidado de la verdad. Estética, ética y hermenéutica [Le Souci de la Vérité]*. Barcelona: Paidós.

- Foucault, M. (1999j). *La ética del cuidado de Sí como práctica de la libertad. Estética, ética y hermenéutica* [L'Ethique du Souci de Soi comme Pratique de la Liberté]. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2001a). *El nacimiento de la clínica. una arqueología de la mirada médica* (20th ed.). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001b). *La arqueología del saber* (20th ed.). México: Siglo XIX.
- Foucault, M. (2001c). *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta.
- Foucault, M. (2002a). *La hermenéutica del sujeto. curso en el colegio de francia (1981-1982)* [L'Herméneutique du Sujet. Cours au Collège de France, 1981- 1982]. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002b). *El orden del discurso*. Barcelona: Fábula Tusquets.
- Foucault, M. (2004). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad. la voluntad del saber* (30th ed.). Argentina: Siglo XXI.
- Fox, N. J. (2000). Is there life after Foucault? In A. Petersen & R. Bunton (Eds.), *Foucault. health and medicine* (pp. 31-50). London: Routledge.
- Francis, B. (2000). Poststructuralism and nursing: Uncomfortable bedfellows? *Nursing Inquiry*, 7(1), 20-28.
- Fraser, N. (1997). *Justice interrupts*. New York: Routledge.
- Freire Costa, J. (1995). O sujeito em foucault: Estética da existência ou experimento moral? *Tempo Social. Revista De Sociología De La Universidad De Sao Paulo*, 7.
- Freire Costa, J. (1999). Foucault e a terapéutica dos prazeres. *Ágora*, 1.
- Friedenberg, R. M. (2003). Patient-doctor relationships. *Radiology*, 226, 306-8.
- Gabilondo, A. (1990). *El discurso en acción. Foucault y una ontología del presente*. Barcelona: Antrhopos.

- Gafni, A. & Charles, C. (2009). The physician–patient encounter: An agency relationship? In A. Edwards, & G. Elwyn (Eds.), *Shared decision-making in healthcare: Achieving evidence-based patient choice* (2nd ed. pp. 73–78). Oxford: Oxford University Press.
- García Marco, M. I., López Ibort, M. N. & Vicente, M. J. (2004). Reflexiones en torno a la relación terapéutica: ¿Falta de tiempo? *Index de Enfermería*, 13(47), 12-19.
- Gastaldo, D. & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: A history of the present. *Nursing Inquiry*, 6(4), 231-240.
- Gauna, A. (2001). *El proyecto político de Michel Foucault: Estrategias para la cultura venezolana*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Georges, J. M. (2003). An emerging discourse. towards epistemic diversity in nursing. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 44-52.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco, T. (1993). *Through the patient's eyes*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Giddens, A. (1989). *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Gideens, A. (1977). *Studies in social and political theory*. London: Hutchinson.
- Gideens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Gilberg, T. P. (2005). Trust and managerialism: Exploring discourses of care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 454-463.
- Gilbert, T. (1995). Nursing: Empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 865-871.
- Gillet, G. (2008). Autonomy and selfishness. *Lancet*, 372, 1214–5.
- Gilmoore, M. B. & Hunt, M. (1974). In Council For the Education and Training of Health Visitors (Ed.), *The work of the nursing team in general practice*. London: Council For the Education and Training of Health Visitors.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (1967). *Discovery of grounded theory. strategies for qualitative research*. New Jersey: Sociology Press.

- Glücksman, A. (1995). El nihilismo de Michel Foucault. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.
- Gómez Pardo, R. (1992). La problemática ética en la obra de Michel Foucault. *Ideas y valores* (pp. 87-88). Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- González García, G. (2001). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 9(6), 406-412.
- González Ortega, Y. (2007). La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Arquichan*, 7(2), 530-531.
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: El método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117(1), 18-23.
- Green, R. (1990). «Method in bioethics: A trouble assessment». *Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 179-197.
- Greenberg, M. (2003). Therapeutic play: Developing humour in the nurse-patient relationship. *Journal of the New York State Nurses Association*, 34, 25-31.
- Gros, F. (2002). *Situación del curso (1982). La hermenéutica del sujeto. Curso en el collège de france (1981-1982)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. In C. Denman, & J. Haro (Eds.), *Por los rincones. antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Sonora: Colegio de Sonora.
- Gudmundsdottir, D. (2012). The impact of economic crisis on happiness. *Social Indicators Research*, 20120101(number preprint), 1-19, 19p.
- Guedez, A. (1976). *Lo racional y lo irracional. introducción al pensamiento de Michel Foucault*. Buenos Aires: Paidós.
- Habermas, J. (1989). *El discurso filosófico de la modernidad*. Madrid: Taurus.
- Hacking, I. (1988). Mejora de uno mismo. In D. Couzens (Ed.), *Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Hadot, P. (1995). Reflexiones sobre la noción de cultivo de Sí mismo. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Hallet, C. E., Austin, L., Caress, A. & Luker, K. A. (2000). Community nurses' perceptions of patient «compliance» in wound care: A discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 115-123.
- Halperin, D. (2004). *San Foucault*. Buenos Aires: Ediciones Literales.
- Ham, C. (1992). *Health policy in Britain: The politics and organization of the NHS* (3rd ed.). London: Macmillan.
- Hamilton, B. & Manias, E. (2006). *She's manipulative and he's right off: A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 84-92.
- Hammersley, M. (1997). On the foundations of critical discourse analysis. *Language and Communication*, 17, 237-248.
- Hansson, A., Foldevi, M. & Mattsson, B. (2009). Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurses – a comparison between two Swedish universities. *Journal of Interprofessional Care*, 0, 1-9.
- Hardwig, J. (1990). What about the family? *Hastings Cent Rep*, 20, 5-10.
- Hardy, S., Garbett, R., Titchen, A. & Manley, K. (2002). Exploring nursing expertise: Nurses talk nursing. *Nursing Inquiry*, 9(3), 196-202.
- Harper, D. J. (1994). The professional construction of 'paranoia' and the discursive use of diagnostic criteria. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 131-134.
- Hart, N. (1985). *The sociology of health and medicine*. Lancashire: Causeway Books.
- Hau, W. W. (2004). Caring holistically within new managerialism. *Nursing Inquiry*, 11(19), 2-13.
- Heifner, C. (1993). Positive connectedness in the psychiatric nurse-patient relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 11-15.

- Henderson, A. (1994). Power and knowledge in nursing practice: The contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 935-939.
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: A potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 501-508.
- Henst, J. A. V. (1997). Client empowerment: A nursing challenge. *Clinical Nurse Specialist*, 11, 96-99.
- Heslop, L. (1997). The (im)possibilities of poststructuralist and critical social nursing inquiry. *Nursing Inquiry*, 4, 48-56.
- Hess, J. D. (1996). The ethics of compliance: A dialectic. *Advances in Nursing Science*, 19, 18-27.
- Hewison, A. (1995). Nurse's power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 75-82.
- Higgs, J. & Titchen, A. (2001). *Practice knowledge and expertise in the health professions*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Ho, A. (2008). Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 128-135.
- Holm, S. (1993). What is wrong with compliance? *Journal of Medical Ethics*, 19, 108-110.
- Holmes, D. (2002). Police and pastoral power: Governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry*, 9(2), 84-92.
- Hopenhayn, M. (1997). *Después del nihilismo: De Nietzsche a Foucault*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Horsfall, J. & Cleary, M. (2000). Discourse analysis of an 'observation levels' nursing policy. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1291-1297.
- Hoy, D. (1988). *Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hubert, L. & Dreyfus, R. P. (1988). *Sobre la genealogía de la ética: Entrevista a Michel Foucault*. In T. Abraham, E. Chibán, C. Ferrer, G. Maella, C. Morello & Páez, A. & Uhart, H. (Eds.), *Foucault y la ética*. Buenos Aires: Docencia.

- Huisman, D. (1984). *Dictionnaire des philosophes*. Paris: PUF.
- Huizing, E., López Alonso, S. R., Lacida Baro, M. & Pérez Hernández, R. M. (2005). Estrategias de mejora de los cuidados enfermeros en salud mental en Andalucía. *Presencia*, 1(1). Retrieved 27/09/2010, from <http://www.index-f.com/presencia/n1/13articulo.php>.
- Hunt, J. M. (1996). Barriers to research utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 423-425.
- Hunter, D. (2001). From tribalism to corporatism: The managerial challenge to medical dominance. In Purdy, M. & Banks, D. (Ed.), *In the sociology and politics of health: A reader*. London: Routledge.
- Hurtado Valero, P. (1994). *Michel Foucault: Un proyecto de ontología histórica*. Málaga: Ágora.
- Iliopoulou, K. K. & While, A. E. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: Survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2520-2531.
- Indieke, M. (2001). Practice points. Standardized nursing language documents nurse value. *Minnesota Nursing Accent*, 73, 3.
- Inglott, R. (1999). La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental. *Revista De La Asociación De Especialistas En Neuropsiquiatría*, 19(70), 209-223.
- Jalón, M. (1994). *El laboratorio de Foucault: Descifrar y ordenar*. Barcelona: Anthropos.
- Jaramillo Echeverri, L., Pinilla Zuluaga, C., Duque Hoyos, M. & González Duque, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de enfermería. *Index de Enfermería*, 13(46), 27-32.
- Jarauta, F. (1979). *La filosofía y su otro*. Valencia: Pre-Textos.
- Jecker, N. (1993). Being a burden on others. *Journal of Clinical Ethics*, 4, 16-20.
- Jewell, S. E. (1994). Patient-participation: What does it mean to nurses? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 433-438.

- Jommi, C., Cantu, E. & Anessi-Pessina, E. (2001). New funding arrangement in the Italian national health service. *International Journal of Health Planning and Management*, 16(4), 347-368.
- Jonsen, A. (1990). *The new medicine and the old ethics*. London: Harvard University Press.
- Kelly, M. (1998). *Critique and power: Recasting the Foucault/Habermas debate*. London: MIT Press.
- Kendall, G. (2000). *Using Foucault's methods*. London: SAGE.
- Kenway, J. (2001). La educación y el discurso político de la nueva derecha. In S. J. Ball (Ed.), *Foucault y la educación. disciplinas y saber* (pp. 169-208). Madrid: Morata.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kimchi, J., Polivka, B. & Stevenson, J. S. (1991). Triangulation: Operational definitions. *Rev Nursing Research*, 40(6), 364-366.
- Kincheloe, J., & McLaren, P. (2003). Rethinking critical theory and qualitative research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research. theories and sigues* (pp. 279-314). Thousand Oaks: Sage publications.
- King, M. B. (1990). Clinical nurse specialist collaboration with physicians. *Clinical Nurse Specialist*, 4(4), 172-177.
- Kleiman, S., Frederickson, K. & Lundy, T. (2004). Using an electric model to educate students about cultural influences on the nurse-patient relationship. *Nursing Education Perspectives*, 25, 249-253.
- Knott, M. & Latter, S. (1999). Help or hindrance: Single unsupported mothers' perceptions of health visiting. *Journal Of Advanced Nursing*, 30, 580-588.
- Krairiksh, M. & Anthony, M. K. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. *Journal of Nursing Administration*, 31(1), 16-23.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago & Londres: University of Chicago Press.

- Kukla, R. (2005). Conscientious autonomy: Displacing decisions in healthcare. *Hastings Center Report*, 35(2), 34-44.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-241.
- Kurzweil, E. (1979). *Michel Foucault: Acabar la era del hombre*. Valencia: Teorema.
- Kvarnström, S. & Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 244-252.
- Labonté, R. & Schrecker, T. (2007). Globalization and social determinants of health: The role of the global marketplace (part 2 of 3). *Globalization and Health*, 3(6), 1-17.
- Lanceros, P. (1996). *Avatares del hombre: El pensamiento de Michel Foucault*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Lang, T. A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P. S. & Kravitz, R. L. (2004). Nurse-patient ratios A. systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 326-337.
- Langan, M. (1998). The personal social services. In Ellison, N. & Pierson, C. (Ed.), *Developments in british social policy* (pp. 60-72). Basingstoke: Macmillan.
- Lanzieri, G. (2012). *Population and social condition*. Luxembourg: Eurostat.
- Larrauri, M. (1999). *Anarqueología: Teoría de la verdad en Michel Foucault*. Valencia: Ediciones Episteme.
- Larrosa, J. (1995). *Escuela, poder y subjetivación*. Madrid: Editorial La Piqueta.
- Laschinger, H. K. S., & Finegan, J. & Shamian, J. (2001). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economist*, 19, 42-52.
- Le Blanc, J. (2004). *L'archeologie du savoir de michel foucault pour penser le corps sexue autrement*. Paris: Harmattan.
- Leathard, A. (1994). *Going inter-professional: Working together for health and welfare*. London: Routledge.

- Lebrun, G. (1999). Nota sobre la fenomenología contenida en *las palabras y las cosas*. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Leclercq, S. (2004). *L'abécédaire de michel foucault*. Paris: Vrin.
- Lecourt, D. (1970). Sur l'archéologie du savoir. Blauberg: La Pensée, 152
- Lecourt, D. (1973). *Para una crítica de la epistemología*. México: Siglo XXI.
- Leininger, M. (1996). Culture care theory, research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 71-78.
- Levine, C. & Zuckerman, C. (1999). The trouble with families: Toward an ethic of accommodation. *Annals of Internal Medicine*, 130, 148-52.
- Ley General de Sanidad. España. Ministerio de Salud. (1986). Madrid.
- Liaschenko, J. (1944). The moral geography of home care. *Advances in Nursing Sciences*, 17, 16-26.
- Liaschenko, J. & Peter, E. (2004). Nursing ethics and conceptualizations of nursing: Profession, practice and work. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 488-495.
- Lingard, L., Garwood, K., Schryer, C. & Spafford, M. (2003). A certain art of uncertainty: Case presentations and the development of professional identity. *Social Science and Medicine*, 56, 603-616.
- Little, M., Jordens, C. & Sayers, E. (2003). Discourse communities and the discourse of experience. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 7(1), 73-86.
- Llano Reguera, J., Estrada Lorenzo, J., Blanco Pérez, A., Gálvez Toro, A., Poyatos Huertas, E. & Grupo BDIE. (2000). Localizando la evidencia: Las revistas de enfermería en las bibliotecas de hospital en España. *Index de Enfermería*, 9(28-29), 92-93.
- López Ferrero, C. (2002). Aproximación al análisis de los discursos profesionales. *Revista Signos*, 35(51-52), 195-215.

- López, C. (1998). Aproximación a la cuestión del Sí mismo en el pensamiento foucaultiano. *Revista Agora*, 17(1)
- López, P. & Muñoz, J. (2000). *La impaciencia de la libertad: Michel Foucault y lo político*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lowenberg, J. S. (2003). The nurse-client relationship in a stress management clinic. *Holistic Nursing Practice*, 17, 99-109.
- Luhmann, N. (1979). *Trust and power*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Luker, K. A., Austin, L., Caress, A. & Hallet, C. E. (2000). The importance of «Knowing the patient nurses» construction of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 775-782.
- Lunardi, V. L., Lunardi Filho, W. D., Silveira, R. S., Silva, M. R. S., Svaldi, J. S. D. & Bulhosa, M. S. (2007). Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 15(3), 493-7.
- Lunardi, V. L., Peter, E. & Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16(5), 268-275.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage publications.
- Macherey, P. (1995). Sobre una historia natural de las normas. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Mackenzie, C. & Stoljar, N. (2000). *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency and the social self*. New York: Oxford University Press.
- Maella, G. (1988). El uso de los placeres. In T. Abraham, E. Chibán, C. Ferrer, G. Maella, C. Morello & Páez, A. & Uhart, H. (Eds.), *Foucault y la ética*. Buenos Aires: Docencia.
- Maiz, R. (1987a). *Discurso, poder, sujeto. lecturas sobre Michel Foucault*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Maiz, R. (1987b). Sujeción/Subjetivación: Análítica del poder y genealogía del individuo moderno en Michel Foucault. In Ramón Máiz (Ed.), *Discurso, poder, sujeto*.

lecturas sobre Michel Foucault. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Makoul, J. & Clayman, M. (2006). An integrate model of shared decision-making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 60, 301-3012.

Manias, E. & Street, A. (2000). Possibilities for critical social theory and Foucault's work: A toolbox approach. *Nursing Inquiry*, 7, 50-60.

Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(1), 14p.

Mappes, T. & Zembaty, J. (1994). Patient choices, family interests, and physician obligations. *Kennedy Institute of Ethics*, 4, 27-46.

Marcus, A., & Harding, M. & Lamarche, C. (2011). Quantifying the impact of economic crises on infant mortality in advanced economies. *Applied Economics*, 42(24), 3313-3323.

Marinker, M. (1997). The current status of compliance. *European Respiratory Review*, 8, 235-238.

Mark, B. A., Salyer, J. & Wan, T. T. (2003). Professional nursing practice: Impact on organizational and patient outcomes. *JONA: Journal of Nursing Administration*, 33(4), 224-34.

Martínez, F. (1995). *Las ontologías de Michel Foucault*. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas.

Mason, J. (1996). *Qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.

May, T. (1993). *Between genealogy and epistemology. psychology, politics and knowledge in the thought of Michel Foucault*. United States of America. Pennsylvania State: University Press.

Mayall, B. (1986). *Keeping children healthy: The role of mothers and professionals*. London: Allen & Unwin.

McCann, T. V. & Baker, H. (2001). Mutual relating: Developing interpersonal relationship in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 530-537.

- McCormick, K., Logan, C., Coenen, A., Ehnfors, M., Entwistle, M., Bakken, S., & Carr, R. (2000). *Vision for the future: Health informatics a key to evidence based future for healthy people in a healthy world*. (pp. 110-114). Auckland, New Zealand: Premier Print.
- McGarry, J. (2003). The essence of «community» within community nursing: A district nursing perspective. *Health and Social Care in the Community*, 11, 423-430.
- McGrath, P. (1998). Autonomy, discourse and power: A postmodern reflection on principlism and bioethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 23(5), 516-532.
- McHoul, A. & Grace, W. (1993). *A foucault primer: Discourse, power and the subject*. Carlton, Vic: Melbourne University Press.
- McMurtry, A. (2009). Complexity, collective learning and the education of interprofessional health teams: Insights from a university-level course. *Journal Interprofessional Care*, 0, 1-10.
- McWilliam, C. L., Ward-Griffin, C., Sweetland, D., Sutherland, C. & O'Halloran, L. (2001). The experience of empowerment in in-home services delivery. *Home Health Care Services Quarterly*, 20, 49-71.
- McWorther, L. (1999). *Bodies and pleasures: Foucault and the politics of sexual normalization*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. la enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Meyer, D. E. (2005). Educação, saúde e politização da maternidade. In R. M. Hessel (Ed.), *Cultura, poder e educação: Um debate sobre os estudos culturais em educação* (pp. 145-164). Canoas: Editora da ULBRA.
- Micieli, C. (2003). *Foucault y la fenomenología: Kant, Husserl, Merleau-Ponty*. Buenos Aires: Biblos.
- Miller, J. (1995). *La pasión de Michel Foucault*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Miró Bonet, M. (2009). *¿Por qué somos como somos?: Continuidades y transformaciones de discursos y relaciones de poder en la construcción de la identidad profesional de*

los/las enfermeros/as en España (1956-1976). (Unpublished Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca).

Miró-Bonet, M., Gastaldo, D. & Gallego Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 19(1), 26-34.

Molina Mula, J. (2011). El sistema sanitario: Efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. *Index de Enfermería*, 20(4), 238-242.

Molina Mula, J. & De Pedro Gómez, J.E. (2013). Impact of the politics of austerity in the quality of healthcare: ethical advice. *Nursing Philosophy*, 14, 53-60.

Montero, M. (2002). Sobre la noción de paradigma. In F. Mercado, D. Gastaldo & C. Calderón (Eds.), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana* (pp. 233-249). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.

Moore, K. N. (1995). Compliance or collaboration? the meaning for the patient. *Nursing Ethics*, 2, 1.

Morales Asencio, J. M., Morilla Herrera, J. C. & Martín Santos, F. J. (2007). ¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos. *Evidentia*, 4(16)

Morales Asencio, J. M., del Río Urenda, S., Terol Fernández, F. J., Gonzalo Jiménez, E., Martín Santos, F. J. & Morilla Herrera, J. C. (2005). Ratios enfermera-paciente: Revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. *Evidentia*, 2(4)

Morse, K. (2001). Case in point? A parasuicide patient's recollections of being nursed: A discourse analysis. *Contemporary Nurse*, 10(3), 234-243.

Moss, J. (1998). *The later Foucault*. London: Sage.

Moumjid, N., Gafni, A., Bremond, A. & Carrere, M. O. (2007). Shared decision making in medical encounter: Are we all talking about the same thing? *Medical Decision Making*, 27, 539-546.

- Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault: Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Murray, S. J. & Holmes, D. (2009). *Critical interventions in the ethics of healthcare*. Burlingong: Ashgate.
- Myers, F. & MacDonald, S. (1996). Power to the people? involving users and cares in needs assessment and care planning- views from the practioner. *Health and Social Care in the Community*, 4, 86-95.
- Navarro, V. (2012). Lo que está en juego. In J. Benach, C. Muntaner & Tarafa, G. & Valverde, C. (Eds.), *La sanidad (y nuestra salud) está en venta* (pp. 3-8). Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nelson, S. (1994). Humanism in nursing: The emergence of the light. *Nursing Inquiry*, 2, 36-46.
- Nelson, W. L., Han, P. K. J., Fagerlin, A., Stefanek, M., & Ubel, P. A. (2007). Rethinking the objectives of decision-aids: A call for conceptual clarity. *Medical Decision-Making*, 27, 609-618.
- Newman, J. (2001). *Modernising governance*. London: Sage.
- Nicholson, R. (1994). Limitations of the four principles. In R. Gillon (Ed.), *Principles of health care ethics* (pp. 267-275). Chichester: John Wiley and Sons.
- Nilson, H. (1998). *Michel Foucault and the games of truth*. New York: St. Martin's Press.
- O' Leary, T. (2002). *Foucault: The art of ethics*. New York: Continuum.
- Observatorio del tercer sector. (2009). La crisis y el tercer sector: Una oportunidad para la transformación social. Retrieved 1/9, 2009, from http://www.tercersector.net/pdf/publicacions/2009-03_crisis_cast.pdf.
- OECD. (2012). *OECD health data 2012*. París: OECD.

- Okin, S. (1997). Families and feminist theory: Some past and present issues. In H. L. Nelson (Ed.), *In feminism and families* (pp. 13-26). New York: Routledge.
- Oliveira, N. (2003). *On the genealogy of modernity: Foucault's social philosophy*. New York: Nova Science Publishers.
- Organización colegial de enfermería de España. (1989). *Código deontológico de la enfermería española*. Madrid: Organización colegial de enfermería.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington: OPS.
- Ortega, F. (1999). *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.
- Osborne, T. (1997). Of health and statecraft. In Petersen, Bunton, R. (Ed.), *Foucault: Health and medicine* (pp. 37-64). London: Routledge.
- Oudshoorn, A. (2005). Power and empowerment: Critical concepts in the nurse-client relationship. *Contemporary Nurse*, 20, 57-66.
- Oudshoorn, A., Ward-Griffin, C. & McWilliam, C. (2007). Client-nurse relationship in home-based palliative care: A critical analysis of power relations. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1435-1443.
- Paavilainen, E. & Astredt-Kuriki, P. (1997). The client-nurse relationship as experienced by public health nurses: Towards better collaboration. *Public Health Nursing*, 14, 137-142.
- Páez, A. (1988). Ética y prácticas sociales. In T. Abraham, E. Chibán, C. Ferrer, G. Maella, C. Morello & Páez, A. & Uhart, H. (Eds.), *Foucault y la ética* (pp. 55-105). Buenos Aires: Docencia.
- Paponi, M. (1997). *Michel Foucault: Historia, problematización del presente*. Buenos Aires: Biblos.
- Parker, L. (1999). Deconstruction and psychotherapy. In I. Parker (Ed.), *Deconstructing psychotherapy*. London: Sage.

- Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5, 35-42.
- Peerson, A. (1995). Foucault and modern medicine. *Nursing Inquiry*, 2, 106-114.
- Pérez Soto, C. (1997). *Adversus Foucault, Laclau, Bataille, Benjamin*. Santiago de Chile: Universidad ARCIS, Centro de Investigaciones Sociales.
- Perkins, H. S., Geppert, C., Gonzales, A., Cortez, J. & Hazuda, H. (2002). Cross-cultural similarities and differences in attitudes about advance care planning. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 48-57.
- Perron, A., Fluet, C. & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: Bio-power and nursing practice. *Journal Advanced of Nursing*, 50(5), 536-44.
- Pietroni, P. C. (1991). Stereotypes or archetypes- a study of perceptions among health care students. *Journal of Social Work Practice*, 5(1), 61-69.
- Pinho, L. B. & Azevedo dos Santos, S. M. (2006). Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Index de Enfermería*, 15(54), 20-24.
- Pizzorno, A. (1995). Foucault y la concepción liberal del individuo. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Popkewitz, T. & Brennan, M. (2000). *El desafío de Foucault: Discurso, conocimiento y poder en la educación*. Barcelona: Pomares-Corredor.
- Porter, S. (1994). New nursing: The road to freedom? *Journal of Advanced Nursing*, 20, 269-274.
- Poster, M. (1987). *Foucault, marxismo e historia*. Barcelona: Paidós.
- Poster, M. (1990). *Foucault, el presente y la historia*. Madrid: Gedisa.
- Powers, P. (1996). Discourse analysis as a methodology for nursing inquiry. *Nursing Inquiry*, 3, 207-217.

- Prior, L. (1997). Following in Foucault's footsteps: Text and context in qualitative research. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research. theory, method and practice* (pp. 73-94). Thousand Oaks: Sage publications.
- Procacci, G. (1986). *Il governo del sociale. Effetto Foucault*. Milan: Feltrinelli.
- Purkis, M. (1994). Entering the field: Intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 31, 315-336.
- Quevedo, A. (2001). *De Foucault a Derrida, pasando fugazmente por Deleuze y Guattari, Lyotard, Baudrillard*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.
- Rabinow, P. (1984). *The Foucault reader. An introduction to Foucault's thought*. New York: Panteon Books.
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M. & Aiken, L. H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in english hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal Nursing Studies*, 44(2), 175-82.
- Rajan, T. (2001). *Deconstruction and the remainders of phenomenology: Sartre, Derrida, Foucault, Baudrillard*. Stanford: Stanford University Press.
- Rajchman, J. (1995). Foucault: La ética y la obra. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Ramesh, M. (2009). Economic crisis and its social impacts: Lessons from the 1997 asian economic crisis. *Global Social Policy 9 (Supplement 2009)*, 79-99.
- Ramió Jofre, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales estudio de la práctica profesional enfermera en catalunya*. (Unpublished Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Ramos, M. C. (1992). The nurse-patient relationship: Theme and variations. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 496-506.
- Ransom, J. (1997). *Foucault's discipline: The politics of subjectivity*. Durham: Duke University Press.

- Rapley, M. & Ridgway, J. (1998). «Quality of life» talk and the corporation of intellectual disability. *Disability and Society*, 13(3), 451-471.
- Rassan, J. (1978). *Michel Foucault: Las palabras y las cosas*. Madrid: Magisterio Español.
- Retsas, A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 599-606.
- Revel, J. (2002). *Le vocabulaire de Foucault*. Paris: Ellipses.
- Riley, R., Manias, E. & Polgase, A. (2006). Governing the surgical count through communication interactions: Implications for patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 369-374.
- Riley, R., Manias, E., & Polglase, A. (2006). Governing the surgical count through communication interactions: Implications for patient safety. *Quality & Safety in Health Care*, 15(5), 369-374.
- Roberts, D. (1996). Reconstructing the patient: Starting with women of color. In S. Wolf (Ed.), *Feminism and bioethics: Beyond reproduction* (pp. 117-25). New York: Oxford University Press.
- Robertson, N. A. (1999). Opportunities and constraints of teamworks. *Journal of Interprofessional Care*, 13(3), 311-318.
- Rochlitz, R. (1995). Estética de la existencia. moral posconvencional y teoría del poder. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Rodríguez, R. (1999). *Foucault y la genealogía de los sexos*. Barcelona: Anthropos.
- Rojas Osorio, C. (1995). *Foucault y el pensamiento contemporáneo*. Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Rojas Osorio, C. (1999). *Hermenéutica del sujeto (HmS)*. Madrid: La Piqueta.
- Rorty, R. (1995). Identidad, moral y autonomía. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.

- Rose, N. & Miller, P. (1992). Political power beyond the state: Problematic of government. *British Journal Of Sociology*, 43, 173-205.
- Roudinesco, E. (1996). *Pensar la locura: Ensayos sobre Michel Foucault*. Buenos Aires: Paidós.
- Rovatti, P. (1986). *Effetto Foucault*. Milan: Feltrinelli.
- Sánchez García, M., Suárez Ortega, M., Manzano Soto, N., Oliveros Martín-Yarés, L., Lozano Santiago, S., Fernández D'Andrea, B. & Malik Liévano, B. (2011). *Estereotipos de género y valores sobre el trabajo entre los estudiantes españoles*. *Revista De Educación*, 355, 331-354.
- Sánchez, M. (1997). *Foucault: La revolución imposible*. San Juan, Argentina: Universidad de San Juan.
- Sanger, J. (1996). *The complete observer= A field research guide to observation*. London: Falmer Press.
- Sargent-Cox, K., Butterworth, P. & Anstey, K. (2011). The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 73(7), 1105-1112.
- Sauquillo, J. (1989). *Michel Foucault: Una filosofía de la acción*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Schmid, W. (2002). *En busca de un nuevo arte de vivir: La pregunta por el fundamento y la nueva fundamentación de la ética en Foucault*. Valencia: Pre-Textos.
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: Methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 47-66.
- Schön, J. C., Frost, R., Chu, M., Lawson, J. & Salamon, P. (1992). Shapes of completely wetted two-dimensional powder compacts for applications to sintering. *Journal of Applied Physics*, 71(7), 3266.

- Schubert, J. D. (1995). From a politics of transgression towards an ethics of reflexivity; foucault, bourdieu, and academic practice. *American Behavioral Scientist*, 38(7), 1003-1017.
- Schürmann, R. (1986). Se constituer soi-même comme sujet anarchique. *Les études philosophiques*, 3(9): 33-49
- Schuld, J. (2003). *Foucault and augustine: Reconsidering power and love*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- Sen, A. (2002). *Rationality and freedom*. Cambridge MA: Belknap Press.
- Serrano, A. (1986). *Michel Foucault. sujeto, derecho, poder*. Zaragoza: Secretariado de Publicaciones Universidad de Zaragoza.
- Sevdalis, N. & Harvey, N. (2006). Predicting preferences: A neglected aspect of shared decision-making. *Health Expectations*, 9, 245-251.
- Shepard, K. F., Hack, L. M., Gwyer, J. & Jensen, G. M. (1999). Describing expert practice in physical therapy. *Qualitative Health Research*, 9(6), 746-58.
- Sherwin, S. (1996). 'Feminism and bioethics,'. In S. Wolf (Ed.), *Feminism and bioethics: Beyond reproduction* (pp. 48-66). Oxford: Oxford University Press.
- Sherwin, S. (1998). A relational approach to autonomy in healthcare. In Sherwin, S. and the Feminist Health Care Ethics Research Network (Ed.), *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy* (pp. 9-47). Philadelphia: Temple University Press.
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities: The constructing of life through language*. London: Sage.
- Skrabaneck, P. (1994). *The death of humane medicine and the rise of coercive halthism*. Suffolk: The Social Affairs Unit.
- Stein-Parbury, J. (1993). *Patient and person: Developing interpersonal skills in nursing*. Melbourne: Churchill Livingstone.

- Stevenson, C. (2004). Theoretical and methodological approaches in discourse analysis. *Nurse Researcher*, 12, 17 -29.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. grounded theory. Procedures and techniques*. London: Sage Publications.
- Strickley, T. & Freshwater, D. (2002). The art of loving and the therapeutic relationship *Nursing Inquiry*, 9, 250-256.
- Strozier, R. (2002). *Foucault, subjectivity and identity: Historical constructions of subject and self*. Detroit: Wayne State University Press.
- Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*, 341, 77-9.
- Taylor, C. & White, S. (2000). *Practising reflexivity in health and welfare: Making knowledge*. Buckingham: Open University Press.
- Taylor, C. (1989). Foucault, la liberté, la verité. *Michel Foucault. lectures critiques*. Bruxelles: Éditions Universitaires.
- Terry, P. B., Vetesse, M., Song, J., Forman, J., Haller, K. B., Miller, D. J. & et al. (1999). End-of-life decision making: When patients and surrogates disagree. *Journal of Clinical Ethics*, 10, 286-93.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N. & Sheldon, TA. (2001). Research information in nurses' clinical decision-making: What is useful? *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 379-388.
- Thompson, N. & Caring, J. (1998). In Thompson, N. & Caring, J. (Ed.), *Promoting equality: Challenging discrimination and oppression in the human services..* London: Macmillan.
- Thorne, S. E. (1999). Are egalitarian relationship a desirable ideal in nursing? *Western Journal of Nursing Research*, 21, 16-34.
- Thylefors, I., Price, E., Persson, O. & von Wendt, L. (2000). Teamwork in swedish neuropaediatric habilitation. *Child Care, Health and Development*, 26(6), 515-532.

- Timpka, T. & Hallberg, N. (1996). Talking at work- professional advice seeking at primary health care centres. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 14(3), 130-135.
- Timpka, T. (2000). The patient and the primary care team: A small-scale critical theory. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 558-564.
- Titchen, A. (2001). Critical companionship: A conceptual framework for developing expertise. In Higgs, J. & Titchen, A. (Ed.), *Practice knowledge and expertise in health professions* (pp. 80-90). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Titchen, A. & Ersser, S. (2001). The nature of professional craft knowledge. In Higgs, J. & Titchen, A. (Ed.), *Practice knowledge and expertise in health professions* (pp. 35-41). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Tong, R. (1996). 'Feminist approaches to bioethics'. In S. Wolf (Ed.), *Feminism and bioethics: Beyond reproduction* (pp. 67-94). Oxford: Oxford University Press.
- Touze, V. (2011). Le financement des retraites aux états-unis: Impact de la crise et tendances de long terme. *Revue De L'OFCE July 2011*, 118, 63-112.
- Towle, A. & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision-making. *British Medical Journal*, 319, 766-769.
- Traynor, M. (1999). *Managerialism and nursing: Beyond oppression and profession*. London: Sage.
- Traynor, M. (2006). Discourse analysis: Theoretical and historical overview and review of papers in the journal of advanced nursing 1996-2004. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 62-72.
- Traynor, M. (2006). Discourse analysis: Theoretical and historical overview and review of papers in the journal of advanced nursing 1996-2004. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 62-72.
- Trojan, L. & Yonge, O. (1993). Developing trusting, caring relationship: Home care nurses and elderly clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1903-1910.

- Turner, B. S. (1997). From governmentality to risk: Some reflections on Foucault's contribution to medical sociology. In A. Petersen, & R. Bunton (Eds.), *Foucault: Health and medicine* (pp. IX-XXII). London: Routledge.
- Uhart, H. (1988). *Algunas reflexiones sobre lee iacocca y el cuidado de si*. In T. Abrahan, E. Chibán, C. Ferrer, G. Maella, C. Morello, Páez, A. & Uhart, H. (Eds.), *Foucault y la ética* (pp. 139-164). Buenos Aires: Docencia.
- Ulriksen, M. (2011). Social policy development and global financial crisis in the open economies of botswana and mauritius. *Global Social Policy*, 11(2/3), 194-213.
- Vahabi, M. & Gastaldo, D. (2003). Rational choice(s)? rethinking decision-making on cancer risk and screening mammography. *Nursing Inquiry*, 10(4), 245-256.
- Valverde, M. (1991). As if subject exist; analysing social discourses. *Canadian Review of Anthropology and Sociology*, 28(2), 173-187.
- Varela, J. & Álvarez Uría, F. (1999). *Michel Foucault; estrategias de poder*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Vázquez, F. (2000). La construcción del sujeto deseante: Confesión y técnicas de subjetividad. In J. M. Pablo López (Ed.), *La impaciencia de la libertad: Michel Foucault y lo político*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Veyne, P. (1984). *Cómo se escribe la historia: Foucault revoluciona la historia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Veyne, P. (1995). Foucault y la superación (o remate) del nihilismo. In E. Balibar, G. Deleuze & H. Dreyfus (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Veyne, P. (1996). El último Foucault y su moral. *Anabasis. Revista De Filosofía*, 9.
- Volker, D. (2005). Control and end-of-life care: Does ethnicity matter? *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 6, 442-6.
- Wahl, F. (1975). *¿Qué es lo que es el estructuralismo?*. Buenos Aires: Losada.
- Walker, R. L. (2009). Medical ethics needs a new view of autonomy. *Journal of Medical Philosophy*, 33, 594-608.

- Waterworth, S. & Luker, K. A. (1990). Reluctant collaborators: Do patients want to be involved in decisions concerning care? *Journal of Advanced Nursing*, 15, 971-976.
- Webb, C. & Hope, K. (1995). What kind of nurses do patients want? *Journal of Advanced Nursing*, 4, 101-108.
- Wetherell, M. (2001). Debates in discourse research. In M. Wetherell, Taylor, S. & Yates, S. J. (Eds.), *Discourse theory and practice: A reader*. London: Sage.
- White, M. & Epsom, D. (1990). *Narrative means to a therapeutic ends*. New York: W. W. Norton.
- WHO Commission on Macroeconomics and Health. (2003). *Invertir en salud*. Ginebra: WHO.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: WHO.
- WHO. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: WHO.
- Widdicombe, S. (1998). «*But you don't class yourself*»: *The interactional management of category membership and non-membership*. London: Identities in talk.
- Williams, B. (1985). *Ethics and the limits of philosophy*. London: Fontana Press.
- Willians, A. (2001). A study of practicing nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 188-196.
- Wilson, H. V. (2001). Power and partnership: A critical analysis of the surveillance discourses of child health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 294-301.
- Wirtz , V., Cribb, A. & Barber, N. (2006). Patient–doctor decision-making about treatment within the consultation: A critical analysis of models. *Social Science and Medicine*, 62, 116-124.
- Witto, S. (2001). Pedagogía universitaria y anverso genealógico. Michel Foucault. *Revista Académica Universidad Bolivariana*, 1(1)

- Wodak, R. (2001). What CDA is about a summary of its history, important concepts and its developments. In R. Wodak, & M. Meyer (Eds.), *Methods of critical discourse analysis* (pp. 1-13). Thousand Oaks: Sage publications.
- Wolf, S. (1996). *Feminism and bioethics: Beyond reproduction* Oxford University Press.
- Wuthnow, R. (1984). *Análisis cultural. el trabajo de Peter Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas*. Buenos Aires: Paidós.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., De Pedro, J. E. & Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*, 3, 12-18.
- Zaforteza, C., Pedro, J., Gastaldo, D., Lastra, P. & Sánchez-Cuenca, P. (2003). ¿Qué perspectivas tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enfermería Intensiva*, 4(3), 109-119.
- Zola, J. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20, 487-504.

Anexo 1

CLASIFICACIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Abraham, T.	<i>La sexualidad en el uso de los placeres</i>	Paidós, Barcelona	1988	Monografía	2	Orientación teórica
Agich, G. J.	<i>Reassessing autonomy in long-term care</i>	Hastings Cent Rep	1990	Cualitativa	2	Contexto autonomía paciente
Alderson, P.	<i>Abstract bioethics ignores human emotions</i>	Bulletin of Medical Ethics	1991	Revisión bibliográfica	3	Orientación teórica
Allen, D.	<i>Narrating Nursing Jurisdiction: "Atrocity Stories" and "Boundary-Work"</i>	Symbolic Interaction	2001	Análisis teórico	4	Orientación teórica
Allen, D. G.	<i>Hermeneutics: Philosophical traditions and nursing practice research</i>	Nursing Science Quarterly	1995	Análisis teórico	4	Orientación teórica
Amezcuca, M.	<i>Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta</i>	Rev Esp Salud Pública	2002	Análisis teórico	4	Metodología investigación
Anderson, I.	<i>The other crisis: the economics and financing of maternal, newborn and child health in Asia</i>	Health policy & planning	2011	Revisión bibliográfica	4	3.3
Andrews, G. J.	<i>Towards a more place-sensitive nursing research: an invitation to medical and health geography</i>	Nursing Inquiry	2002	Análisis teórico	3	1.3
Anthony, R.	<i>Global health services research: challenging future</i>	Health Services Research	2004	Análisis teórico	3	3.3
Appelin, G.	<i>Patients' experiences of palliative care in the home: a phenomenological study of a Swedish sample</i>	Cancer Nursing	2004	Cualitativo	4	1.3
Apple, M. W.	<i>The Politics of the Textbooks</i>	Routledge: New York	1991	Monografía	3	Orientación teórica
Arias, M ^a . M.	<i>La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones</i>	Universidad de Guadalajara	2002	Monografía	4	Metodología investigación
Ashworth, V. A. M	<i>Patient participation: its meaning and significance in the context of caring</i>	Journal of Advanced Nursing	1995	Cualitativa	4	1.2 / 1.3
Avcin, B. A.	The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees	Psychiatria Danubia	2011	Descriptivo	3	3.3

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Banford, A.	<i>Shared governance within the market orientated health care system of New Zeland</i>	International Nursing Rewies	2000	Descriptivo	2	3.1
Barbero, C.	<i>Con lugar a dudas. Hilos y raíces del pensamiento crítico</i>	Editorial límite	2005	Monografía	2	Orientación teórica
Barclay, L.	<i>The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis</i>	Journal of Advanced Nursing	1999	Cualitativo	4	3.2
Barham, L.	<i>Economic crisis: Consequences for patients, Chronic Pain Clinics and the pharmaceutical Industry</i>	Journal of pain & palliative care pharmacotherapy	2011	Descriptivo	3	3.3
Barnett, J. R.	<i>Disciplining professional dominance? Trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand</i>	Social Science and Medicine	1999	Mixto	4	3
Bauman, Z.	<i>Postmodern Ethics</i>	Blackwell, Oxford	1993	Monografía	4	Orientación teórica
Beardwood, B.	<i>Complaints against nurses: a reflection of "the new managerialism" and consumerism in health care?</i>	Social Science and Medicine	1999	Análisis teórico	3	3
Beauchamp, T.	<i>A History and Theory of Informed Consent</i>	Oxford University Press, New York.	2001	Monografía	2	Contexto autonomía paciente
Beauchamp, T. L.	<i>Principles of biomedical ethics</i>	6th ed. New York: Oxford University Press	2009	Monografía	3	Contexto autonomía paciente
Beaver, K.	<i>Treatment Decision Making In Women Newly Diagnosed With Breast Cancer</i>	<i>Cancer Nursing</i>	1996	Cualitativa	4	1.2
Benach, J.	<i>Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud</i>	El viejo topo, Barcelona	2005	Libro	3	3.3
Berg, J.	<i>Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice</i>	Oxford University Press, New York	2001	Monografía	2	Contexto autonomía paciente
Bernauer, B.	<i>Más allá de la vida y de la muerte. Foucault y la ética después de Auschwitz</i>	Gedisa	1990	Monografía	4	Orientación teórica
Bidani, B.	<i>Subjetive perceptions of the impact of the global economic crisis in Europe and Central Asia: the household perspective</i>	The world bank, policy research working paper series: 5995	2012	Informe técnico	4	3.3

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Biering, P.	<i>Caring for the involuntary hospitalized adolescent: The issue of power in the nurse-patient relationship</i>	Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing	2002	Cualitativo	3	1.4
Björkdahl, A.	<i>Psyk-VIPS- att dokumentera psykiatrisk omvardnad enligt VIPS-modellen</i>	Studentlitteratur, Lund	1999	Monografía	1	2.1 / 2.2
Blasco Castany, R.	<i>Las nuevas formas de gestión sanitaria "modelo Alzira"</i>	Instituto de estudios económicos, Madrid	2007	Informe técnico	3	3.3
Bloor, M.	<i>Surveillance and concealment: a comparison of techniques of client resistance in therapeutic communities and health visiting</i>	Eds Cummningham-Burley, S. & McKeganey, N, Routledge, London	1990	Monografía/ Descriptivo	3	1.4
Blustein, J.	<i>The family in medical decision-making</i>	Hastings Cent Rep	1993	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Bortulozzi, G.	The italian economic crisis and its impact in nursing services and education hard and challenging times	Journal of nursing management	2010	Descriptivo	4	3.3
Bover, A.	<i>Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación</i>	Universitat de les Illes Balears	2004	Tesis doctoral	2	Metodología investigación
Bradbury-Jones, C.	<i>Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach</i>	Journal of Advanced Nursing	2008	Análisis teórico	3	2.1
Bransen, E.	<i>"Has menstruation been medicalised? Or will it never happen..."</i>	Sociology of Health and Illnes	1992	Análisis teórico	2	
Breslin, J.	<i>Autonomy and the role of the family in making decisions at the end of life</i>	Journal of Clinical Ethics	2005	Cualitativa	3	Contexto autonomía paciente
Buchanan, A.	<i>Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making</i>	Cambridge University Press, Cambridge	1989	Monografía	2	Contexto autonomía paciente
Buchmann, W. F.	<i>Adherence: a matter of self-efficacy and power</i>	Journal of Advanced Nursing	1997	Cualitativa	3	1.2 / 1.3
Cahill, J.	<i>Patient participation: a concept analysis</i>	Journal of Advanced Nursing	1996	Análisis teórico	3	1.1. / 1.3

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Cahill, J.	<i>Patient participation: a review of the literature</i>	Journal of Advanced Nursing	1998	Revisión bibliográfica	4	1.1 / 1.3 / 1.4
Calderón, C.	<i>El artículo original en la investigación cualitativa</i>	Matronas profesión	2003	Análisis teórico	3	Metodología investigación
Calloway, S. J.	<i>The effect of culture on beliefs related to autonomy and informed consent</i>	Journal of cultural diversity	2009	Análisis teórico	2	Contexto autonomía paciente
Calnan, M.	<i>The retratification of primary care in England</i>	New York: Routledge	2009	Libro	2	3.3
Cameron, C.	<i>Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens</i>	Journal of Advanced Nursing	1996	Mixto	4	1.3 / 1.4
Caputo, J. D.	<i>Against Ethics: Contributions to a Poetics of Obligation with Constant Reference to Deconstruction</i>	Bloomington, IN and Indianapolis, IN: Indiana University Press	1993	Monografía	3	Orientación teórica
Castel, R.	<i>Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault</i>	Madrid: Círculo de Bellas Artes	2006	Monografía	2	Orientación teórica
Castledine, G.	<i>Nurses must strengthen the nurse/patient relationship</i>	British Journal of Nursing	2005	Análisis teórico	3	1.1
Charles, C.	<i>Shared decision making in the medical encounter: what does it mean?</i>	Social Science and Medicine	1997	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Charles, C.	<i>Decision making in the physician-patient encounter: revising the shared treatment decision-making model</i>	Social Science and Medicine	1999	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Cheek, J.	<i>At the Margins? Discourse Analysis and Qualitative Research</i>	Qualitative Health Research	2004	Análisis teórico	4	Metodología investigación
Cheek, J.	<i>Reviewing Foucault: possibilities and problems for nursing and health care</i>	Nursing Inquiry	1997	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Cheek, J.	<i>The power of normalisation: Foucauldian perspectives on contemporary Australian health care practices</i>	Australian Journal of Social Issues	1993	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Cheek, J.	<i>Thinking and Researching Poststructurally. En Cheek, J. Postmodern and poststructural approaches to nursing research</i>	Thousand Oaks: Sage publications	2000	Monografía	4	Orientación teórica

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Chesla, C. A.	<i>Breakdown in the nursing care of families in the ICU</i>	American Journal of Critical Care	1997	Cualitativa	4	Contexto autonomía paciente
Clarke, J.	<i>The Managerial State</i>	Sage, London	1997	Monografía	2	3.2
Clouser, K.	<i>A critique of principlism</i>	The Journal of Medicine and Philosophy	1990	Monografía	4	Orientación teórica
Coenen, A.	<i>Guest editorial: Building a unified nursing language system- The ICNP</i>	International Nursing Review	2003	Revisión bibliográfica	3	Metodología investigación
Coffey, A.	<i>Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación</i>	Publicaciones Universidad de Alicante	2005	Monografía	4	Metodología investigación
Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears	<i>Manifiesto de la Comisión Deontológica del COIBA</i>	COIBA, Palma de Mallorca	2012	Informe técnico	4	3.3
Comité español de representantes de personas con discapacidad (CERMI)	<i>El impacto de la crisis económica en las personas con discapacidad y sus familias</i>	CERMI, Madrid	2009	Informe técnico	3	3.3
Conrad, P.	<i>Medicalization and social control</i>	Annual Review of Sociology	1992	Análisis teórico	3	1.4
Conrad, P.	<i>Deviance and medicalization: From badness to sickness</i>	St Louis: Praeger	1980	Monografía	3	1.4
Consejo internacional de enfermeras	<i>Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería</i>	CIE, Ginebra	2005	Informe técnico	4	3.3
Conway, E.	<i>Warning: economics may seriously damage your health</i>	Kennedy school review	2005	Revisión bibliográfica	4	3.3
Coombs, M.	<i>Medical hegemony in decision-making – a barrier to interdisciplinary working in intensive care?</i>	Journal of Advanced Nursing	2004	Cualitativa	4	2

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Cribb, A.	<i>Shared decision making: trade-offs between narrower and broader conceptions</i>	Health expectations	2011	Análisis teórico	4	Contexto autonomía paciente
Crowe, M.	<i>The power of the word: some post-structural considerations of qualitative approaches in nursing research</i>	Journal of Advanced Nursing	1998	Análisis teórico	4	Metodología investigación
Crowe, M.	<i>The nurse patient relationship: A consideration of its discursive context</i>	Journal of Advanced Nursing	2000	Cualitativa	3	3.2
Crowe, M.	<i>Discourse analysis: towards an understanding of its place in nursing</i>	Journal of Advanced Nursing	2005	Cualitativa	4	3.2
Cruces, G.	<i>Economic crises, material and infant mortality, low Birth Weight and enrollment rates: evidence from Argentina's downturns</i>	World development	2012	Revisión bibliográfica	4	3.3
Davies, M.	<i>Advocating mandatory patient 'autonomy' in healthcare: adverse reactions and side effects</i>	Health Care Analysis	2008	Cualitativa	4	Contexto autonomía paciente
De Andrés, J.	<i>El análisis de estudios cualitativos</i>	Atención Primaria	2000	Revisión bibliográfica	4	Metodología investigación
De Grazia, D.	<i>'Moving forward in bioethical theory: Theories, cases and specified principlism'</i>	The Journal of Medicine and Philosophy	1992	Análisis teórico	3	Orientación teórica
De los Reyes López, M.	<i>Relaciones entre profesionales sanitarios</i>	Medicina Clínica (Barcelona)	2001	Cualitativa	4	2.1
De Pedro Gómez, J.	<i>Los profesionales de enfermería soportan los modelos organizacionales, los pacientes los sufren</i>	Evidencia	2008	Análisis teórico	4	3.3
De Pedro Gómez, J.	<i>La autonomía del paciente es una prioridad para la enfermera. ¿Por qué no lo es para el paciente ni para el médico?</i>	Evidencia	2007	Análisis teórico	3	3.3
De Pedro Gómez, J.	<i>¿Favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?</i>	Índice de Enfermería	2004	Análisis teórico	3	3.1
De Vries, M. W.	<i>The use and abuse of medicine</i>	New York: Praeger	1982	Análisis Teórico	3	1.3
Deeny, K.	<i>The value of the nurse-patient relationship in the care of cancer patients</i>	Nursing Standard	1999	Cualitativa	4	2

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Deleuze, G.	<i>Deseo y placer</i>	Rev Archipiélago. Cuadernos de crítica a la cultura	1995	Análisis teórico	2	Orientación teórica
Denzin, N.	<i>Handbook of Qualitative Research (2ªed)</i>	Thousand Oaks: Sage publications	2000	Monografía	4	Metodología investigación
Denzin, N. K.	<i>Strategies of qualitative inquiry</i>	London: Sage Publications	2003	Monografía	4	Metodología investigación
Devereux, P. M.	<i>Essential elements of nurse-physician collaboration</i>	Journal of Nursing Administration	1981	Cualitativa	4	2.3
Dingwall, R.	<i>Reading in sociology of nursing</i>	Edinburg: Churchill Livingstone	1978	Monografía	2	2.1
Doering, L.	<i>Power and Knowledge in nursing: A feminist poststructuralist view</i>	Advanced of Nursing Science	1992	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Donchin, A.	<i>Autonomy, interdependence, and assisted suicide: respecting boundaries/crossing lines</i>	Bioethics	2000	Análisis teórico	4	Contexto autonomía paciente
Donchin, A.	<i>Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles</i>	Journal of Medicine Philosophy	2001	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Donchin, A.	<i>Autonomy and interdependence: quandaries in genetic decision making</i>	Oxford University Press, New York	2000	Monografía	2	Contexto autonomía paciente
Doolin, B.	<i>Managerialism, information technology and health reform in New Zeland</i>	Interanational Journal of Public Sector Management	1997	Revisión bibliográfica	2	3.2
Dowie, J.	<i>The role of patients_ meta-preferences in the design and evaluation of decision-support systems</i>	Health Expectations	2002	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Dreyfus, H. L.	<i>Michel Foucault. Beyond Structuralism and Hermeneutics</i>	United States of America: The University of Chicago Press	1992	Monografía	4	Orientación teórica
Drinka, T.	<i>Health Care Teamwork, Interdisciplinary Practice and Teaching</i>	Auburn House, Westport, CT	2000	Monografía	2	2
Duke, G.	<i>The patient self-determination, Act: 20 years revisited</i>	Journal of Nursing Law	2009	Análisis teórico	1	Contexto autonomía paciente

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Dupree, C. Y	<i>The attitudes of Black Americans toward advance directives</i>	J Transcult Nurs	2000	Cualitativa	2	Contexto autonomía paciente
Dzurec, L.	<i>Poststructuralist Musings on the mind/Body Question in Health Care</i>	Advances in Nursing Science	2003	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Dzurec, L.	<i>Poststructuralist science: an historical account of profound visibility</i>	Newbry Park: Sage Publication	1995	Monografía	3	Orientación teórica
EAPN	<i>El impacto de la crisis en la pobreza y exclusión social</i>	Artículo On-Line	2009	Descriptivo	3	3.3
Ehnfors, M.	<i>The 25 VIPS-Book. A research based model for nursing documentation in patient record</i>	FoU 48. Vårdförbundet, Stockholm	2000	Informe técnico	2	2.2
Elliot, M. A.	<i>Dilemmas for the empowering nurse</i>	Journal of Nursing Management	1996	Análisis teórico	3	1.3
Ellis, J.	<i>Sharing the evidence: clinical practice bench-marking to improve continuously the quality of care</i>	Journal of Advanced Nursing	2000	Descriptivo	3	3.2
Emmanuel, E. J.	<i>Four models of the physician-patient relationship</i>	Journal of the American Medical Association	1992	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Entwistle, V. A.	<i>Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationship</i>	Journal of General Internal Medicine	2010	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Epstein, D.	<i>Sexualidades e institución escolar</i>	Madrid: ediciones Morata	2000	Monografía	1	Orientación teórica
Epstein, R. M.	<i>Beyond information: exploring patients_ preferences</i>	JAMA	2009	Cualitativa	4	Contexto autonomía paciente
Esposito, L.	<i>The effects of medication education in adherence to medication regimens in an elderly population</i>	Journal of Advanced Nursing	1995	Descriptivo	2	1.2
Esu, B.	<i>Impacts of the global economic crisis on the consumption of Psychiatric Nursing Services in Nigeria</i>	Journal of health management	2011	Descriptivo	3	3.3
Eustis, N. N.	<i>Home care quality and home care worker: beyond quality assurance as usual</i>	The Gerontologist	1993	Descriptivo	2	1.3

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Fairclough, N.	<i>Language and Power</i>	London: Longman	2001	Monografía	3	Orientación teórica
Fairlough, N.	<i>Language and power</i>	Longman, London	1989	Monografía	3	3.2
Fellowes, D.	<i>Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales con pacientes con cáncer, sus familias y cuidadores (Revisión Cochrane traducida)</i>	La Biblioteca Cochrane Plus	2008	Revisión sistemática	4	1.3
Finlay, L.	<i>Powerful relationship</i>	Nursing Management	2005	Cualitativa	4	1.3
Forchuk, C.	<i>Development of nurse-client relationships: what helps?</i>	Journal of the American Psychiatric Nurses Association	1995	Cualitativa	4	1
Foucault, M.	<i>Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977</i>	Brighton: Harvester Press	1980	Monografía	3	Orientación teórica
Foucault, M.	<i>Truth and power</i>	Brighton: Harvester Press	1980	Monografía	3	Orientación teórica
Foucault, M.	<i>El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. (20ª ed.)</i>	México: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1966)	2001	Monografía	3	Orientación teórica
Foucault, M.	<i>La arqueología del saber</i>	México: Siglo XIX	2001	Monografía	3	Orientación teórica
Foucault, M.	<i>El orden del discurso</i>	Barcelona: Fábula Tusquets (Trabajo original publicado en 1973)	2002	Monografía	3	Orientación teórica
Foucault, M.	<i>Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión</i>	Madrid: Siglo XXI de España Editores. (Trabajo original publicado en 1975)	2004	Monografía	3	Orientación teórica
Foucault, M.	<i>Tecnologías del yo y otros textos afines</i>	Barcelona: Paidós	1990	Monografía	4	Orientación teórica
Foucault, M.	<i>Verdad y poder. Diálogo con M. Fontana</i>	Barcelona: Altaya	1994	Monografía	4	Orientación teórica

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Foucault, M.	<i>Microfísica del poder</i>	Madrid: La Piqueta. (Trabajo original publicado en 1979)	2001	Monografía	4	Orientación teórica
Foucault, M.	<i>Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. (30ªed.)</i>	Argentina: Siglo XIX. (Trabajo original publicado en 1976)	2005	Monografía	4	Orientación teórica
Fox, N. J.	<i>Is there life after Foucault?</i>	London: Routledge	2000	Monografía	3	Orientación teórica
Francis, B.	<i>Poststructuralism and nursing: uncomfortable bedfellows?</i>	Nursing Inquiry	2000	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Fraser, N.	<i>Justice Interrupts</i>	Routledge, New York	1997	Monografía	3	Orientación teórica
Friedenberg, R. M	<i>Patient-doctor relationships</i>	Radiology	2003	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Gabilondo, A.	<i>El discurso en acción. Foucault y una ontología del presente</i>	Barcelona: Anthropos	1990	Monografía	3	Orientación teórica
Gafni, A.	<i>The physician–patient encounter: an agency relationship?</i>	Oxford: Oxford University Press	2009	Monografía	2	Contexto autonomía paciente
García Marco, M. I.	<i>Reflexiones en torno a la relación terapéutica: ¿Falta de tiempo?</i>	Index de Enfermería	2004	Análisis teórico	3	1.4
Gastaldo, D.	<i>Foucault and nursing: a history of the present</i>	Nursing Inquiry	1999	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Georges, J. M.	<i>An Emerging Discourse. Towards Epistemic Diversity in Nursing</i>	Advances in Nursing Science	2003	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Giddens, A.	Sociology	Cambridge: Polity Press	1989	Monografía	1	Orientación teórica
Gideens, A.	<i>The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration</i>	Polity Press, Cambridge	1984	Monografía	1	1.3 / 2.1
Gideens, A.	<i>Studies in Social and Political Theory</i>	Hutchinson, London	1977	Monografía	1	Orientación teórica

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Gilberg, T. P.	<i>Trust and managerialism: exploring discourses of care</i>	Journal of Advanced Nursing	2005	Cualitativa	3	3.1
Gilbert, T.	<i>Nursing: empowerment and the problem of power</i>	Journal of Advanced Nursing	1995	Cualitativa	3	3.2
Gillet, G.	<i>Autonomy and selfishness</i>	Lancet	2008	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Gilmoore, M. B.	<i>The work of the nursing team in general practice</i>	London: Council For the Education and Training of Health Visitors	1974	Monografía	2	2.1
Glaser, B. G.	<i>Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research</i>	Sociology Press	1967	Monografía	1	Orientación teórica
Goffman, E.	<i>The presentation of self in everyday life</i>	Doubleday, New York	1959	Monografía	1	2
González Ortega, Y.	<i>La enfermera experta y las relaciones interpersonales</i>	Arquichan	2007	Cualitativa	4	1.2
Gracia, D.	<i>La deliberación moral: el método de la ética clínica</i>	Medicina Clínica	2001	Análisis teórico	2	Orientación teórica
Green, R.	<i>"Method in bioethics: A trouble assessment"</i>	Journal of Medicine and Philosophy	1990	Análisis Teórico	1	2.1
Greenberg, M.	<i>Therapeutic play: developing humour in the nurse-patient relationship</i>	Journal of the New York State Nurses Association	2003	Cualitativa	4	1.1
Guba, E.	<i>Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa</i>	Colegio de Sonora: Sonora	2000	Monografía	4	Metodología investigación
Gudmundsdottir, D.	<i>The impact of economic crisis on happiness</i>	Social indicators research. In press	2012	Revisión bibliográfica	3	3.3
Hallet, C. E.	<i>Community nurses' perceptions of patient "compliance" in wound care: a discourse analysis</i>	Journal of Advanced Nursing	2000	Cualitativa	4	1.1 / 1.3 / 1.4

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Ham, C.	<i>Health policy in Britain: The politics and organization of the NHS, (3rd edition)</i>	London: Macmillian	1992	Monografía	2	2.2
Hamilton, B.	<i>"She's manipulative and he's right off": A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting</i>	International Journal of Mental Health Nursing	2006	Síntesis cualitativa	4	
Hammersley, M.	<i>On the foundations of critical discourse analysis</i>	Language and Communication	1997	Análisis teórico	4	Metodología investigación
Hansson, A.	<i>Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurses – a comparison between two Swedish universities</i>	Journal of Interprofessional Care	2009	Cualitativa	4	2.1
Hardwig, J.	What about the family?	Hastings Cent Rep	1990	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Hardy, S.	<i>Exploring nursing expertise: nurses talk nursing</i>	Nursing Inquiry	2002	Cualitativa	4	2.1
Harper, D. J.	<i>The professional construction of 'paranoia' and the discursive use of diagnostic criteria</i>	British Journal of Medical Psychology	1994	Cualitativa	3	2.2
Hart, N.	<i>The Sociology of Health and Medicine</i>	Causeway Books, Lancashire	1985	Monografía	2	3.2
Hau, W. W.	<i>Caring holistically within new managerialism</i>	Nursing Inquiry	2004	Revisión bibliográfica	3	3
Heifner, C.	<i>Positive connectedness in the psychiatric nurse-patient relationship</i>	Archives of Psychiatric Nursing	1993	Cualitativa	3	1.1
Henderson, A.	<i>Power and Knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault</i>	Journal of Advanced Nursing	1994	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Henderson, S.	<i>Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care</i>	Journal of Clinical Nursing	2003	Cualitativa	3	1.1 / 1.4
Henst, J. A. V.	<i>Client empowerment: a nursing challenge</i>	Clinical Nurse Specialist	1997	Análisis teórico	3	1.3

ANEXO 1 · CLASIFICACIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA · 425

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Heslop, L.	<i>The (im)possibilities of poststructuralist and critical social nursing inquiry</i>	Nursing Inquiry	1997	Análisis teórico	4	Orientación teórica
Hess, J. D.	<i>The ethics of compliance: a dialectic</i>	Advances in Nursing Science	1996	Análisis teórico	4	1.4
Hewison, A.	<i>Nurses' power in interactions with patients</i>	Journal of Advanced Nursing	1995	Cualitativa	4	1.4
Higgs, J.	<i>Practice knowledge and expertise in the health professions</i>	Oxford: Butterworth Heinemann	2001	Monografía	3	1.2
Ho, A.	<i>Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making</i>	Scandinavian Journal of Caring Science	2008	Análisis teórico	4	Contexto autonomía paciente
Holm, S.	<i>What is wrong with compliance?</i>	Journal of Medical Ethics	1993	Análisis teórico	4	1.3 / 1.4
Horsfall, J.	<i>Discourse analysis of an 'observation levels' nursing policy</i>	Journal of Advanced Nursing	2000	Análisis teórico	4	Orientación teórica
Hubert, L.	<i>Sobre la genealogía de la ética: entrevista a Michel Foucault</i>	Docencia eds, Buenos Aires	1988	Monografía	3	Orientación teórica
Hunter, D.	<i>From tribalism to corporatism: the managerial challenge to medical dominance</i>	Routledge, London	2001	Monografía	3	3.2
Iliopoulou, K. K.	<i>Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece</i>	Journal of Advanced Nursing	2010	Cualitativa	1	Contexto autonomía paciente
Indieke, M.	<i>Practice points. Standardized nursing language documents nurse value</i>	Minnesota Nursing Accent	2001	Descriptivo	3	3.1
Inglott, R.	<i>La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental</i>	Revista de la Asociación de Especialistas en Neuropsiquiatría	1999	Revisión bibliográfica	2	2
Jaramillo Echeverri, L.	<i>Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de enfermería</i>	Index de enfermería	2004	Cualitativa	3	1.1 / 1.4
Jecker, N.	<i>Being a burden on others</i>	Journal of Clinical Ethics	1993	Análisis teórico	2	Contexto autonomía paciente

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Jewell, S. E.	<i>Patient-participation: what does it mean to nurses?</i>	Journal of Advanced Nursing	1994	Cualitativa	4	1.1 / 1.3
Jommi, C.	<i>New funding arrangement in the Italian National Health Service</i>	International Journal of Health Planning and Management	2001	Análisis Teórico	3	3.2
Jonsen, A.	<i>The New Medicine and the Old Ethics</i>	Harvard University Press, London	1990	Monografía	2	Orientación teórica
Kenway, J.	<i>La educación y el discurso político de la Nueva Derecha</i>	Madrid: Ed Morata	2001	Monografía	1	Orientación teórica
Kérouac, S.	<i>El pensamiento enfermero</i>	Barcelona: Masson	1996	Monografía	1	1.2
Kimchi, J.	<i>Triangulation: Operational Definitions</i>	Rev Nursing Research	1991	Análisis teórico	4	Metodología investigación
Kincheloe, J.	<i>Rethinking Critical Theory and Qualitative Research</i>	Thousand Oaks: Sage publications	2003	Monografía	2	Metodología investigación
King, M. B.	<i>Clinical nurse specialist collaboration with physicians</i>	Clinical Nurse Specialist	1990	Cualitativa	3	2.1
Kleiman, S.	<i>Using an electric model to educate students about cultural influences on the nurse-patient relationship</i>	Nursing Education Perspectives	2004	Análisis teórico	2	1.1
Knott, M.	<i>Help or hindrance: single unsupported mothers' perceptions of health visiting</i>	Journal of Advanced Nursing	1999	Cualitativa	3	1.3
Kukla, R.	<i>Conscientious autonomy: displacing decisions in healthcare</i>	Hastings Center Report	2005	Análisis teórico	4	Contexto autonomía paciente
Kuokkanen L.	<i>Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches</i>	Journal of Advanced Nursing	2000	Análisis teórico	4	2.1
Kvarnström, S.	<i>Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams</i>	Journal of Advanced Nursing	2006	Cualitativa	4	2.2
Labonté, R.	<i>Globalization and social determinants of health: the role of the global marketplace (part 2 of 3)</i>	Globalization and Health	2007	Informe técnico	2	3.3

ANEXO 1 · CLASIFICACIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA · 427

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Langan, M.	<i>The personal social services. In Developments in British Social Policy</i>	Macmillan, Basingstoke	1998	Monografía	2	2.2
Lanzieri, G.	<i>Population and social condition</i>	Eurostat, Luxembourg	2012	Informe Técnico	3	3.3
Larrosa, J.	<i>Escuela, poder y subjetivación</i>	Editorial La Piqueta: Madrid	1995	Monografía	3	Orientación teórica
Laschinger, H. K. S.	Promoting nurses' health: effect of empowerment on job strain and work satisfaction	Nursing Economist	2001	Cualitativa	3	1.3
Leathard, A.	<i>Going inter-professional: Working together for health and welfare</i>	London: Routledge	1994	Análisis teórico	3	2
Leininger, M.	<i>Culture care theory, research and practice</i>	Nursing Science Quarterly	1996	Análisis teórico	3	Metodología investigación
Levine, C.	<i>The trouble with families: toward an ethic of accommodation</i>	Ann Intern Med	1999	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Liaschenko, J.	<i>The moral geography of home care</i>	Advances in Nursing Sciences	1994	Revisión bibliográfica	2	/ 2.1
Liaschenko, J.	<i>Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work</i>	Journal of Advanced Nursing	2004	Revisión bibliográfica	4	2.1
Lingard, L. K.	<i>A Certain Art of Uncertainty: Case Presentations and the Development of Professional Identity</i>	Social Science and Medicine	2003	Cualitativa	4	2
Little, M.	<i>Discourse communities and discourse of experience</i>	Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine	2003	Cualitativa	4	2.1 / 2.2
López Ferrero, C.	<i>Aproximación al análisis de los discursos profesionales</i>	Revista Signos	2002	Análisis teórico	4	2.1
Lowenberg, J. S.	<i>The nurse-client relationship in a stress management clinic</i>	Holistic Nursing Practice	2003	Cualitativa	3	1.1
Luhmann, N.	<i>Trust and Power</i>	John Wiley and Sons, Chichester	1979	Monografía	2	Orientación teórica

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Luker, K. A.	<i>The importance of "Knowing the patient nurses" construction of quality in providing palliative care</i>	Journal of Advanced Nursing	2000	Revisión bibliográfica	3	1.3 / 1.4
Lunardi, V. L.	<i>¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder</i>	Enfermería Clínica	2006	Análisis teórico	4	2.2
Lunardi, V. L.	<i>Nursing ethics and its relation with power and work organization</i>	Rev Latino-am Enfermagem	2007	Cualitativa	4	2.3
Lupton, D.	<i>Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies</i>	London: Sage publications	1994	Monografía	2	2.3
Mackenzie, C.	<i>Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency and the social self</i>	New York: Oxford University Press	2000	Monografía	2	Contexto autonomía paciente
Maella, G.	<i>El uso de los placeres</i>	Docencia eds, Buenos Aires	1988	Monografía	3	Orientación teórica
Makoul, J.	<i>An integrate model of shared decision-making in medical encounters</i>	Patient Education and Counseling	2006	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Manias, E.	<i>Possibilities for critical social theory and Foucault's work: a toolbox approach</i>	Nursing Inquiry	2000	Análisis teórico	3	2.3
Mappes, T.	<i>Patient choices, family interests, and physician obligations</i>	Kennedy Inst Ethics Journal	1994	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Marcus A.	Quantifying the impact of economic crises on infant mortality in advanced economies	Applied economics	2011	Descriptivo	3	3.3
Marinker, M.	<i>The current status of compliance</i>	European Respiratory Review	1997	Análisis teórico	2	1.2
Mason, J.	<i>Qualitative Research</i>	Thousand Oaks: Sage	1996	Monografía	4	Metodología investigación
May, T.	<i>Between Genealogy and Espistemology. Psychology, Politics and Knowledge in the Thought of Michel Foucault</i>	Pennsylvania State University Press	1993	Monografía	4	Orientación teórica
Mayall, B.	<i>Keeping Children Healthy: The Role of Mothers and Professionals</i>	Allen & Unwin, London	1986	Monografía	2	1.4

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
McCann, T. V.	<i>Mutual relating: developing interpersonal relationship in the community</i>	Journal of Advanced Nursing	2001	Cualitativa	3	1.1
McGarry, J.	<i>The essence of "community" within community nursing: a district nursing perspective</i>	Health and Social Care in the Community	2003	Cualitativa	3	1.3
McGrath, P.	<i>Autonomy, Discourse and Power: A Postmodern Reflection on Principlism and Bioethics</i>	Journal of Medicine and Philosophy	1998	Análisis teórico	4	3.2
McHoul, A.	<i>A Foucault primer: Discourse, power and the subject</i>	Carlton, Vic: Melbourne University Press	1993	Monografía	4	Orientación teórica
McMurtry, A.	<i>Complexity, collective learning and the education of interprofessional health teams: Insights from a university-level course</i>	Journal Interprofessional Care	2009	Revisión bibliográfica	2	2
McWilliam, C. L.	<i>The experience of empowerment in in-home services delivery</i>	Home Health Care Services Quarterly	2001	Cualitativa	4	1.3
Medina, J. L.	<i>Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería</i>	Universitat de Barcelona: Barcelona	2005	Monografía	2	2.2
Meyer, D. E.	<i>Educação, saúde e politização da maternidade</i>	Canoas: Editora da ULBRA	2005	Monografía	3	
Ministerio de Sanidad de España	<i>Ley General de Sanidad</i>	Ministerio de Sanidad Español	1986	Ley	3	3.3
Miró Bonet, M.	<i>¿Por qué somos como somos?: Continuidades y transformaciones de discursos y relaciones de poder en la construcción de la identidad profesional de los/las enfermeros/as en España (1956-1976)</i>	Universitat de les Illes Balears	2009	Tesis doctoral	3	2.1
Molina Mula, J.	<i>El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras</i>	Index de Enfermería	2011	Revisión bibliográfica	4	3.3
Montero, M.	<i>Sobre la noción de paradigma</i>	Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara	2002	Monografía	2	Orientación teórica
Moore, K. N.	<i>Compliance or collaboration? The meaning for the patient</i>	Nursing Ethics	1995	Análisis teórico	4	1.2

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Morales Asencio J. M.	<i>Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales</i>	Evidentia	2005	Revisión sistemática	4	3.3
Morales Asencio J. M.	<i>¿Gestión de riesgos o el riesgo de una mala gestión? La variabilidad en la ratio enfermera-paciente también influye en los resultados de hospitales europeos</i>	Evidentia	2007	Descriptivo	4	3.3
Morse, K.	<i>Case in point? A parasuicide patient's recollections of being nursed: a discourse analysis</i>	Contemporary Nurse	2001	Cualitativa	4	1
Moumjid, N.	<i>Shared decision making in medical encounter: are we all talking about the same thing?</i>	Medical Decision Making	2007	Análisis teórico	4	Contexto autonomía paciente
Murray, S. J.	<i>Critical Interventions in the Ethics of Healthcare</i>	Ashgate, Burlintong	2009	Monografía	3	Orientación teórica
Myers, F.	<i>Power to the people? Involving users and cares in needs assessment and care planning- views from the practioner</i>	Health and Social Care in the Community	1996	Cualitativa	4	1.3
Navarro, V.	<i>Lo que está en juego. In: La sanidad (y nuestra salud) está en venta</i>	Universidad Pompeu Fabra, Barcelona	2012	Libro	3	3.3
Nelson, S.	<i>Humanism in nursing: the emergence of the light</i>	Nursing Inquiry	1994	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Nelson, W. L.	<i>Rethinking the objectives of decision-aids: a call for conceptual clarity</i>	Medical Decision-Making	2007	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Newman, J.	<i>Modernising Governance</i>	Sage, London	2001	Monografía	2	Orientación teórica
Nicholson, R.	<i>'Limitations of the four principles,' in Principles of Health Care Ethics</i>	John Wiley and Sons, Chichester	1994	Monografía	4	Orientación teórica
Observatorio del tercer sector	<i>La crisis y el tercer sector: Una oportunidad para la transformación social</i>	Artículo On-Line	2009	Informe Técnico	4	3.3
OECD	<i>OECD Health data 2012</i>	OECD, París	2012	Informe Técnico	3	3.3

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Okin, S.	<i>Families and feminist theory: some past and present issues</i>	Routledge, New York	1997	Monografía	3	Contexto autonomía paciente
Organización colegial de enfermería de España	<i>Código deontológico de la enfermería española</i>	Organización colegial de enfermería, Madrid	1989	Ley	4	3.3
Organización Panamericana de la Salud	<i>Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS</i>	OPS, Washington	2008	Informe técnico	3	3.3
Osborne, T.	<i>Of health and statecraft. In Foucault: Health and Medicine</i>	Routledge, London	1997	Monografía	4	3.2
Oudshoorn, A.	<i>Client-nurse relationship in home-based palliative care: a critical analysis of power relations</i>	Journal of Clinical Nursing	2007	Cualitativa	4	1.3
Oudshoorn, A.	<i>Power and empowerment: critical concepts in the nurse-client relationship</i>	Contemporary Nurse	2005	Cualitativa	4	1.4
Paavilainen, E.	<i>The client-nurse relationship as experienced by public health nurses: towards better collaboration</i>	Public Health Nursing	1997	Cualitativa	4	1.1
Páez, A.	<i>Ética y prácticas sociales</i>	Docencia eds, Buenos Aires	1988	Monografía	3	Orientación teórica
Parker, L.	<i>Deconstruction and psychotherapy. In Deconstructing Psychotherapy</i>	Sage Publications, London	1999	Monografía	3	Orientación teórica
Parse, R. R.	<i>Human becoming: Parse's theory of nursing</i>	Nursing Science Quarterly	1992	Análisis teórico	2	1.4
Peerson, A.	<i>Foucault and modern medicine</i>	Nursing Inquiry	1995	Análisis teórico	3	Orientación teórica
Perkins, H. S.	<i>Cross-cultural similarities and differences in attitudes about advance care planning</i>	Journal of General Internal Medicine	2002	Cualitativa	4	Contexto autonomía paciente
Perron, A.	<i>Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice</i>	Journal of Advanced Nursing	2005	Cualitativa	4	3

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Pietroni, P. C.	<i>Stereotypes or archetypes- a study of perceptions among health care students</i>	Journal of Social Work Practice	1991	Cualitativa	4	2.1
Porter, S.	<i>New nursing: the road to freedom?</i>	Journal of Advanced Nursing	1994	Análisis teórico	3	1.2 / 1.3
Poster, M.	<i>Foucault, el presente y la historia</i>	Madrid: Gedisa	1990	Monografía	3	Orientación teórica
Potter, R. B.	<i>The origins and applications of "Potter Boxes."</i>	Paperpresented to the State of the World Forum, San Francisco, CA	1999	Conferencia	1	Orientación teórica
Powers, P.	<i>Discourse analysis as a methodology for nursing inquiry</i>	Nursing Inquiry	1996	Análisis teórico	3	Metodología investigación
Prior, L.	<i>Following in Foucault's footsteps: text and context in qualitative research</i>	Thousand Oaks: Sage publications	1997	Monografía	4	Metodología investigación
Purkis, M.	<i>Entering the field: intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice</i>	International Journal of Nursing Studies	1994	Análisis teórico	2	3
Ramesh, M.	<i>Economic crisis and its social impacts: lessons from the 1997 Asian Economic Crisis</i>	Global social policy	2009	Descriptivo	2	3.3
Ramió Jofre, A.	<i>Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya</i>	Universidad de Barcelona, Barcelona	2005	Tesis Doctoral	4	3.3
Ramos, M. C.	<i>The nurse-patient relationship: theme and variations</i>	Journal of Advanced Nursing	1992	Cualitativa	3	1.4
Rapley, M.	<i>Quality of life" talk and the corporation of intellectual disability</i>	Disability and Society	1998	Cualitativa	2	3.1
Reeves, S.	<i>Educación interprofesional: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida)</i>	Biblioteca Cochrane Plus 2008 no 4	2009	Revisión sistemática	4	2
Riley, R.	<i>Governing the surgical count through communication interactions: implications for patient safety</i>	Quality Safety Health Care	2006	Cualitativa	3	2.1

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Roberts, D	<i>Reconstructing the patient: starting with women of color</i>	Oxford University Press, New York	1996	Monografía	2	Contexto autonomía paciente
Robertson, N. A.	<i>Opportunities and constraints of teamworks</i>	Journal of Interprofessional Care	1999	Análisis teórico	2	2.1 / 2.2
Rojas Osorio, C.	<i>Hermenéutica del sujeto</i>	Madrid, La Piqueta	1999	Monografía	3	Orientación teórica
Rose, N.	<i>Political power beyond the state: problematic of government</i>	British Journal of Sociology	1992	Revisión bibliográfica	4	1.4
Salmond, G.	<i>Mattered and Infant Care in Wellintong: A Health Care Consumer Study. Special Report no. 45. Management Services and Research Unit</i>	Department of Health, Wellintong, New Zeland	1975	Descriptivo	2	1.4
Sanger, J.	<i>The complete observer= A field research guide to observation</i>	London: Falmer Press	1996	Monografía	2	2.1
Sargent-Cox, K.	<i>The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study</i>	Social science & medicine	2011	Descriptivo	4	3.3
Schmitt, M. H.	<i>Collaboration improves the quality or care: methodological challenges and evidence from US health care research</i>	Journal of Interprofessional Care	2001	Revisión bibliográfica	3	1.3 / 2
Schubert, J. D.	<i>From a politics of transgression towards an ethics of reflexivity; Foucault, Bourdieu, and academic practice</i>	American Behavioral Scientist	1995	Análisis teórico	2	Orientación teórica
Sen, A.	<i>Rationality and Freedom</i>	Cambridge MA: Belknap Press	2002	Monografía	2	Contexto autonomía paciente
Sevdalis, N.	<i>Predicting preferences: a neglected aspect of shared decision-making</i>	Health Expectations	2006	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Shepard, K. F.	<i>Describing expert practice in physical therapy</i>	Qualitative Health Research	1999	Descriptivo	2	1.2
Sherwin, S.	<i>A relational approach to autonomy in healthcare</i>	Philadelphia: Temple University Press	1998	Monografía	3	Contexto autonomía paciente
Sherwin, S.	<i>A relational approach to autonomy in health care</i>	Temple University Press, Philadelphia	1988	Monografía	1	Contexto autonomía paciente

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Sherwin, S.	<i>'Feminism and bioethics,' in Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction</i>	Oxford University Press, Oxford	1996	Monografía	3	Orientación teórica
Shotter, J.	<i>Conversational Realities: the Constructing of Life Through Language</i>	London: Sage	1993	Monografía	3	Orientación teórica
Skrabaneck, P.	<i>The death of humane medicine and the rise of coercive halthism</i>	Suffolk: The Social Affairs Unit	1994	Análisis teórico	2	3
Stein-Parbury, J.	<i>Patient and person: Developing interpersonal skills in nursing</i>	Melbourne: Churchill Livingstone	1993	Revisión bibliográfica	3	2.1
Stevenson, C.	<i>Theoretical and methodological approaches in discourse analysis</i>	Nurse Researcher	2004	Análisis teórico	4	Metodología investigación
Strauss, A.	<i>Basics of Qualitative Research. Grounded Theory. Procedures and Techniques</i>	London: Sage Publications	1990	Monografía	4	2.2
Streubert, H. J.	<i>Qualitative research in nursing</i>	Philadelphia: J. B. Lippincott. Stake, R. E.	1995	Monografía	4	Metodología investigación
Strickley, T.	<i>The art of loving and the therapeutic relationship</i>	Nursing Inquiry	2002	Análisis teórico	3	1.1
Stuckler, D.	<i>Budget crises, health, and social welfare programmes</i>	Brithis Medical Journal	2011	Análisis teórico	3	3.3
Taylor, C.	Practising Reflexivity in Health and Welfare: Making Knowledge	Open University Press, Buckingham	2000	Monografía	2	1.4
Terry, P. B.	<i>End-of-life decision making: when patients and surrogates disagree</i>	Journal of Clinical Ethics	1999	Cualitativa	3	Contexto autonomía paciente
Thompson, N.	<i>Promoting Equality: Challenging discrimination and oppression in the human services</i>	Macmillan, London	1998	Monografía	3	3
Thorne, S. E.	<i>Are egalitarian relationship a desirable ideal in nursing?</i>	Western Journal of Nursing Research	1999	Cualitativa	3	1
Thylefors, I.	<i>Teamwork in Swedish neuropaediatric habilitation</i>	Child Care, Health and Development	2000	Análisis teórico	2	2

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Timpka, T.	<i>The patient and the primary care team: a small-scale critical theory</i>	Journal of Advanced Nursing	2000	Análisis teórico	3	2
Timpka, T.	<i>Talking at work- professional advice seeking at primary health care centres</i>	Scandinavian Journal of Primary Health Care	1996	Descriptivo	3	2
Titchen, A.	<i>Critical companionship: A conceptual framework for developing expertise</i>	Oxford: Butterworth Heinemann	2001	Monografía	3	Orientación teórica
Titchen, A.	<i>The nature of professional craft knowledge</i>	Oxford: Butterworth Heinemann	2001	Monografía	2	1.2
Touze, V.	<i>Le financement des retraites aux Etats-Unis: Impact de la crise et tendances de long terme</i>	Revue de L'OFCE	2011	Descriptivo	3	3.3
Towle, A.	<i>Framework for teaching and learning informed shared decision-making</i>	British Medicine Journal	1999	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Traynor, M.	<i>Managerialism and Nursing: Beyond Oppression and Profession</i>	Sage, London	1999	Monografía	2	3.2
Traynor, M.	<i>Discourse analysis: theoretical and historical overview and review of papers in the Journal of Advanced Nursing 1996-2004</i>	Journal of Advanced Nursing	2006	Revisión histórica	4	3.2
Trojan, L.	<i>Developing trusting, caring relationship: home care nurses and elderly clients</i>	Journal of Advanced Nursing	1993	Cualitativa	3	1.1
Turner, B. S.	<i>From govern mentality to risk: Some reflections on Foucault's contribution to medical sociology</i>	London: Routledge	1997	Monografía	3	Orientación teórica
Uhart, H.	<i>Algunas reflexiones sobre Lee Iacocca y el cuidado de si</i>	Docencia eds, Buenos Aires	1998	Monografía	2	Orientación teórica
Ulriksen, M.	<i>Social policy development and global financial crisis in the open economies of Botswana and Mauritius</i>	Global social Policy	2011	Análisis teórico	3	3.3
Vahabi, M.	<i>Rational Choice(s)? Rethinking decision-making on Cancer risk and screening mammography</i>	Nursing Inquiry	2003	Cualitativa	3	1
Valverde, M.	<i>As if subject exist; analysing social discourses</i>	Canadian Review of Anthropology and Sociology	1991	Análisis teórico	3	Metodología investigación

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Varela, J.	<i>Michel Foucault; Estrategias de poder.</i>	Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica	1999	Monografía	4	Orientación teórica
Volker, D.	Control and end-of-life care: does ethnicity matter?	Americna Journal Hospice Palliative Care	2005	Cualitativa	3	Contexto autonomía paciente
Walker, R. L.	<i>Medical ethics needs a new view of autonomy</i>	Journal of Medical Philosophy	2009	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Waterworth, S.	<i>Reclutant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care?</i>	Journal of Advanced Nursing	1990	Cualitativa	4	1.1 / 1.3
Webb, C.	<i>What kind of nurses do patients want?</i>	Journal of Advanced Nursing	1995	Revisión bibliográfica	4	1.2 / 1.3
Wetherell, M.	<i>Debates in discourse reserach. In Discourse Theory and Practice: A Reader</i>	Sage, London	2001	Monografía	3	Metodología investigación
White, M.	<i>Narrative Means to a Therapeutic Ends</i>	New York: W.W. Norton	1990	Monografía	2	Metodología investigación
WHO	<i>Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca</i>	WHO, Ginebra	2008	Informe técnico	3	3.3
WHO Commission on Social Determinants of Health	<i>Subsanar las desigualdades en una generación</i>	WHO, Ginebra	2011	Informe técnico	4	3.3
WHO: Commission on Macroeconomics and Health	<i>Invertir en salud</i>	WHO, Ginebra	2003	Informe técnico	3	3.3
Widdicombe, S.	<i>"But you don't class yourself": The interactional management of category membership and non-membership</i>	Antaki, C. & Widdicombe, S, (eds), Identities in talk. London	1998	Monografía	2	2.1
Williams, B.	<i>Ethics and the Limits of Philosophy</i>	Fontana Press, London	1985	Monografía	3	Orientación teórica
Willians, A.	<i>A study of practicing nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship</i>	Journal of Advanced Nursing	2001	Cualitativa	4	1.1

PRIMER AUTOR	TÍTULO	FUENTE	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	LIKERT	CATEGORÍA TEMÁTICA
Wilson, H. V.	<i>Power and partnership: a critical analysis of the surveillance discourses of child health nurses</i>	Journal of Advanced Nursing	2001	Cualitativa	4	1.4
Wirtz, V.	<i>Patient–doctor decision-making about treatment within the consultation: a critical analysis of models</i>	Social Science and Medicine	2006	Análisis teórico	3	Contexto autonomía paciente
Witto, S.	<i>Pedagogía universitaria y anverso genealógico. Michael Foucault</i>	Rev académica Universidad Bolivariana	2001	Análisis teórico	4	Orientación teórica
Wodak, R.	<i>What CDA is about a summary of its history, important concepts and its developments</i>	Thousand Oaks: Sage publications	2001	Monografía	2	Metodología investigación
Wolf, S.	<i>Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction</i>	Oxford University Press	1996	Monografía	3	Orientación teórica
Zaforteza, C.	<i>¿Qué perspectivas tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?</i>	Enferm Intensiva	2003	Cualitativa	4	1.3 / 2.2
Zaforteza, C.	<i>Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: indicios para el cambio</i>	Nure Investigación	2004	Revisión bibliográfica	4	1.3 / 2.2
Zola, J. K.	<i>Medicine as an institution of social control</i>	Sociological Review	1972	Análisis teórico	3	3.2
Zwarenstein, M.	<i>Colaboración interprofesional: efectos de las intervenciones basadas en la práctica sobre la práctica profesional y los resultados de salud (Revisión Cochrane traducida)</i>	Biblioteca Cochrane Plus 2009 no 3	2009	Revisión sistemática	4	2

Anexo 2

BIBLIOGRAFÍA DE MICHEL FOUCAULT

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Obra publicada	<i>Maladie Mentale et Personnalité.</i> Paris: Presses Universitaires de France, 1954	Enfermedad Mental y Personalidad. Barcelona: Paidós	1999	Perspectiva postestructuralista
	<i>Folie et Déraison. Histoire de la Folie à l'Age Classique.</i> Paris: Plon, 1961	<i>Historia de la Locura en la Época Clásica</i> , 2 vols. Madrid: Fondo de Cultura Económica	1967	Orientación teórica
	<i>Naissance de la Clinique. Une Archéologie du Regard Médical.</i> Paris: Presses Universitaires de France, 1963	<i>El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología de la Mirada Médica.</i> Madrid: Siglo Veintiuno	1966	Orientación teórica
	<i>Raymond Roussel.</i> Paris: Gallimard, 1963	<i>Raymond Roussel.</i> Buenos Aires: Siglo Veintiuno	1973	Orientación teórica
	<i>Les Mots et les Choses. Une Archéologie des Sciences Humaines</i> Paris: Gallimard, 1966	<i>Las Palabras y las Cosas: Una Arqueología de las Ciencias Humanas.</i> México: Siglo Veintiuno	1968	Ética foucaultinana
	<i>L'Archéologie du Savoir.</i> Paris: Gallimard, 1969	<i>La Arqueología del Saber.</i> México: Siglo Veintiuno	1970	Perspectiva postestructuralista
	<i>L'Ordre du Discours.</i> Paris: Gallimard, 1971	<i>El Orden del Discurso.</i> Barcelona: Tusquets	1973	Perspectiva postestructuralista
	<i>Ceci n'est pas une Pipe.</i> Montpellier: Fata Morgana, 1973	<i>Esto no es una Pipa.</i> Barcelona: Anagrama	1981	Orientación teórica
	<i>Moi Pierre Rivière, ayant égorgé ma Mère, ma Soeur et mon Frère. Un Cas de Parricide au XIX Siècle.</i> Paris: Gallimard-Julliard, 1973	<i>Yo, Pierre Rivière habiendo degollado a mi Madre, mi Hermana y mi Hermano.</i> Barcelona: Tusquets	1976	Orientación teórica
	<i>Surveiller et Punir. Naissance de la Prison.</i> Paris: Gallimard, 1975	<i>Vigilar y Castigar: Nacimiento de la Prisión.</i> México: Siglo Veintiuno	1976	Orientación teórica
	<i>La Volonté de Savoir. Histoire de la Sexualité, Tome I.</i> Paris: Gallimard, 1976	<i>Historia de la Sexualidad. Vol.1: La Voluntad de Saber.</i> México: Siglo Veintiuno	1977	Ética Foucaultinana
	<i>Herculine Barbin dite Alexina B.</i> Paris: Gallimard, 1978	<i>Herculine Barbin llamada Alexina B.</i> Madrid: Revolución	1985	Orientación teórica
	<i>Le Désordre des Familles. Lettres de Cachet des Archives de la Bastille.</i> Paris: Gallimard/Julliard.		1982	Consulta
	<i>L' Usage des Plaisirs. Histoire de la Sexualité, Tome II.</i> Paris: Gallimard, 1984	<i>Historia de la Sexualidad. Vol.2: El Uso de los Placeres.</i> México: Siglo Veintiuno	1986	Orientación teórica

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Obra publicada	<i>Le Souci de Soi. Histoire de la Sexualité, Tome III.</i> Paris: Gallimard, 1984	<i>Historia de la Sexualidad. Vol. 3: La Inquietud de Sí.</i> México: Siglo Veintiuno	1987	Ética foucaultinana
	<i>Resumé des Cours.</i> Paris: Julliard.		1989	Consulta
	<i>Dits et Écrits. Vol.1: 1954-1969. Vol.2: 1970-1975. Vol.3: 1976-1979. Vol.4:1980-1988.</i> Paris: Éditions Gallimard, 1994	<i>Obras Esenciales. Vol.1: Entre Filosofía y Literatura. Vol.2: Estrategias de Poder. Vol.3: Estética, Ética y Hermenéutica.</i> Barcelona: Paidós	1999	Ética foucaultinana
	<i>Il Faut Défendre la Société. Cours au Collège de France, 1975-1976.</i> Paris: Seuil/Gallimard, 1997	<i>Defender la Sociedad. Curso del Colegio de Francia. 1975-1976.</i> Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica	1999	Consulta
	<i>Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975.</i> Paris: Seuil/Gallimard, 1999	<i>Los Anormales. Curso del Colegio de Francia.1974-1975.</i> Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica	2000	Consulta
	<i>L'Herméneutique du Sujet. Cours au Collège de France, 1981- 1982.</i> Paris: Seuil/Gallimard, 2001	<i>La Hermenéutica del Sujeto. Curso en el Colegio de Francia (1981-1982).</i> Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica	2002	Ética foucaultinana
	<i>Pouvoir Psychiatrique. Cours au Collège de France, 1973-1974.</i> Paris: Seuil/Gallimard.		2003	Consulta
TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«Introduction», en: Ludwig Binswanger. <i>Le Rêve et l'Existence.</i> Brujas: Desclée de Brouwer, 1954.		1954	Consulta
	«La Psychologie de 1850 à 1950», en: A. Weber, D. Huisman (eds.) <i>Histoire de la Philosophie Contemporaine, Vol. 2.</i> Paris, 1957.		1957	Consulta
	«La Recherche Scientifique et la Psychologie», en: Georges Hahn (ed.) <i>Des Chercheurs Français s'interrogent. Orientation et Organisation du Travail Scientifique en France.</i> Paris: Privat/Presses Universitaires de France, 1957.			Consulta
	«Alexandre Koyré. La Révolution Astronomique. Copernic, Kepler, Borelli». <i>La Nouvelle Revue Française</i> , N° 108, Diciembre 1961.		1961	Consulta
	«La Folie n'existe que dans une Société». Conversación con Jean Paul Weber. <i>Le Monde</i> , 22 de Julio de 1961.			Consulta

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«Introduction», en: Jean-Jacques Rousseau. <i>Dialogues</i> . Paris: Armand Colin, 1962.		1962	Consulta
	«Un Si Cruel Savoir». <i>Critique</i> , N° 182, Julio 1962.			Consulta
	«Dire et Voir chez Raymond Roussel». <i>Lettre Ouverte</i> , N° 4, Agosto 1962.			Consulta
	«Le “Non” du Père». <i>Critique</i> , N° 178, Marzo 1962.			Consulta
	«Préface à la Transgression». <i>Critique</i> , N° 195-196: <i>Hommage à Georges Bataille</i> , Agosto-Septiembre de 1963	«Prefacio a la Transgresión, en: <i>Entre Filosofía y Literatura. Obras Esenciales-Vol. I</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1963	Consulta
	«Le Langage a l’Infini». <i>Tel Quel</i> , N° 15, Otoño de 1963.			Consulta
	«Distance, Aspect, Origine». <i>Critique</i> , N° 198, Noviembre de 1963. 1964			Consulta
	«Pouquoi Réedite-t-on l’Oeuvre de Raymond Roussel? Un Précurseur de Notre Littérature Moderne». <i>Le Monde</i> , 22 de Agosto de 1964.			Consulta
	«Le Langage de l’Espace». <i>Critique</i> , N° 203, Abril 1964.			Consulta
	«L’Obligation d’Écrire». <i>Arts, Lettres, Spectacles, Musique</i> , 11 de Noviembre de 1964.			Consulta
	«La Prose d’Actéon». <i>La Nouvelle Revue française</i> , n° 135, Marzo 1964	«La Prosa de Acteón», en: <i>Entre Filosofía y Literatura. Obras Esenciales-Vol. I</i> . Barcelona: Paidós, 1999	Consulta	
	«La Pensée du Dehors». <i>Critique</i> , N° 229, Junio de 1966	«El Pensamiento del Afuera», en: <i>Entre Filosofía y Literatura. Obras Esenciales-Vol. I</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1966	Consulta
	«Michel Foucault». Conversación con Madeleine Chapsal. <i>La Quinzaine Littéraire</i> , N° 5, 16 de Mayo de 1966	«A propósito de <i>Las Palabras y las Cosas</i> », en: <i>Saber y Verdad</i> . Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1991		Ética Foucaultinana
	«Sur les Façons d’Écrire l’Histoire». Conversación con Raymond Bellour. <i>Les Lettres françaises</i> , 15 de Junio de 1967 (Trad. cast.	«Sobre los Modos de Escribir la Historia», en: <i>El Libro de los Otros</i> . Barcelona, Anagrama, 1973	1967	Consulta

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«Un "Fantastique" de Bibliothèque». <i>Cahiers de la Compagnie Renaud-Barrault</i> , nº 59, 1967	«La Biblioteca Fantástica», en: Gustav Flaubert. <i>La tentación de San Antonio</i> , Madrid: Siruela, 1988	1967	Consulta
	«Che Cos'è Lei Professor Foucault?». Conversación con Paolo Caruso. <i>La Fièra Lettèraria</i> , año XLII, Nº 39, 28 de Septiembre de 1967.			Consulta
	«Nietzsche, Freud, Marx». Conferencia del año 1964 en el VII Coloquio Filosófico Internacional de Royaumont sobre Nietzsche, en: <i>Cahiers de Royaumont, Philosophie</i> , VI, 1967	<i>Nietzsche, Freud y Marx</i> . Barcelona: Anagrama, 1972		Perspectiva postestructuralista
	«Foucault Répond à Sartre». Conversación con Jean-Pierre El Kabbach. <i>La Quinzaine Littéraire</i> , Nº 46, 1 de Marzo de 1968	«Foucault Responde a Sartre», en: <i>Saber y Verdad</i> . Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1991	1968	Orientación teórica
	«Réponse à une Question». <i>Esprit</i> , Nº 371, Mayo de 1968	«La Función Política del Intelectual. Respuesta a una Cuestión», en: <i>Saber y Verdad</i> . Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1991		Orientación teórica
	«Réponse au Cercle d'Épistémologie». <i>Cahiers pour l'Analyse</i> , Nº 9, 1968	«Respuesta al Círculo de Epistemología», en: <i>Análisis de Michel Foucault</i> . Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1970		Consulta
	«Qu'est-ce qu'un Auteur?». <i>Bulletin de la Société Française de Philosophie</i> , Nº63, Julio/Septiembre, 1969.	«¿Qué es un autor?», en: <i>Entre Filosofía y Literatura. Obras Esenciales-Vol. I</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1969	Ética foucaultinana
	«Ariane s'est Pendue». <i>Le Nouvel Observateur</i> , 31 de Marzo de 1969	«Ariadna se ha colgado», en: <i>Entre Filosofía y Literatura. Obras Esenciales-Vol. I</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Consulta
	«Medecins, Juges et Sorciers au XVII Siècle». <i>Medicine de France</i> , Nº 200, 1969	«Médicos, Jueces y Brujos en el Siglo XVII», en: <i>La Vida de los Hombres Infames</i> . Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1990		Consulta
	«Conversazione con Michel Foucault». Conversación con Paolo Caruso del año 1967, en: Paolo Caruso. <i>Conversazioni con Lévi-Strauss, Foucault, Lacan</i> . Milán: Mursia, 1969	<i>Conversaciones con Lévi-Strauss, Foucault y Lacan</i> . Barcelona: Anagrama, 1969		Consulta
	«La Situation de Cuvier dans l'Histoire de la Biologie». <i>Thalès</i> , Nº 21, Enero/Marzo, 1970	«La Situación de Cuvier en la Historia de la Biología», en: <i>Saber y verdad</i> , Madrid, Ediciones de La Piqueta, 1991	1970	Consulta
	«Theatrum Philosophicum». <i>Critique</i> , Nº 282, Noviembre 1970	<i>Theatrum Philosophicum</i> . Barcelona: Anagrama, 1972		Consulta

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«Kyôki to Shakai». Conferencia pronunciada el 29 de septiembre de 1970 en el Instituto Francojaponés de Kyoto, en: <i>Misuzu</i> , Diciembre de 1970	«La Locura y la Sociedad», en: <i>Entre Filosofía y Literatura. Obras Esenciales- Vol.I</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1970	Consulta
	«Desazón, Bungaku, Shakai». Conversación con T.Shimizu y M.Watanabe. <i>Bungei</i> , Nº 12, Diciembre 1970	«Locura, Literatura y Sociedad», en: <i>Entre Filosofía y Literatura. Obras Esenciales- Vol.I</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Consulta
	«Sept Propos sur le Septième Ange», en: Jean Brisset. <i>La Grammaire Logique sivre de la Science de Dieu</i> . Paris: Claude Tchou, 1970.			Consulta
	«Vérité et Pouvoir». Conversación con M. Fontana. <i>L'Arc</i> , 70, Nº especial, 1971	«Verdad y Poder», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1971	
	«Nietzsche, la Généalogie, l'Histoire», en: Michel Foucault (<i>Et. Al.</i>). <i>Hommage á Jean Hyppolite</i> . Paris: Presses Universitaires de France, 1971	<i>Nietzsche, la Genealogía, la Historia</i> . Valencia: Pre-Textos, 1988		Orientación teórica
	«Par-Delá le Bien et le Mal». Conversación con los redactores y lectores de la Revista Actuel. <i>Actuel</i> , Nº 14, Noviembre 1971	«Más Allá del Bien y del Mal», en: <i>Microfísica del Poder</i> , Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1978		Consulta
	«Sur la Justice Populaire: Débat avec les Maos». <i>Temps Modernes</i> , Nº 310, 1972	«Sobre la Justicia Popular: Debate con los Maos», en: <i>Un Diálogo sobre el Poder</i> , Madrid: Alianza, 1981	1972	Consulta
	«Les Intellectuels et le Pouvoir». Conversación con Gilles Deleuze. <i>L'Arc</i> , Nº 49, 1972	«Los Intelectuales y el Poder», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Perspectiva postestructuralista
	«Archeologie Kara Dynastique He». Conversación con S. Hasumi. <i>Umi</i> , Marzo de 1973	«De la Arqueología a la Dinástica», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1973	Perspectiva postestructuralista
	«Entretien avec Michel Foucault à propos de l'Enfermement Penitentiaire». <i>Pro Justitia</i> , Nº 1, Octubre 1973	«A Propósito del Encierro Penitenciario», en: <i>Un Diálogo sobre el Poder</i> , Madrid: Alianza, 1988		Consulta
	«Gefängnisse und Gefängnisrevolten». Conversación con B. Morawe. <i>Dokumente: Zeitschrift für Übernationale Zusammenarbeit</i> . Año 29, Nº 2, Junio 1973	«Prisiones y Motines en las Prisiones», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Consulta
	«Human Nature: Justice versus Power». Discusión con Noam Chomsky y Fons Elders, en: Fons Elders (Comp.). <i>Reflexive Water: The Basic Concerns of Mankind</i> . Londres: Souvenir Press, 1974	«De la Naturaleza Humana: Justicia contra Poder», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales-Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1974	Consulta
	«A Verdade e as Formas Jurídicas». Conferencias en la Universidad Católica de Río de Janeiro entre el 21 y el 25 de Mayo de 1973. Río de Janeiro: Cuadernos da PUC, Nº 16, Junio 1974	«La Verdad y las Formas Jurídicas», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Perspectiva postestructuralista

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«Pouvoir et Corps». <i>Quel corps?</i> , Nº 2, Septiembre/Octubre 1975	«Poder, Cuerpo», en: <i>Microfísica del Poder</i> , Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1978	1975	Perspectiva postestructuralista
	«Entretien sur la Prison: le Livre et sa Methode». Conversación con J.J. Brochier. <i>Magazine Littéraire</i> , Nº 101, Junio 1975	«Entrevista sobre la Prisión: el Libro y su Método», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Consulta
	«Hospícios, Sexualidade, Prisões». Conversación con M.Almeida, R. Chneiderman, M. Faerman, R. Moreno, M. Taffarel-Faerman. <i>Revista Versus</i> , Nº 1, Octubre 1975	«Asilos, Sexualidad, Prisiones», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Consulta
	«Radioscopie de Michel Foucault». Conversación con J. Chancel, 10 de Marzo de 1975. París: Ed. Radio France, 3 de Octubre de 1975.			Consulta
	«Questions à Michel Foucault sur la Géographie». <i>Herodote</i> , Nº 1, Enero- Marzo 1976 (Trad. cast.	«Preguntas a Michel Foucault sobre la Geografía», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1976	Consulta
	«La Politique de la Santé au XVIIIe Siècle». <i>Les Machines à Guérir. Aux Origines de l'Hôpital Moderne: Dossiers et Documents</i> . Paris: Institut l'Environnement, 1976	«La Política de la Salud en el Siglo XVIII», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Consulta
	«¿Crisis de un Modelo de Medicina?». Conferencia del año 1974 en la Universidad de Río de Janeiro. <i>Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud</i> , Nº3, Enero-Abril, 1976			Perspectiva postestructuralista
	«L'Occident et la Verité du Sexe». <i>Le Monde</i> , 5 de Noviembre de 1976.			Consulta
	«Le Jeu de Michel Foucault». Conversación con Jacques-Alain Miller y miembros del Département de Psychanalyse de la Universidad de Vincennes. <i>Revista Ornicar</i> , Nº 10, Julio de 1977	«El Juego de Michel Foucault», en: <i>Saber y Verdad</i> . Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1999	1977	Perspectiva postestructuralista
	«Non au Sexe Roi». Conversación con Bernard-Henri Lévy. <i>Le Nouvel Observateur</i> , 12 de Marzo de 1977	«No al Sexo Rey», en: <i>Diálogo sobre el Poder</i> , Madrid: Alianza, 1981		Consulta
	«L'Angoisse de Juger». Conversación con Jean Laplanche y Robert Badinter. <i>Le Nouvel Observateur</i> , 30 de Mayo de 1977	«La Angustia de Juzgar. Debate sobre la Pena de Muerte», en: <i>Saber y Verdad</i> , Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1991		Consulta
	«Enfermement, Psychiatrie, Prison: Dialogue avec Michel Foucault et David Cooper». <i>Change</i> , Nº 22/23, Octubre 1977; resumido en: <i>La Quinzaine littéraire</i> , 16 de Octubre de 1977	«Encierro, Psiquiatría, Prisión», en: <i>Un Diálogo sobre el Poder</i> , Madrid: Alianza, 1988		Perspectiva postestructuralista
	«Pouvoirs et Stratégies». <i>Les Révoltes Logiques</i> , Nº 4, invierno 1977	«Poderes y Estrategias», en: <i>Microfísica del Poder</i> , Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1978		Perspectiva postestructuralista

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«Préface», a: Gilles Deleuze, Félix Guattari. <i>Anti-Oedipus</i> , New York: Viking Press, 1977	«Prefacio a <i>El Antiedipo</i> », en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1977	Consulta
	Les Rapports de Pouvoir passent a l'Intérieur des Corps». Conversación con Lucette Finas. <i>La Quinzaine Littéraire</i> , N° 247, 1977	«Las Relaciones de Poder penetran en los Cuerpos», en: <i>Microfísica del Poder</i> , Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1978		Perspectiva postestructuralista
	«La Vie des Hommes Infâmes». <i>Les Cahiers du Chemin</i> , N° 29, 15 de enero de 1977	«La Vida de los Hombres Infames», en: <i>Estrategias de Poder. Obras Esenciales – Vol. II</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Perspectiva postestructuralista
	«El Nacimiento de la Medicina Social». Conferencia del año 1974 en la Universidad de Río de Janeiro. <i>Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud</i> , N°6, Enero-Abril, 1977			Perspectiva postestructuralista
	«Préface», en: M. Debard, J.L. Hennig. <i>Les Juges Kaki</i> . París: A. Moreau, 1977			Consulta
	«Sei to Kenryoku». Conferencia en la Universidad de Tokio el 20 de abril de 1978. <i>Gendaishiso</i> , Julio 1978	«Sexualidad y Poder», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales- Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1978	Perspectiva postestructuralista
	«Tetsugaku no Butai». Conversación con Moriaki Watanabe. <i>Sekai</i> , Julio 1978	«La Escena de la Filosofía», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«Dialogue on Power», en: S. Wade (comp.). <i>Chez Foucault</i> . Los Ángeles: Circabook, 1978	«Diálogo sobre el Poder», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Perspectiva postestructuralista
	«Qu'est-ce que la Critique?». <i>Bulletin de la Société Française de Philosophie</i> , 84 ^e année, N° 2, Abril-Junio 1990	«Crítica y Aufklärung», en: <i>Revista de Filosofía Universidad de los Andes</i> , 8, 1995		Consulta
	«La Governamentalità». <i>Aut-Aut</i> , N°167-168, Septiembre-Diciembre 1978	«La Gubernamentalidad», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales: Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«La Incorporación del Hospital en la Tecnología Moderna». Conferencia de 1974 en la Universidad de Río de Janeiro. <i>Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud</i> , N°10, Mayo-Agosto 1978			Ética foucaultiana
	«Nuevo Orden Interior y Control Social». Intervención en la Universidad de Vincennes, 1978, en: <i>Saber y Verdad</i> . Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1999			Orientación teórica
	«La Vie, l'Experience et la Science» («Georges Canguilhem: Philosopher of Error», en: Georges Canguilhem. <i>On the Normal and the Pathological</i> Boston: Dordrecht Reidel, 1978.			Consulta

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	<i>Revue de Métaphysique et de Morale</i> , 90 ^o Année, N ^o 1, Enero-Marzo de 1985	«Georges Canguilhem: Filósofo del Error», en: Ramón Maiz (Comp.) <i>Discurso, Poder, Sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault</i> . Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1987	1978	Consulta
	«Gendai no Kenryoku wo Tou». Conferencia pronunciada en Tokio el 27 de abril de 1978. <i>Asahi Jaanaru</i> , 2 de Junio de 1978	«La Filosofía Analítica de la Política», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«Le Gai Savoir». Conversación con Jean Le Bitoux, 10 de julio de 1978. <i>La Revue h.</i> , N ^o 2, otoño 1996			Consulta
	«Conversation sans Complexes avec le Philosophe qui Analyse les "Structures du Pouvoir"». Conversación con J. Bauer. <i>Playmen</i> , año 12, N ^o 10, Octubre de 1978			Consulta
	«Inutile de se Soulever? <i>Le Monde</i> , 11 de Mayo de 1979	«Es inútil sublevarse?», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales: Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1979	Ética foucaultiana
	«Omnes et Singulatim: Towards a Criticism of "Political Reason"». Lección del 10 y 16 de octubre de 1979, en la Universidad de Stanford. <i>Le Débat</i> , N ^o 41, Septiembre-Noviembre 1986	«Omnes et Singulatim. Hacia una Crítica de la Razón Política», en: <i>La Vida de los Hombres Infames</i> . Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1990		Ética foucaultiana
	«Pour una Morale de l'Inconfort. L'Eure des Ruptures». <i>Le Nouvel Observateur</i> , 23 de Abril de 1979			Consulta
	«Un Plaisir si Simple». <i>Gai Pied</i> , N ^o 1, Abril, 1979			Consulta
	«Power and Norm: Notes», en: Meghan Morris, Paul Patton (Ed.) <i>Michel Foucault: Power, Truth, and Strategy</i> . Sidney: Feral Publications, 1979	«El Poder y la Norma», en: Ramón Maiz (Comp.) <i>Discurso, Poder, Sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault</i> . Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela, 1987		Perspectiva postestructuralista
	«Débat avec Michel Foucault. Table Ronde du 20 Mai 1978», en Michelle Perrot (Ed.). <i>L'Impossible Prison</i> . Paris: Seuil, 1980		1980	Consulta
	«Le Philosophe Masqué». Texto anónimo, conversación con Christian Delacampagne. <i>Le Monde</i> , 6 de Abril de 1980	«El Filósofo Enmascarado», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales: Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«Le Vrai Sexe». Prefacio a la edición americana de <i>Herculine Barbin, dite Alexina B. Arcadie</i> , N ^o 27, Noviembre 1980	«El Sexo Verdadero», en: <i>Herculine Barbin llamada Alexina B.</i> , Madrid: Revolución, 1985		Consulta
	«De l'Amitié comme Mode de Vie». Conversación con René de Ceccotty, Jean Danet y Jean Le Bitoux. <i>Gai Pied</i> , N ^o 25, Abril 1981		1981	Consulta

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«As Malhas do Poder». Conferencia en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Bahía en el año 1976. <i>Barbárie</i> , N° 4, verano de 1981; <i>Barbárie</i> , N° 5, verano de 1982	«Las Mallas del Poder», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1981	Perspectiva postestructuralista
	«Sexuality and Solitude». <i>London Review of Books</i> , Vol. III, N° 9, 21 de Mayo-5 de Junio 1981	«Sexualidad y Soledad», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«Colloqui con Foucault». Conversación con Duccio Trombadori. Salerno, 1981			Ética foucaultiana
	«Est-il donc Important de Penser?». Conversación con Didier Eribon. <i>Libération</i> , N° 15, 30-31 de Mayo de 1981			Consulta
	«Le Combat de la Chasteté». <i>Communications</i> , N° 35, Mayo 1982	«El Combate de la Castidad», en: <i>Saber y Verdad</i> . Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1991	1982	Perspectiva postestructuralista
	«The Subject and Power», en: Hubert Dreyfus, Paul Rabinow. <i>Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics</i> . Chicago: The University of Chicago Press, 1982	«El Sujeto y el Poder», en: Hubert Dreyfus, Paul Rabinow. <i>Michel Foucault: Más Allá del Estructuralismo y la Hermenéutica</i> . México: Universidad Nacional Autónoma, 1988		Perspectiva postestructuralista
	«Technologies of the Self». Conferencias en la Universidad de Vermont, Octubre de 1982, en: P. Hutton, H. Gutman y L. Martín (Comps.). <i>Technologies of the self. A Seminar with Michel Foucault. 1982</i> . Amherst: University of Massachussets Press, 1988	<i>Tecnologías del Yo</i> . Barcelona: Paidós, 1990		Ética foucaultiana
	«Truth, Power, Self». Conversación con Rux Martin en 1982, en: P. Hutton, H. Gutman y L. Martín (Comps.). <i>Technologies of the self. A Seminar with Michel Foucault. 1982</i> . Amherst: University of Massachussets Press, 1988	«Verdad, Individuo y Poder», en: <i>Tecnologías del Yo</i> . Barcelona: Paidós, 1996		Perspectiva postestructuralista
	«Sexual Choice, Sexual Act». Conversación con James O'Higgins. <i>Salgamundi</i> , N° 58-59: <i>Homosexuality: Sacrilege, Vision, Politics</i> , invierno 1982			Consulta
	«The Social Triumph of the Sexual Will». Conversación con G. Barbedette, 20 Octubre de 1981. <i>Christopher Street</i> , Vol. 6, N° 4, Mayo de 1982			Consulta
	«L'écriture de Soi». <i>Corps Ecrit</i> , N° 5, 1983	«La Escritura de Sí», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1983	Ética foucaultiana

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«Un Système Fini face a une Demande Infinie». Conversación con Robert Bono, en: <i>Securité Sociale. L'Enjeu</i> , Paris: Editions Syros, 1983	«Seguridad Social: un Sistema Finito frente a una Demanda Infinita», en: <i>Saber y Verdad</i> . Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1991	1983	Ética foucaultiana
	«On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress». Conversación con Hubert Dreyfus y Paul Rabinow, en: Hubert Dreyfus, Paul Rabinow. <i>Michel Foucault. Beyond Structuralism and Hermeneutics</i> . Chicago: The University of Chicago Press, 1983 (2ª edic.)	«Sobre la Genealogía de la Ética», en: Tomás Abraham (Ed.) <i>Foucault y la Ética</i> . Buenos Aires: Biblos, 1988		Ética foucaultiana
	«Structuralisme et Post-structuralisme: Remise en Perspective». Conversación con Gérard Raulet, Mayo 1982. <i>Telos</i> , Vol. XVI, Nº 55, primavera de 1983	«Estructuralismo y Postestructuralismo», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona, Paidós, 1999		Perspectiva postestructuralista
	«Michel Foucault. An Interview with Stephen Riggins». <i>Ethos</i> , Nº2, Vol.1, otoño 1983			Consulta
	«Fearless Speech». Seminario dictado en la Universidad de Berkeley, Octubre- Noviembre de 1983. Editado por Joseph Pearson. Los Angeles: Semiotext(e), 2001	«Coraje y Verdad», en: Tomás Abraham (pres.) <i>El Último Foucault</i> . Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2003. Michel Foucault. «Discurso y Verdad en la Antigua Grecia». Barcelona: Paidós, 2004		Consulta
	«Des Espaces Autres». Conferencia pronunciada el 14 de Marzo de 1967 <i>Architecture, Mouvement, Continuité</i> , Nº 5, Octubre de 1984	«Espacios Diferentes», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona: Paidós, 1999	1984	Ética foucaultiana
	«L'Éthique du Souci de Soi comme Pratique de la Liberté». Conversación con Helmut Becker, Raúl Fornet-Betancourt y Alfred Gomez-Müller, 20 de Enero de 1984. <i>Concordia: Revista Internacional de Filosofía</i> , Nº 6, 1984	«La Ética del Cuidado de Sí como Práctica de la Libertad», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«Foucault». Escrito bajo el seudónimo de Maurice Florence, en: Denis Huisman(Comp.) <i>Dictionnaire des Philosophes</i> . Paris: PUF, 1984	«Foucault», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales- Vol. III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«Polemics, Politics, and Problematizations». Conversación con Paul Rabinow y Thomas Zummer, Mayo 1984, en: Paul Rabinow (Ed). <i>The Foucault Reader</i> . New York: Pantheon Books, 1986	«Polémica, Política y Problematizaciones», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«Le Souci de la Vérité». Conversación con François Ewald. <i>Magazine Littéraire</i> , Nº 207, 1984	«El Cuidado de la Verdad», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE OBRA ORIGINAL ORDENADA POR FECHA DE PUBLICACIÓN	OBRA TRADUCIDA AL CASTELLANO	AÑO	CODIFICACIÓN
Artículos, conferencias y entrevistas	«Une Esthétique de l'Existence: Faire de sa Vie une Oeuvre d'Art». Conversación con Alessandro Fontana. <i>Le Monde</i> , 15 de julio de 1984		1984	Consulta
	«What is Enlightenment?», en: Paul Rabinow (Ed.) <i>The Foucault Reader</i> . Nueva York: Pantheon Books, 1984	«¿Qué es la Ilustración?», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales- Vol.III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Consulta
	«Le Retour de la Morale». Conversación con Gilles Barbedette y André Scala. <i>Les Nouvelles Littéraires</i> , Nº2.937, 28 de Junio-5 de Julio 1984	«El Retorno de la Moral», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«La Fobie d'État». <i>Libération</i> , 30 de Junio-1 de Julio 1984	«La Fobia al Estado», en: <i>La Vida de los Hombres Infames</i> . Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1990		Consulta
	«Un Cours Inédit: Qu'est-ce que les Lumières?» Resumen del curso del 5 de enero de 1983 en el Collège de France. <i>Magazine Littéraire</i> , Nº 207, Mayo 1984	«¿Qué es la Ilustración? (Curso Inédito)», en: <i>Saber y Verdad</i> . Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1991		Consulta
	«Sex, Power and the Politics of Identity». Conversación con B. Gallagher y A. Wilson. <i>The Advocate</i> , Nº 400, 7 de Agosto 1984	«Sexo, Poder y Política de la Identidad», en: <i>Estética, Ética y Hermenéutica. Obras Esenciales-Vol III</i> . Barcelona: Paidós, 1999		Ética foucaultiana
	«Face aux Gouvernements les Droits de l'Homme». Texto leído en Ginebra en 1981. <i>Libération</i> , 30 Junio-1 Julio 1984			Consulta
	«Politics and Ethics: An Interview». Conversación con Paul Rabinow, Charles Taylor, Richard Rorty, Leo Lowenthal y Martín Jay, Abril 1983, en: Paul Rabinow (Ed.) <i>The Foucault Reader. An Introduction to Foucault's Thought</i> . New York: Panteon Books, 1984			Ética foucaultiana
	«Archaeology of a Passion». Conversación con C.Ruas, 15 de septiembre de 1983, en: Michel Foucault. <i>Raymond Rousset, Death and the Labyrinth</i> . New York: Doubleday, 1984			Ética foucaultiana
TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN	
Bibliografía sobre M. Foucault	ABRAHAM, T. <i>Los Senderos de Foucault</i> . Buenos Aires: Nueva Visión	1989	Orientación teórica	
	ABRAHAM, T. <i>Foucault y la Ética</i> . Buenos Aires: Nueva Visión	1990	Ética foucaultiana	
	ABRAHAM, T. <i>Pensadores Bajos: Sartre, Foucault, Deleuze</i> . Buenos Aires: Catálogos	1987	Orientación teórica	

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	ABRAHAM, T. (pres.) <i>El Último Foucault</i> . Buenos Aires: Editorial Sudamericana	2003	Ética foucaultiana
	ÁLVAREZ-URÍA, F. «Capitalismo y Subjetividad. La Teoría Política y Social de Michel Foucault», en: Pablo López, Jacobo Muñoz (eds.). <i>La Impaciencia de la Libertad: Michel Foucault y lo Político</i> . Madrid: Biblioteca Nueva	2000	Ética foucaultiana
	ÁLVAREZ-URÍA, F; VARELA, J. <i>La Crisis de los Paradigmas Sociológicos: El Papel de la Teoría de Michel Foucault</i> . Valencia: Cuadernos	1994	Orientación teórica
	ÁLVAREZ-URÍA, F; VARELA, J. <i>Genealogía y Sociología</i> . Buenos Aires: El Cielo por Asalto	1998	Orientación teórica
	ÁLVAREZ YÁGUEZ, J. <i>Michel Foucault: Verdad, Poder, Subjetividad. La Modernidad Cuestionada</i> . Madrid: Ediciones Pedagógicas	1995	Ética foucaultiana
	AMIOT, M. (et. al.) <i>Análisis de Michel Foucault</i> . Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo	1970	Ética foucaultiana
	ARIÉS, PH; BEJÍN, A; FOUCAULT, M. <i>Sexualidades Occidentales</i> . Barcelona: Paidós	1991	Orientación teórica
	ARTIÈRES, PH; DA SILVA, E (dirs.). <i>Michel Foucault et la Médecine: Lectures et Usages</i> . París: Kimé	2001	Orientación teórica
	BALL, SJ (comp.). <i>Foucault y la Educación. Disciplinas y Saber</i> . A Coruña: Morata	1993	Perspectiva postestructuralista
	BARTHES, R. «Savoir et Folie». <i>Critique</i> , Nº 174, Noviembre 1961	1961	Orientación teórica
	BAUDRILLARD, J. <i>Olvidar a Foucault</i> . Valencia: Pre-Textos	2001	Ética foucaultiana
	BEER, D. <i>Michel Foucault: Form and Power</i> . Oxford: University of Oxford, European Humanities Research Centre	2002	Perspectiva postestructuralista
	BERMÚDEZ I ROSES, JA. <i>Foucault, un Il·lustrat Radical?</i> . Valencia: Universidad de Valencia	2003	Perspectiva postestructuralista
	BERNAUER, J..«Más Allá de la Vida y de la Muerte: Foucault y la Ética después de Auschwitz», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Ética foucaultiana

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	BLANCHOT, M. <i>Michel Foucault: Tal y Como Yo lo Imagino</i> . Valencia: Pre-Textos	1988	Ética foucaultiana
	BOYNE, R. <i>Foucault and Derrida: the Other Side of Reason</i> . London: Unwin Hyman	1990	Orientación teórica
	BRATICH, J; PACKER, J; McCARTHY, C (eds.). <i>Foucault, Cultural Studies, and Governmentality</i> . Albany: State University of New York Press	2003	Ética foucaultiana
	BURKE, S. <i>The Death and Return of the Author: Criticism and Subjectivity in Barthes, Foucault and Derrida</i> . Edinburgh: Edinburgh University Press	1998	Ética foucaultiana
	BUTLER, J. «Foucault, Herculine e a Política da Descontinuidade Sexual», en: Judith Butler. <i>Problemas de Gênero. Feminismo e Subversão de Identidade</i> . Rio de Janeiro: Civilização Brasileira	2003	Ética foucaultiana
	CANGUILHEM, G. «Sur l'Histoire de la Folie en tant qu'Événement». <i>Le Débat</i> , N° 41, Septiembre-Noviembre de 1986	1986	Consulta
	CANO, G. «Nietzsche y Foucault: La Exploración Genealógica como Condición de Posibilidad de Nueva Historia», en: <i>Revista de Filosofía Anábasis</i> , Año III, N°4	1996	Ética foucaultiana
	CANO, G. «El Teatro de la Verdad. Sujeto y Poder en Nietzsche y Foucault», en: Pablo López, Jacobo Muñoz (eds.). <i>La Impaciencia de la Libertad: Michel Foucault y lo Político</i> . Madrid: Biblioteca Nueva	2000	Consulta
	CARUSO, P. <i>Conversaciones con Lévi-Strauss, Foucault y Lacan</i> . Barcelona: Anagrama	1969	Orientación teórica
	CASTRO, E. <i>Pensar a Foucault: Interrogantes de la Arqueología del Saber</i> . Buenos Aires: Biblos	1995	Perspectiva postestructuralista
	CASTRO, R. «Biopoder y Nuevas Formas de Subjetividad», en: Manuel Alcántara (ed.) <i>Política en América Latina</i> . Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca	2002	Ética foucaultiana
	CASTRO, R. «El Poder sobre la Vida o la Muerte a la Vuelta de la Esquina». <i>Revista El Rapto de Europa</i> , N° 4, Mayo 2004	2004	Ética foucaultiana
	CORVEZ, M. <i>Los Estructuralistas: Foucault, Lacan, Lévi-Strauss, Althusser y otros</i> . Buenos Aires: Amorrortu	1969	Perspectiva Postestructuralista
COUZENS, D. (comp.) <i>Foucault</i> . Buenos Aires: Nueva Visión	1988	Orientación teórica	

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	CHÁTELET, F. «L'Homme, ce Narcisse Incertain». <i>La Quinzaine Littéraire</i> , 2	1966	Consulta
	CHEVALLEY, C. «Réinventer la Sexualité: Remarques sur les Derniers Écrits de Michel Foucault». <i>Revista de Filosofía – Universidad Complutense de Madrid</i> , Vol. 27, Nº 1	2002	Consulta
	DAVIDSON, A. «Arqueología, Genealogía, Ética», en: David Couzens comp.) <i>Foucault</i> . Buenos Aires: Nueva Visión	1988	Ética foucaultiana
	DÁVILA, J. «Una Exégesis del Texto “¿Qué es la Ilustración?” como Testamento Intelectual de M. Foucault», en: Jorge Dávila. <i>Literatura y Conocimiento</i> . Mérida: Ediciones de la Universidad de Los Andes	1999	Consulta
	DE LA HIGUERA, J. <i>Michel Foucault: La Filosofía como Crítica</i> . Granada: Comares	1999	Ética foucaultiana
	DELEUZE, G. <i>Foucault</i> . Barcelona: Paidós	1987	Perspectiva postestructuralista
	DELEUZE, G. <i>Conversaciones</i> . Valencia: Pre-Textos	1995	Consulta
	DELEUZE, G. «¿Qué es un Dispositivo?», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Orientación teórica
	DELEUZE, G. «Post-scriptum sobre las Sociedades de Control», en: Gilles Deleuze. <i>Conversaciones</i> . Valencia: Pre-Textos	1995	Consulta
	DELEUZE, G. «La Vida como Obra de Arte», en: Gilles Deleuze. <i>Conversaciones</i> . Valencia: Pre-Textos	1995	Consulta
	DELEUZE, G. «Un Retrato de Foucault», en: Gilles Deleuze. <i>Conversaciones</i> . Valencia: Pre-Textos	1995	Orientación teórica
	DELEUZE, G. «Hender las cosas, Hender las Palabras», en: Gilles Deleuze. <i>Conversaciones</i> . Valencia: Pre-Textos	1995	Orientación teórica
	DELRUELLE, E. <i>Métamorphoses du Sujet: l'Éthique Philosophique de Socrate à Foucault</i> . Bruxelles: De Boeck Université	2004	Ética foucaultiana
	DERRIDA, J. «"Il Faut Bien Manger" ou le Calcul du Sujet». <i>Cahiers Confrontation</i> , Nº20, Invierno 1989	1989	Ética foucaultiana

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	DERRIDA, J. «Cogito e Historia de la Locura», en: <i>La Escritura y la Diferencia</i> . Barcelona: Anthropos	1989	Ética foucaultiana
	DESCOMBES, V. <i>Lo Mismo y lo Otro</i> . Madrid: Cátedra	1982	Ética foucaultiana
	DÍAZ, E. <i>La Filosofía de Michel de Foucault</i> . Buenos Aires: Biblos	1995	Perspectiva postestructuralista
	DONNELLY, M. «Sobre los Diversos Usos de la Noción de Biopoder», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Perspectiva postestructuralista
	DREYFUS, H; RABINOW, P. <i>Michel Foucault: Más Allá del Estructuralismo y la Hermenéutica</i> . México: Universidad Nacional Autónoma	1988	Perspectiva postestructuralista
	DREYFUS, H; RABINOW, P. «¿Qué es la Madurez? Habermas y Foucault acerca de “Qué es el Iluminismo”», en: David Couzens (comp.) <i>Foucault</i> . Buenos Aires, Nueva Visión	1988	Orientación teórica
	ELDEN, S. <i>Mapping the Present: Heidegger, Foucault and the Project of Spatial History</i> . New York: Continuum	2001	Orientación teórica
	ERIBON, D. <i>Michel Foucault</i> . Barcelona: Anagrama	1992	Orientación teórica
	ERIBON, D. <i>Reflexiones sobre la Cuestión Gay</i> . Barcelona: Anagrama	2001	Orientación teórica
	ERIBON, D. <i>Michel Foucault y sus Contemporáneos</i> . Buenos Aires: Nueva Visión	1995	Orientación teórica
	ERIBON, D. (pres.) <i>El Infrecuente Michel Foucault: Renovación del Pensamiento Crítico</i> . Buenos Aires: Letra Viva	2004	Perspectiva postestructuralista
	EWALD, F. «Un Poder sin un Afuera», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Perspectiva postestructuralista
	FERNÁNDEZ AGIS, D. <i>Después de Foucault: Ética y Política en los Confines de la Modernidad</i> . Las Palmas de Gran Canaria: Universidad, Servicio de Publicaciones	1995	Ética foucaultiana
	FERNÁNDEZ LIRIA, C. <i>Sin Vigilancia y Sin Castigo: Una Discusión con Michel Foucault</i> . Madrid: Libertarias	1992	Ética foucaultiana

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	FREIRE COSTA, J. «Foucault e a Terapêutica dos Prazeres». <i>Ágora</i> , Nº 1, Enero- Junio 1999	1999	Ética foucaultiana
	FREIRE COSTA, J. «O Sujeito em Foucault: Estética da Existência ou Experimento Moral?». <i>Tempo Social</i> . Revista de Sociología de la Universidad de Sao Paulo, Vol. 7, Nº 1-2, Octubre 1995	1995	Ética foucaultiana
	GABILONDO, Á. <i>El Discurso en Acción: Foucault y una Ontología del Presente</i> . Barcelona: Anthropos	1990	Ética foucaultiana
	GABILONDO, Á. «Monstruos y Fósiles: Diferencia e Identidad en Michel Foucault». <i>La Balsa de la Medusa</i> , 4, Otoño de 1987	1987	Ética foucaultiana
	GABILONDO, Á. «El Final de la Escritura y el Final de la Modernidad». <i>E. R. Revista de Filosofía</i> , 4, Mayo de 1987	1987	Consulta
	GABILONDO, Á. «Introducción», en: Michel Foucault. <i>De Lenguaje y Literatura</i> . Barcelona: Paidós	1996	Perspectiva postestructuralista
	GABILONDO, Á. «Introducción», en: Michel Foucault. <i>Discurso y Verdad en la Antigua Grecia</i> . Barcelona: Paidós	2004	Perspectiva postestructuralista
	GAUNA, A. <i>El Proyecto Político de Michel Foucault: Estrategias para la Cultura Venezolana</i> . Caracas: Universidad Católica Andrés Bello	2001	Ética foucaultiana
	GLÜCKSMANN, A. «El Nihilismo de Michel Foucault», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Perspectiva postestructuralista
	GÓMEZ PARDO, R. «La Problemática Ética en la Obra de Michel Foucault». <i>Ideas y Valores</i> , Universidad Nacional de Colombia, Nº 87-88, Abril 1992	1992	Ética foucaultiana
	GROS, F. «Situación del Curso (1982)», en: Michel Foucault. <i>La Hermenéutica del Sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)</i> . Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica	2002	Ética foucaultiana
	GROS, F. <i>Michel Foucault</i> . Paris: Presses Universitaires de France, 1996. (coord.) <i>Foucault: le Courage de la Verite</i> . Paris: Presses Universitaires de France	2002	Ética foucaultiana
	GROS, F; DÁVILA, J. <i>Michel Foucault, Lector de Kant</i> . Mérida: Centro de Publicaciones de la Universidad de los Andes	1997	Consulta
GUEDEZ, A. <i>Lo Racional y lo Irracional. Introducción al Pensamiento de Michel Foucault</i> . Buenos Aires: Paidós	1976	Perspectiva postestructuralista	

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	HABERMAS, J. <i>El Discurso Filosófico de la Modernidad</i> . Madrid: Taurus	1989	Perspectiva postestructuralista
	HABERMAS, J. «Con la Flecha en el Corazón de la Actualidad. Acerca del curso de Foucault sobre el texto de Kant: "Was ist Aufklärung?"», en: Ramón Máiz (comp.) <i>Discurso, Poder, Sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault</i> . Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela	1987	Consulta
	HACKING, I. «Mejora de Uno Mismo», en: David Couzens (comp.) <i>Foucault</i> . Buenos Aires: Nueva Visión	1988	Ética foucaultiana
	HADOT, P. «Reflexiones sobre la Noción de Cultivo de Sí Mismo», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Ética foucaultiana
	HADOT, P. <i>Philosophy as Way of Life: Spiritual Exercises from Socrates to Foucault</i> . New York: Blackwell	1995	Ética foucaultiana
	HALPERIN, D. <i>San Foucault</i> . Buenos Aires: Ediciones Literales	2004	Perspectiva postestructuralista
	HOPENHAYN, M. <i>Después del Nihilismo: De Nietzsche a Foucault</i> . Santiago de Chile: Andrés Bello	1997	Perspectiva postestructuralista
	HOY, D. (comp.) <i>Foucault</i> . Buenos Aires: Nueva Visión, 1988. HUISMAN, D (comp.) <i>Dictionnaire des Philosophes</i> . París: PUF	1984	Perspectiva postestructuralista
	HURTADO VALERO, P. <i>Michel Foucault: un Proyecto de Ontología Histórica</i> . Málaga: Ágora	1994	Perspectiva postestructuralista
	JALÓN, M. <i>El Laboratorio de Foucault: Descifrar y Ordenar</i> . Barcelona: Anthropos	1994	Perspectiva postestructuralista
	JARA, J. «De Nietzsche a Foucault, Un Peligroso Tal Vez». <i>Revista de Filosofía - Departamento de Filosofía, Universidad de Chile</i> , LV-LVI	2000	Consulta
	JARAUTA, F. <i>La Filosofía y su Otro</i> . Valencia: Pre-Textos	1979	Perspectiva postestructuralista
	KELLY, M. (ed.). <i>Critique and Power: Recasting the Foucault/Habermas Debate</i> . London: MIT Press	1998	Perspectiva postestructuralista
KENDALL, G. <i>Using Foucault's Methods</i> . London: SAGE	2000	Perspectiva postestructuralista	

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	KURZWEIL, E. <i>Michel Foucault: Acabar la Era del Hombre</i> . Valencia: Teorema	1979	Perspectiva postestructuralista
	LANCEROS, P. <i>Avatares del Hombre: El Pensamiento de Michel Foucault</i> . Bilbao: Universidad de Deusto	1996	Perspectiva postestructuralista
	LARRAURI, M. <i>Anarqueología: Teoría de la Verdad en Michel Foucault</i> . Valencia: Ediciones Episteme	1999	Perspectiva postestructuralista
	LE BLANC, G; TERREL, J. (dirs.). <i>Foucault au Collège de France: un Itineraire</i> . Pessac: Presses Universitaires de Bordeaux	2003	Consulta
	LE BLANC, J. <i>L' Archeologie du Savoir de Michel Foucault pour Penser le Corps Sexue Autrement</i> . Paris: Harmattan	2004	Perspectiva postestructuralista
	LEBRUN, G. «Nota sobre la Fenomenología contenida en <i>Las Palabras y las Cosas</i> », en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1999	Ética foucaultiana
	LECLERCQ, S. <i>L' Abécédaire de Michel Foucault</i> . Paris: Vrin	2004	Ética foucaultiana
	LECOURT, D. <i>Para una Crítica de la Epistemología</i> . México: Siglo XXI,	1973	Perspectiva postestructuralista
	LECOURT, D. «Sur l'Archéologie du Savoir». <i>La Pensée</i> , 152	1970	Perspectiva postestructuralista
	LECOURT, D. (et. al.) <i>Disparen sobre Foucault</i> . Buenos Aires: El Cielo por Asalto	1993	Consulta
	LÓPEZ, C. «Aproximación a la Cuestión del Sí Mismo en el Pensamiento Foucaultiano». <i>Revista Agora</i> , Vol 17, Nº 1	1998	Ética foucaultiana
	LÓPEZ, P; MUÑOZ, J. (eds.) <i>La Impaciencia de la Libertad: Michel Foucault y lo Político</i> . Madrid: Biblioteca Nueva	2000	Ética foucaultiana
	MACEY, D. <i>Las Vidas de Michel Foucault</i> . Madrid: Cátedra	1995	Consulta
	MACHEREY, P. «Sobre una Historia Natural de las Normas», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Perspectiva postestructuralista

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	MACHEREY, P. «Foucault: Ethique et Subjectivité». <i>Autrement</i> , N° 102, Noviembre	1988	Ética foucaultiana
	MAIZ, R. (comp.) <i>Discurso, Poder, Sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault</i> . Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela	1987	Perspectiva postestructuralista
	MAIZ, R. «Sujeción/Subjetivación: Analítica del Poder y Genealogía del Individuo Moderno en Michel Foucault», en: Ramón Máiz (comp.) <i>Discurso, Poder, Sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault</i> . Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela	1987	Perspectiva postestructuralista
	MARI, E. <i>La Problemática de Jeremy Bentham y Michel Foucault</i> . Buenos Aires: Hachette	1983	Consulta
	MARTÍNEZ, F. J. <i>Las Ontologías de Michel Foucault</i> . Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas	1995	Perspectiva postestructuralista
	McWORTHER, L. <i>Bodies and Pleasures: Foucault and the Politics of Sexual Normalization</i> . Indianapolis: Indiana University Press	1999	Ética foucaultiana
	MERQUIOR, J. G. <i>Foucault o el Nihilismo de la Cátedra</i> . México: Fondo de Cultura Económica	1988	Consulta
	MICIELI, C. <i>Foucault y la Fenomenología: Kant, Husserl, Merleau-Ponty</i> . Buenos Aires: Biblos	2003	Perspectiva postestructuralista
	MILLER, J. <i>La Pasión de Michel Foucault</i> . Santiago de Chile: Andrés Bello	1995	Perspectiva postestructuralista
	MILLS, S. <i>Michel Foucault</i> . New York: Routledge	2003	Consulta
	MOREY, M. <i>Lectura de Foucault</i> . Madrid: Taurus	1983	Consulta
	MOREY, M. «Sobre el Estilo Filosófico de Michel Foucault: Una Crítica de lo Normal», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (<i>et. al.</i>). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Orientación teórica
	MOREY, M. «La Cuestión del Método», en: Michel Foucault. <i>Tecnologías del Yo</i> . Barcelona: Paidós	1996	Ética foucaultiana
MOREY, M. «“Erase una vez.”: Michel Foucault y el Problema del Sentido de la Historia», en: Ramón Máiz (comp.) <i>Discurso, Poder, Sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault</i> . Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela	1987	Ética foucaultiana	

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	MOSS, J. (ed.) <i>The Later Foucault</i> . Londres: Sage	1998	Ética foucaultiana
	MURILLO, S. <i>El Discurso de Foucault: Estado, Locura y Anormalidad en la Construcción del Individuo Moderno</i> . Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires	1996	Ética foucaultiana
	NILSON, H. <i>Michel Foucault and the Games of Truth</i> . New York: St. Martin's Press	1998	Ética foucaultiana
	O' LEARY, T. <i>Foucault: the Art of Ethics</i> . New York: Continuum	2002	Ética foucaultiana
	OLIVEIRA, N. <i>On the Genealogy of Modernity: Foucault's Social Philosophy</i> . New York: Nova Science Publishers	2003	Ética foucaultiana
	ORTEGA, F. <i>Amizade e Estética da Existência em Foucault</i> . Rio de Janeiro: Graal	1999	Ética foucaultiana
	ORTEGA, F. «Michel Foucault: Os Sentidos da Subjetividade», en: Benilton Becerra Jr, Carlos Alberto Plastino (org.). <i>Corpo, Afeto, Linguagem</i> . Rio de Janeiro: Ríos Ambiciosos	2001	Ética foucaultiana
	ORTEGA, F. «Da Ascese à Bio-ascese», en: Margareth Rago, Luiz Lacerda Orlandi, Alfredo Veiga-Neto (orgs.). <i>Imagens de Foucault e Deleuze. Ressonâncias Nietzscheanas</i> . Rio de Janeiro: DP&A	2002	Consulta
	PAPONI, M. <i>Michel Foucault: Historia, Problematización del Presente</i> . Buenos Aires: Biblos	1997	Ética foucaultiana
	PARDO, J. L. «Máquinas y Componendas: La Filosofía Política de Deleuze y Foucault», en: Pablo López, Jacobo Muñoz (eds.). <i>La Impaciencia de la Libertad: Michel Foucault y lo Político</i> . Madrid: Biblioteca Nueva	2000	Consulta
	PÉREZ SOTO, C. <i>Adversus Foucault, Laclau, Bataille, Benjamin</i> . Santiago de Chile: Universidad ARCIS, Centro de Investigaciones Sociales	1997	Ética foucaultiana
	PIZZORNO, A. «Foucault y la Concepción Liberal del Individuo», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Ética foucaultiana
	POPKEWITZ, T.; BRENNAN, M. (comp.) <i>El Desafío de Foucault: Discurso, Conocimiento y Poder en la Educación</i> . Barcelona: Pomares- Corredor	2000	Perspectiva postestructuralista
	POSTER, M. <i>Foucault, Marxismo e Historia</i> . Buenos Aires: Paidós	1987	Perspectiva postestructuralista

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	PROCACCI, G. «Il Governo del Sociale», en: <i>Effetto Foucault</i> . Milan: Feltrinelli	1986	Perspectiva postestructuralista
	QUEVEDO, A. <i>De Foucault a Derrida, pasando fugazmente por Deleuze y Guattari, Lyotard, Baudrillard</i> . Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra	2001	Orientación teórica
	RABINOW, P. (ed.) <i>The Foucault Reader. An Introduction to Foucault's Thought</i> . New York: Panteon Books	1984	Perspectiva postestructuralista
	RAGO, M.; LACERDA ORLANDI, L.; VEIGA-NETO, A. (orgs.). <i>Imagens de Foucault e Deleuze. Ressonâncias Nietzscheanas</i> . Río de Janeiro: DP&A	2002	Consulta
	RAJAN, T. <i>Deconstruction and the Reminders of Phenomenology: Sartre, Derrida, Foucault, Baudrillard</i> . Stanford: Stanford University Press	2001	Perspectiva postestructuralista
	RAJCHMAN, J. «Foucault: la Ética y la Obra», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Ética foucaultiana
	RAJCHMAN, J. <i>La Liberté de Savoir</i> . París: PUF	1987	Ética foucaultiana
	RANSOM, J. S. <i>Foucault's Discipline: The Politics of Subjectivity</i> . Durham: Duke University Press	1997	Ética foucaultiana
	RASSAM, J. <i>Michel Foucault: Las Palabras y las Cosas</i> . Madrid: Magisterio Español	1978	Ética foucaultiana
	REVEL, Ja. «Foucault et les Historiens». <i>Magazine Littéraire</i> , Nº 101, Junio de 1975	1975	Consulta
	REVEL, Ju. <i>Le Vocabulaire de Foucault</i> . París: Ellipses	2002	Perspectiva postestructuralista
	ROCHLITZ, R. «Estética de la Existencia. Moral Posconvencional y Teoría del Poder», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et al.) <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Ética foucaultiana
	RODRÍGUEZ, R.M. <i>Foucault y la Genealogía de los Sexos</i> . Barcelona: Anthropos	1999	Ética foucaultiana
ROJAS OSORIO, C. <i>Foucault y el Pensamiento Contemporáneo</i> . Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico	1995	Perspectiva postestructuralista	

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	RORTY, R. «Identidad, Moral y Autonomía», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.). <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Ética foucaultiana
	ROUDINESCO, E. (et. al.) <i>Pensar la Locura: Ensayos sobre Michel Foucault</i> . Buenos Aires, Paidós	1996	Perspectiva postestructuralista
	ROVATTI, P. (ed.). <i>Effetto Foucault</i> . Milan: Feltrinelli	1986	Perspectiva postestructuralista
	SÁNCHEZ, M. <i>Foucault: la Revolución Imposible</i> . San Juan, Argentina: Universidad de San Juan	1997	Perspectiva postestructuralista
	SARTRE, J. P. «Jean Paul Sartre Répond». <i>L'Arc</i> , N° 30	1966	Consulta
	SAUQUILLO, J. <i>Michel Foucault: Una Filosofía de la Acción</i> . Madrid: Centro de Estudios Constitucionales	1989	Perspectiva postestructuralista
	SAUQUILLO, J. <i>Para leer a Foucault</i> . Madrid: Alianza Editorial	2001	Consulta
	SCHMID, W. <i>En Busca de un Nuevo Arte de Vivir: La Pregunta por el Fundamento y la Nueva Fundamentación de la Ética en Foucault</i> . Valencia: Pre-Textos	2002	Ética foucaultiana
	SCHULD, J. <i>Foucault and Augustine: Reconsidering Power and Love</i> . Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press	2003	Ética foucaultiana
	SCHÜRMAN, R. «Se Constituer Soi-Même comme Sujet Anarchique». <i>Les Études Philosophiques</i> , Octubre-Diciembre 1986	1986	Ética foucaultiana
	SERRANO, A. <i>Michel Foucault. Sujeto, Derecho, Poder</i> . Zaragoza: Secretariado de Publicaciones Universidad de Zaragoza	1986	Ética foucaultiana
	SHAPIRO, G. <i>Archaeologies of Vision: Foucault and Nietzsche on Seeing and Saying</i> . Chicago: University of Chicago Press	2003	Consulta
	SMART, B. <i>Michel Foucault</i> . New York: Routledge	2002	Consulta
	STROZIER, R. <i>Foucault, Subjectivity and Identity: Historical Constructions of Subject and Self</i> . Detroit: Wayne State University Press	2002	Ética foucaultiana

TIPO DE OBRA	TÍTULO DE LA OBRA ORIGINAL ORDENADA POR AUTOR	AÑO	CODIFICACIÓN
Bibliografía sobre M. Foucault	TAYLOR, C. «Foucault, la Liberté, la Verité», en: <i>Michel Foucault. Lectures Critiques</i> . Bruxelles: Éditions Universitaires	1989	Ética foucaultiana
	TRIGO, B. (ed.). <i>Foucault and Latin America: Appropriations and Deployments of Discursive Analysis</i> . New York: Routledge	2002	Consulta
	VÁZQUEZ, F. «La Construcción del Sujeto Deseante: Confesión y Técnicas de Subjetividad», en: Pablo López, Jacobo Muñoz (eds.). <i>La Impaciencia de la Libertad: Michel Foucault y lo Político</i> . Madrid: Biblioteca Nueva	2000	Ética foucaultiana
	VÁZQUEZ, F. «Cómo Hacer Cosas con Foucault». <i>Revista de Filosofía ER</i> , Sevilla, 28	2000	Ética foucaultiana
	VÁZQUEZ, F. <i>Foucault y los Historiadores</i> . Cádiz: Universidad de Cádiz	1988	Consulta
	VÁZQUEZ, F. <i>Foucault</i> . Barcelona: Montesinos	1994	Consulta
	VV.AA. <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Consulta
	VV.AA. <i>Anabasis</i> . Revista de Filosofía, Madrid, N° 9	1996	Consulta
	VEYNE, P. <i>Cómo se Escribe la Historia: Foucault Revoluciona la Historia</i> . Madrid: Alianza Editorial	1984	Perspectiva postestructuralista
	VEYNE, P. «Foucault y la Superación (o Remate) del Nihilismo», en: Etienne Balibar, Gilles Deleuze, Hubert Dreyfus (et. al.) <i>Michel Foucault, Filósofo</i> . Barcelona: Gedisa	1995	Perspectiva postestructuralista
	VEYNE, P. «El Último Foucault y su Moral», en: <i>Anabasis</i> . Revista de Filosofía, Madrid, N° 9	1996	Ética foucaultiana
	WAHL, F. <i>¿Qué es lo que es el Estructuralismo?</i> . Buenos Aires: Losada	1975	Perspectiva postestructuralista
	WUTHNOW, R. (et. al.). <i>Análisis Cultural. El Trabajo de Peter Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas</i> . Buenos Aires: Paidós	1984	Ética foucaultiana
	ZARCA, Y. <i>Figures du Pouvoir: Études de Philosophie Politique de Machiavel à Foucault</i> . Paris: Presses Universitaires de France	2001	Consulta

Anexo 3

**CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
DE LAS FUENTES ANALIZADAS**

Categorías y códigos de los registros de las observaciones de enfermería en las historias clínicas de los pacientes

CATEGORÍA	CÓDIGOS
SER PACIENTE	Buen paciente según la enfermera
	Mal paciente según la enfermera
	El paciente como problema social según la enfermera
LA FAMILIA, EXTENSIÓN INSTRUMENTAL DE LA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS	La familia, ojos y oídos de la enfermera
	La familia como obstáculo
	Límites de la información a la familia en la toma de decisiones de los pacientes
	El valor de la familia para la enfermera
	Integración del cuidador privado en el ámbito clínico
EL PODER DEL EQUIPO DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE	La relación entre enfermeras
	La autoridad del médico en los cuidados
	Participación de otros profesionales en los cuidados
INSTRUMENTALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	Normalización de la práctica enfermera
	Impacto del modelo de gestión en la práctica enfermera
	El paciente silenciado por el sistema sanitario
COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA COMO LÍMITE EN EL PODER DE DECISIÓN DE LOS PACIENTES	Obediencia al médico
	Autonomía profesional
	Espacio entre valorar y cuidar

Categorías y códigos de las entrevistas a enfermeras

CATEGORÍA	CÓDIGOS
PACIENTE COMO OBJETO PASIVO DE LOS CUIDADOS	Paternalismo protector con el paciente
	Tensiones en la relación con el paciente
	Poder de decisión del paciente
	Estrategias de poder de la enfermera
	Ser buen paciente según la enfermera
	Impacto de la relación enfermera-paciente en el cuidado
LA FAMILIA, EXTENSIÓN INSTRUMENTAL DE LA ENFERMERA EN LOS CUIDADOS	Modelos de familia
	La influencia de la presencia de familia en la relación de la enfermera con el paciente
	Impacto de la familia en la carga de trabajo de la enfermera
	Impacto de la relación enfermera-familia en el cuidado del paciente
EL PODER DEL EQUIPO DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE	Idealización del trabajo en equipo
	Poder de la enfermera en el equipo de salud
	Limitaciones en el trabajo en equipo
	Estereotipos profesionales: médico experto, enfermera obediente y auxiliar sumisa
	Funcionamiento de los microequipos de trabajo en el equipo de salud
	El paciente como instrumento de comunicación entre los miembros del equipo
	Impacto de las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo en la autonomía del paciente
INSTRUMENTALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	Normalización de la práctica enfermera en las instituciones sanitarias
	La supervisora como facilitadora del trabajo de la enfermera
	Inexistencia de una dirección accesible y útil para la enfermera
	La estabilidad laboral como camino hacia la autonomía del paciente

CATEGORÍA	CÓDIGOS
INSTRUMENTALIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	La importancia de los espacios físicos en la práctica clínica
	Institución sanitaria basada en la ética de mercado
	Impacto de la crisis económica en el cuidado del paciente
SER ENFERMERA	Fortalezas y debilidades de las enfermeras
	El binomio médico-dominador y enfermera-sumisa
	Soledad y sufrimiento moral de la enfermera

Anexo 4

AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL CAN MISSES



**Govern
de les Illes Balears**

Àrea de Salut
d'Eivissa i Formentera

NOTA INTERIOR

DATA: Ibiza, 9 de Mayo de 2011

DE: D. ALFREDO BARBER CABANILLES.
Responsable de la Unidad de Docencia, formación Continuada e
Investigación.

A: D. JESUS MOLINA MILA.

ASSUMPTE: Contestación a solicitud con registro de entrada 1292 de 22/03/2011.

En contestación a su escrito de fecha 22/03/2011, con registro de entrada 1292 de 22/03/2011, le informo que por parte de esta Gerencia y Unidad, se autoriza a la realización del estudio denominado "Factores que condicionan la calidad de los cuidados en salud: Organización del sistema sanitario, relaciones interprofesionales e interacción entre profesionales y usuarios".

Atentamente,

po: Alfredo Barber Cabanilles.
Responsable de la Unidad de Docencia,
Formación Continuada e Investigación.
Área de Salud de Ibiza y Formentera.

Servei de Salut de les Illes Balears

Àrea de Salut Eivissa-Formentera
DIRECCIÓ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
UNITAT DOCENT

Anexo 5

**RESOLUCIÓN DEL COMITÉ ÉTICO
DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DE LES ILLES BALEARS**



Sr. Jesús Molina Mula

Dpto. de enfermería

U.I.B.

Palma, 30 de marzo de 2011

El Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears, en su reunión 03/11 de día 30 de marzo de 2011, evaluó el estudio N° **IB 1561/11 PI**, denominado **FACTORES QUE CONDICIONAN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN SALUD: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO, RELACIONES INTERPROFESIONALES E INTERACCIÓN PROFESIONALES-USUARIOS** del investigador principal Sr. Jesús Molina Mula del dpto. de enfermería de la U.I.B.

Una vez presentado y evaluado este Comité acuerda emitir informe favorable.

Lo que le comunica a los efectos oportunos.

Atentamente,

Isabel Mª Borrás Rosselló
Secretaria en funciones del CEIC Illes Balears

Anexo 6

**HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE
Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

HOJA DE INFORMACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: “FACTORES QUE CONDICIONAN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN SALUD: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO, RELACIONES INTERPROFESIONALES E INTERACCIÓN PROFESIONALES-USUARIOS”. Ref. núm. PI11/01309.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Jesús Molina Mula. Profesor del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears. 971173123.

CENTRO: Universitat de les Illes Balears.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de les Illes Balears, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Algunos estudios han destacado cómo la calidad de los cuidados de salud proporcionados a los usuarios vienen determinados por factores como el modelo de organización sanitaria, las relaciones interprofesionales y la relación que establecen los profesionales con el paciente y la familia.

Cada uno de estos factores impacta en los usuarios y afecta de forma particular a parcelas como la autonomía del paciente en la toma de decisiones, el rol que el paciente y la familia adquiere con cada miembro del equipo de salud y a su vez con el sistema sanitario.

Por esta razón, hemos considerado la necesidad de realizar un estudio que pueda analizar estos factores de cara a la mejora de la calidad de los cuidados de salud a partir de la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre los mismos.

El objetivo de este estudio será analizar el efecto que tiene el sistema sanitario, las relaciones interprofesionales y el tipo de interacción de la enfermera con el usuario sobre la calidad del cuidado en salud.

Para el desarrollo de este objetivo se utilizarán dos técnicas de recogida de información. Por un lado, los Registros de Enfermería que se incluyen en la actividad diaria de los profesionales sobre los pacientes. Por otro lado se realizarán entrevistas a enfermeras/os. Si usted es enfermera/o del Servicio de Medicina Interna o Especialidades Médicas con una experiencia profesional de 5 años y al menos 3 de los últimos años esta experiencia es en un servicio de estas características, se le realizará una entrevista que tiene como finalidad explorar el objetivo del estudio que tendrá una duración aproximada de 45-90 minutos (durante la entrevista se utilizará una grabadora para la posterior extracción de los contenidos de la misma). En este estudio participarán entre 6 y 10 enfermeras/os más de su centro.

Nos pondremos en contacto con usted a través de su centro de trabajo, en la unidad donde realiza su actividad profesional y si acepta formar parte del estudio se le llamará por teléfono para marcar la fecha de la entrevista. Antes de la entrevista recibirá información por escrito sobre el estudio, una copia del consentimiento informado en su lengua de preferencia (español o catalán) y firmará la copia del mismo que se quedará el profesor Jesús Molina (Investigador Principal del estudio). El estudio ha sido aprobado por la Comisión de Investigación de su Centro Hospitalario y el Comité de Ética de Investigación Clínica de las Illes Balears. Este estudio está financiado por una beca de la Catedra de Estudios Avanzados en Cuidados del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de las Illes Balears

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Este estudio proporcionará información de gran valor profesional sobre la calidad de los cuidados en salud que se proporcionan a los pacientes y familiares a partir de la percepción de los profesionales de enfermería.

Por lo que servirá para que desde las instituciones públicas y privadas se generen nuevas formas de actuación. Los beneficios del estudio no les repercutirán directamente, inicialmente, pero proporcionará información para mejorar la calidad de los cuidados que proporciona en su práctica clínica. Su participación en este estudio no le supondrá ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal utilizados durante la realización de este estudio se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su entrevistadora.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es Jesús Molina Mula, que será registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el investigador del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears y personal autorizado, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto. El investigador principal y colaboradores no recibirán compensación económica por su participación en el estudio y no existe ningún conflicto de interés.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada por la investigadora principal.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTO TITULADO: “FACTORES QUE CONDICIONAN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN SALUD: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO, RELACIONES INTERPROFESIONALES E INTERACCIÓN PROFESIONALES-USUARIOS”. Ref. núm. PI11/01309.

Código del Estudio:

Yo (nombre y apellidos)

.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con (Investigador/a).
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera.
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
- Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del/la participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Anexo 7

**ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA
DELEGADAS POR EL MÉDICO**

DEFINICIÓN	VERBATIN
<p>Administración de medicación y otros tratamientos médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Es la actividad más registrada en la historia clínica del paciente. ● Se hace referencia por un lado a la administración de la medicación pautada por el médico. Y por otro lado a la administración de medicación ante determinados signos y síntomas clínicos del paciente. ● Ante medicación no pautada administrada al paciente ante una situación clínica adversa, se hace constar en el registro que se ha consultado con el médico. ● La medicación administrada registrada se refiere en su mayoría a Insulinoterapia, antihipertensivos o b-bloqueantes, analgesia, hipnóticos, benzodiacepinas, oxigenoterapia y antibioterapia. ● En todo momento queda registrada la administración de medicación por prescripción médica, haciendo referencia a la misma de varias formas: como orden médica en su mayoría (POM, POMG), pauta médica, prescripción médica, etc. ● La vías de administración más usadas son la vía oral (vo) o la endovenosa (iv, ev). ● Se distingue el médico de guardia (MG) respecto a los médicos asignados al paciente, que se refieren a ellos por su nombre precedido normalmente de DR (Doctor). ● Se usan gran cantidad de abreviaturas como POM o POMG (Por orden médica), MG (Médico de Guardia), IR (Insulina Rápida), Tas (Tensión Arterial Sistólica), UI (Unidades Internacionales), SF (Suero Fisiológico), SAO₂ o SO₂% (Saturación de Oxígeno), [] (Concentrado), ESI (Extremidad Superior Izquierda), FC (Frecuencia Cardíaca) X' (Pulsaciones por minuto), Nebus (Nebulizaciones), GN (Gafas Nasales), amp (Ampolla), EKG (Electrocardiograma), MMSS (Miembros superiores), HDM (Hemodinámicamente), vo (Vía oral), ev (vía endovenosa), im (vía intramuscular), tto (tratamiento). 	<p>Hipertenso. Doy un norvas 10 p.o. médica.</p> <p>Se deja pautado atenolol si TAs superior a 90.</p> <p>La MG la ha revisado y pauta frío local, y medicación analgésica.</p> <p>Administro antibiótico y doy medicación.</p> <p>Hipotensa, ponga voluven y remonta.</p> <p>Afebril. A las 2h inicia episodios de tos persistente, según me comenta tos productiva, administro codeisan, seguidamente nebulización con SF y valium.</p> <p>Se le pasa Clindamician a vo, seguir con augmentine ev.</p> <p>Ha presentado cefalea que ha remitido con Metamizol.</p> <p>La paciente pasa muy mala noche, se desorienta y se pone agresiva, llamamos a mg que pauta haloperidol im, pero no resulta efectivo y volvemos a llamar, viene y pauta loracepam, aún así no se duerme, sólo se calma un poco y deja de gritar.</p> <p>Según orden médica adm. 15 gotas haloperidol pero la paciente se niega, verbalmente muy agresiva y agitada.</p> <p>Admon nebulización, se agobia al ponérsela, consigo la administración, mejoría.</p> <p>Refiere ansiedad y ganas de vomitar y pregunta cuando le vamos a dar la metadona, explico a la paciente que la metadona se la darán por la mañana, doy valium pautado para ansiedad.</p> <p>A las 19h realiza Temp. De 38,9°C timpánica, con lo que administro 1gr de efferalgan ev.</p> <p>A primera hora episodios de Broncoespasmo??? Pongo urbason 80mgr y 2 nebus de atrovent y SF por orden MG. Parece ceder pero vuelven muy continuos.</p> <p>Le comento al Dr. la noche agitada que ha tenido el paciente, y le pauta risperdal por la noche.</p> <p>Reinstauró vía periférica. Admon tto prescrito y la Anfotericina.</p> <p>A primera hora de la noche, presenta estado agitación, administro haloperidol IM según pauta siendo efectivo + sujeción en ambos MMSS.</p> <p>Paso tto prescrito.</p>

DEFINICIÓN	VERBATIN
<p>Colaboración en pruebas diagnósticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las principales pruebas diagnósticas realizadas por delegación por la enfermera son las analíticas de sangre, orina y heces, radiografías (Rx), esputo y los electrocardiogramas (EKG). Se registra si el médico ha valorado la prueba diagnóstica preferentemente, si han sido de carácter urgente. Únicamente se registra la realización de la prueba pero en pocas ocasiones se explica la razón de dicha prueba. Cuando son pautadas las pruebas diagnósticas, se registra que están pendientes de realizar o si precisa de cita previa, se indica la hora o el día de la misma. La enfermera revisa las pruebas y ante resultados alterados, avisa al médico de guardia. 	<p>Hoy coronatiografía, está en ayunas</p> <p>Paciente vista por mg a primera hora, saco analítica urgente, para valorar hipernatremia, vista por mg.</p> <p>Extraigo muestra de orina para Legionella y Neumococo mediante un mete y saca.</p> <p>Recogido un coprocultivo, pte otro.</p> <p>Realizo ECG + aviso internista , ctes estables.</p> <p>A las 20 llega resultado de troponina sacada en urgencias, aviso a dra. XX por resultado alterado; realizo EKG y repito analítica. Pte. de venir resultado.</p> <p>Se le realiza hoy Tac abdominal, y le comento a Dr. XX que tiene los resultados, los cuales son valorados.</p> <p>HTA. Realizo EKG según prescripción. Administro perfusión de trangorex 300mgr/10ccSF en 30' POMG realizo nuevo.</p> <p>A las 10 horas retiro HOLTER, y le realizo un EKG, el cual es valorado por DR. XX.</p> <p>Le comento al Dr. la noche agitada que ha tenido el paciente, y le pauta risperdal por la noche.</p>
<p>Control y valoración de constantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las constantes vitales registradas son la tensión arterial, glucemia, frecuencia cardiaca, temperatura, consciencia, orientación, ansiedad, saturación de oxígeno, agitación y descanso nocturno. No únicamente se registran los valores sino que los interpreta y toma decisiones al respecto para el control de las mismas. El control se realiza mediante medicación pautada en tratamiento médico o bien informando al médico de los valores alterados y la administración del tratamiento indicado por él. En la mayoría de ocasiones se registran las medidas de cada constante. Normalmente se registran las alteraciones de las constantes con las horas a las que se producen o detectan y la decisión tomada al respecto. Si no hay alteraciones en las constantes se registra como hemodinámicamente o constantes (ctes) estables, normotenso, estado de consciencia, etc. 	<p>A las 24h tenía 84mgr/dl y doy resopon, a las 3h de la mañana se encuentra en 77mgr/dl y vuelvo a dar algo para tomar y a las 6 horas se encuentra a 32mgr/dl, pero asintomático, doy de comer galletas y leche y remonta.</p> <p>Tensión sistólica elevada, doy antihipertensivo según orden medica, resto de constantes estables.</p> <p>Hde estable, normotenso.</p> <p>El paciente muy nervioso, refiere dolor en torax, presentando sibilancias muy agudas al respirar y nauseas, con lo que le administro una nebulización de atroven y SF y primperan 1 ampolla ev. Le tomo las constantes y se encuentra con TA de 154/112, con AC x FA moderada alternando con rápida y con S02% de 97%. Realizo EKG, y llamo a Dr. de guardia, la cual lo valora y le administro 10mgr de valium vo, según orden médica.</p>

DEFINICIÓN	VERBATIN
<p>Cura de vías y de úlceras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Al tratarse de un servicio de medicina interna, la mayoría de curas registradas son sobre la implantación de marcapasos, úlceras venosas y por presión y vías periféricas y centrales. ● Se registra si se realiza la cura de vías periféricas según protocolo, si son permeables o hay signos de infección o si se han producido alteraciones de las mismas y se canalizan nuevas. ● En muy pocos registros aparecen descritas las técnicas usadas para la cura de la vía. ● Además se registra la cura, control y valoración por el médico de heridas por implantación de marcapasos. Se valoran signos de sangrado o hemorragia. 	<p>Curo vía que mantiene permeable</p> <p>Presenta un coágulo en la herida. Retiro y pongo nuevo apósito. Hematoma importante en toda la zona de la perihierida.</p> <p>Valorada herida quirúrgica por su médico. Realizada cura.</p> <p>El apósito completamente manchado, retiro y tiene restos de sangrado anterior (como si ya hubiera sangrado ayer) y restos de coágulos, curo y pongo apósito limpio.</p> <p>Se cambia vía periférica por flebitis. Doy synalar gamma para erupción glúteos, mejora.</p> <p>Curo vía técnica estéril.</p> <p>Presenta herida en sacro, curo registrado en úlceras.</p>
<p>Fuente de información del médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se destaca en los registros que la enfermera es una fuente de información continuada de la evaluación clínica del paciente. ● En la mayoría de registros, la enfermera hace alusión a que ha informado, consultado, llamado... al médico para valorar la situación clínica observada del paciente. ● La enfermera informa además, cuando al paciente se le han realizado las pruebas diagnósticas solicitadas por el médico, sobre todo, cuando son de carácter urgente o no han sido valoradas. ● La información registrada para el médico es de un amplio espectro, desde signos y síntomas, al estado neurológico, valoración de pruebas diagnósticas, orientación, agitación, heridas, etc. 	<p>Paciente que refiere dolor y escozor cuando realiza micción. Lo comento a Dr. XX, y se sonda vesicalmente a la paciente y se saca cultivo y sedimento de orina.</p> <p>Extraigo gsa y comunico el resultado al médico de guardia.</p> <p>Comentado valores de constantes con el DR XX.</p> <p>Se le realiza el Eco Cardio. Con lo que llamo a Dr. XX para decirle que el Eco cardio está hecho.</p> <p>A las 20 llega resultado de troponina sacada en urgencias, aviso a dra. XX por resultado alterado; realizo EKG y repito analítica. Pte. de venir resultado.</p> <p>A las 5:15h, tomamos las constantes y la paciente se encuentra con FA rápida (120x-130x), S02% de 91% con GN a 3l y TA de 129/64. Realizamos EKG, y avisamos a MG.</p>

DEFINICIÓN	VERBATIN
<p>Técnicas de enfermería delegadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las principales técnicas de enfermería delegadas registradas en las historias de los pacientes son la canalización de vías periféricas, sondajes vesicales y nasogástricos, fisioterapia respiratoria, administración de medicación, sondaje rectal y pruebas diagnósticas. Al igual que en la administración de medicación, en todo momento se registra si la técnica ha sido indicada por el médico. 	<p>Pierde la vía a primera hora. Canalizo una nueva en MSD y pongo sueroterapia.</p> <p>Realizo clapping durante 20'.</p> <p>POM, se pinza SNG hasta nueva orden</p> <p>Por orden MG ponemos sonda rectal no productiva.</p> <p>Se realiza ECg,</p> <p>Pasa la Dra. XX y decide poner VMK al 35%, y SNG para iniciar NE en perfusión, pero no es posible canalizar la SNG, ya que se queda en boca. Lo intentamos los 3 enfermeros de la mañana, pero aún así no es posible poder introducirla.</p>
<p>Sedestación y movilidad del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de registros de enfermería, a consecuencia del tipo de paciente de la unidad, se hace referencia a la movilidad del paciente. Se tratan de pacientes con problemas cardíacos y respiratorios, por lo que la necesidad de movilidad aparece de suma importancia en los registros. Se ha clasificado como actividad delegada, pues aparecen continuamente referencias a la pauta médica de que pueda iniciar sedestación o deambulación. 	<p>Sentamos en sofá toda la mañana con buena tolerancia.</p> <p>Sentamos toda la mañana en sofá con buena tolerancia.</p> <p>Sentamos en sofá con buena tolerancia.</p> <p>Hay que vigilar que la cuidadora no meta en la cama a la paciente. Debe permanecer sentada M-T el mayor tiempo posible POM.</p> <p>Paciente pasa mañana tranquilo, sentamos en sillón,</p> <p>Puede iniciar sedestacion en sillón.</p> <p>Paciente que viene neurología y puede sentarse...</p>
<p>Sujeción mecánica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se observa que por el tipo de paciente de esta unidad y las situaciones de agitación y desorientación de los mismos, se registra en muchas ocasiones el procedimiento de sujeción mecánica de los pacientes. Al ser una medida controversiada a nivel ético-legal, llama la atención como se registra dicho procedimiento en las historias clínicas de los pacientes. Se registra el uso de sujeción a consecuencia de un estado de agitación del paciente, justificado en ocasiones, como medida de seguridad para el paciente para evitar caídas, arrancamientos, etc. Sobre todo ante la ausencia de familia o cuidadores. 	<p>Paciente tranquilo toda la tarde, con sujeción mecánica en el sillón y en la cama, pero chillando muy fuerte a primera hora de la tarde.</p> <p>Debemos de ponerle sujeción mecánica y barandillas pues se nos tira de la cama.</p> <p>Según orden médica adm. 15gotas haloperidol pero la paciente se niega, verbalmente muy agresiva y agitada. Por orden medica adm. 1/2 haloperidol ev, efectivo.</p> <p>Precisa sujeción mecánica.</p> <p>Administro en varias ocasiones haloperidol pautado siendo este poco efectivo</p>

DEFINICIÓN	VERBATIN
<p>Sujeción mecánica (cont.)</p> <ul style="list-style-type: none">• Bien la sujeción mecánica viene precedida de medidas farmacológicas no efectivas o bien como medida inicial de control.• No queda claro en los registros si la decisión es tomada por el médico en todas las ocasiones o es la enfermera quien ante el estado de agitación del paciente, la inicia.• Curiosamente, se observa en los registros que una vez iniciada la sujeción, aunque el paciente se encuentre tranquilo, se mantiene como medida de prevención para evitar situaciones anteriores.	<p>A primera hora de la noche, presenta estado agitación, administro haloperidol IM según pauta siendo efectivo + sujeción en ambos MMSS.</p> <p>Desorientado, precisa barandillas en cama y sujeción a modo de cinturón en sillón.</p> <p>A las 3h. se procede a sujeción mecánica en MMSS. Continúa intentando salir de la cama, vigilar por riesgo de lesión.</p> <p>A primera hora de la noche, presenta agitación + desorientación, quiere salir de la cama + arrancarse SV + arrancarse sueroterapia. ponemos sujeción en MSD.</p>

Anexo 8

**DIVISIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN HOMOGENEIDAD Y
DIFERENCIAS EN LAS POSICIONES DISCURSIVAS**

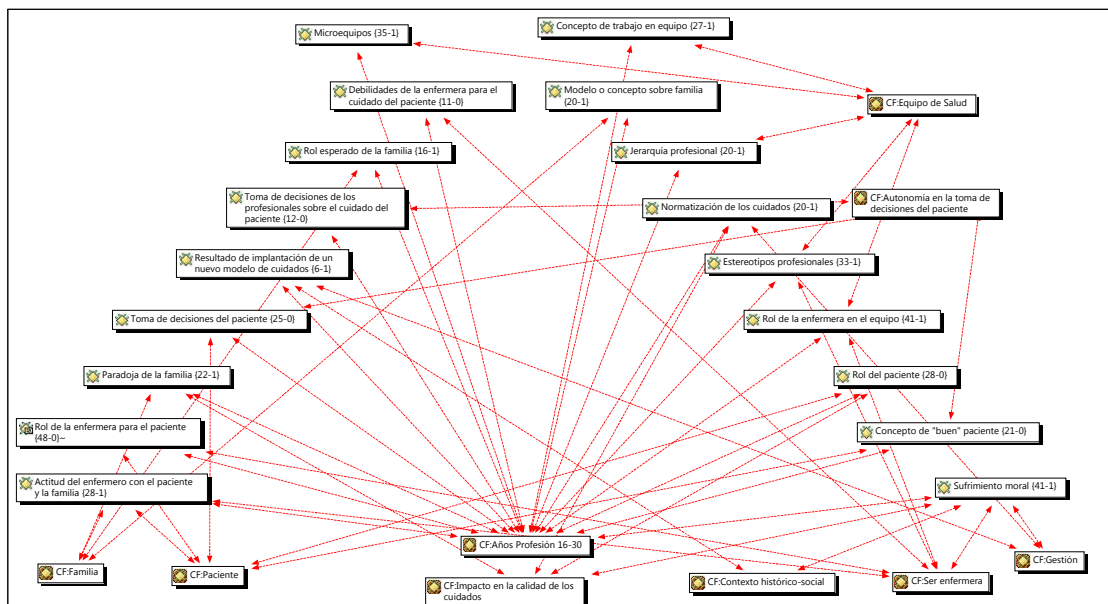
EDAD Y EXPERIENCIA PROFESIONAL

He dividido la edad en dos franjas, de 29 a 37 años y de 39 a 50 años, que a su vez corresponden a la división de experiencia profesional de 9 a 15 años y de 16 a 30 años. Seis participantes se situaban en la primera franja y cuatro en la segunda (tabla 14).

EDAD	EXPERIENCIA PROFESIONAL	PARTICIPANTE	FRANJA	CÓDIGOS DONDE APARECIERON DIFERENCIAS DISCURSIVAS (ESQUEMA 14)
37 años	11 años	E1	29-37 años (edad)	[Actitud del enfermero con el paciente y la familia]
37 años	10 años	E8		[Concepto de «buen» paciente]
35 años	12 años	E7		[Concepto de trabajo en equipo]
34 años	13 años	E3		[Debilidades de la enfermera para el cuidado del paciente]
31 años	9 años	E10		[Estereotipos profesionales]
29 años	9 años	E2		[Jerarquía profesional]
54 años	17 años	E5	39-50 años (edad)	[Microequipos]
50 años	28 años	E4		[Modelo o concepto sobre familia]
41 años	16 años	E9		[Normatización de los cuidados]
39 años	18 años	E6		[Paradoja de la familia]
			16-30 años (Experiencia profesional)	[Resultado de implantación de un nuevo modelo de cuidados]
				[Rol de la enfermera en el equipo]
				[Rol de la enfermera para el paciente]
				[Rol del paciente]
				[Rol esperado de la familia]
				[Sufrimiento moral]
				[Toma de decisiones de los profesionales sobre el cuidado del paciente]
				[Toma de decisiones del paciente]

TABLA 14: Clasificación de los participantes según edad.

Destacar en este caso, que se he agrupado los años y la experiencia profesional por coincidir las diferencias en los discursos de ambas características conjuntamente. Esto justifica, que las participantes, a más años de edad, más experiencia profesional aglutinaban.



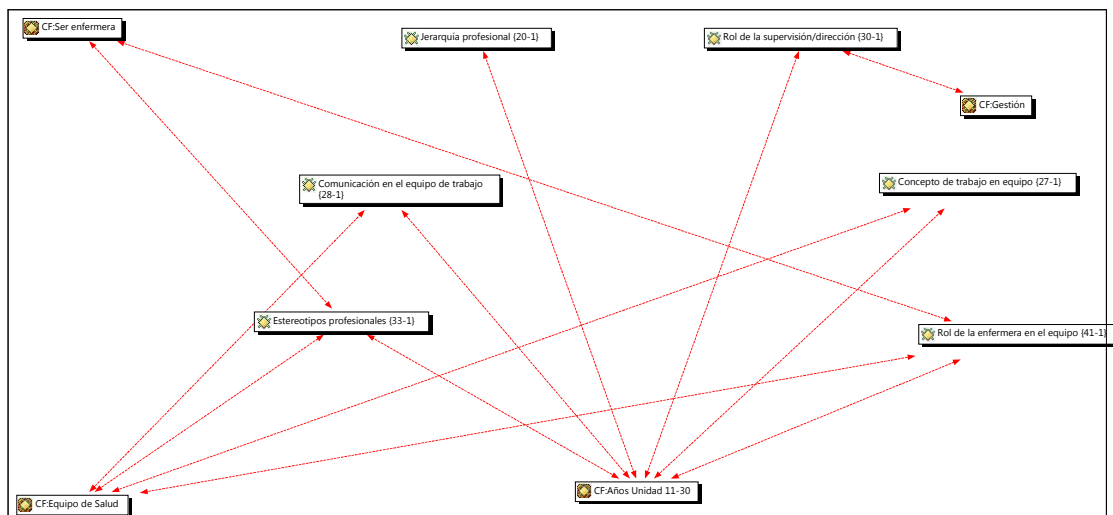
ESQUEMA 15. Categorías y códigos de la edad y experiencia profesional de los participantes.

AÑOS EN LA UNIDAD

Debido a que en los años de experiencia en la unidad aparecieron diferencias en el trabajo en equipo y las relaciones interprofesionales así como en la percepción de la dirección y la supervisión los dividí en dos franjas, de 3 a 10 años y de 11 a 30 años. Indicar que uno de los criterios de selección de los participantes era haber trabajado como mínimo 3 años en la unidad por lo que el límite de tres años de la primera franja viene determinado por este criterio. Ocho participantes se situaban en la primera franja y dos en la segunda (tabla 15).

AÑOS EN LA UNIDAD	PARTICIPANTE	FRANJA	CÓDIGOS DONDE APARECIERON DIFERENCIAS DISCURSIVAS (ESQUEMA 15)
7 años	E9	3-10 años	[Comunicación en el equipo de trabajo] [Concepto de trabajo en equipo] [Estereotipos profesionales] [Jerarquía profesional] [Rol de la enfermera en el equipo] [Rol de la supervisión/dirección]
6 años	E2		
6 años	E6		
5 años	E1		
5 años	E2		
5 años	E10		
3 años	E7		
3 años	E8	11-30 años	
24 años	E5		
19 años	E4		

TABLA 15: Clasificación de los participantes según años de experiencia en la unidad.



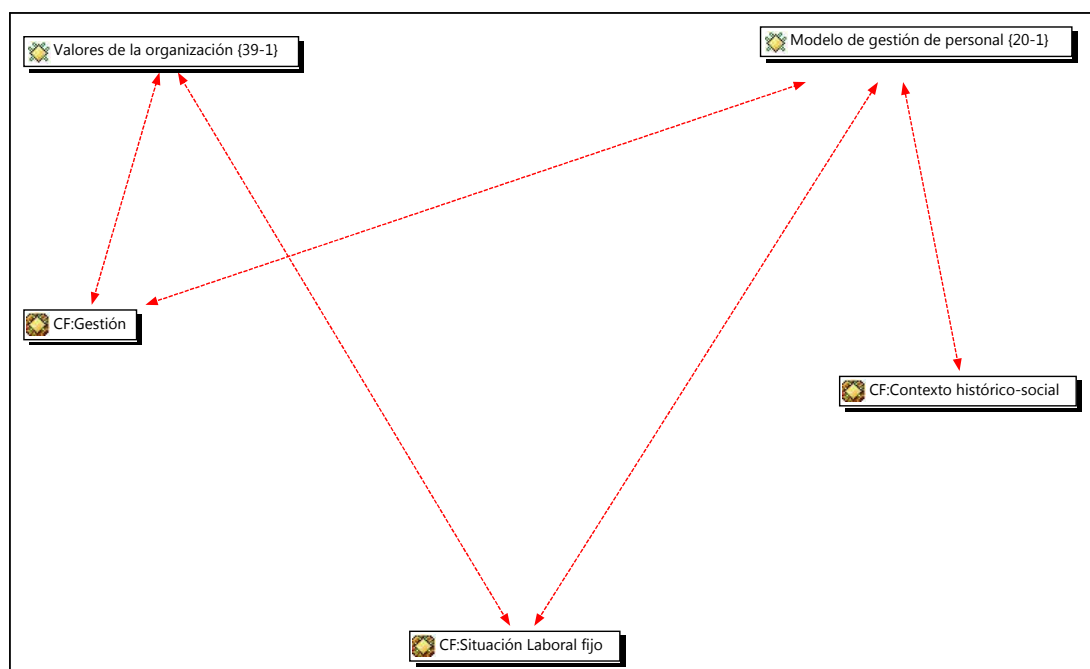
ESQUEMA 16: Categorías y códigos de los años de experiencia en la unidad.

SITUACIÓN LABORAL

De los participantes, respecto a su situación laboral, los clasifiqué en interinos o contratos estables y fijos o funcionarios. Cinco participantes eran interinos y uno tenía una comisión de servicios, por lo que se incluyeron en la primera categoría y tres eran funcionarios (tabla 16).

SITUACIÓN LABORAL	PARTICIPANTE	FRANJA	CÓDIGOS DONDE APARECIERON DIFERENCIAS DISCURSIVAS (ESQUEMA 16)
Interino	E2	Interinos	[Modelo de gestión de personal] [Valores de la organización]
Interino	E3		
Interino	E8		
Interino	E9		
Interino	E10		
Comisión de servicios	E7		
Funcionario	E1	Funcionarios	
Funcionario	E5		
Funcionario	E6		

TABLA 16: Clasificación de los participantes según situación laboral.



ESQUEMA 17. Categorías y códigos de la situación laboral.

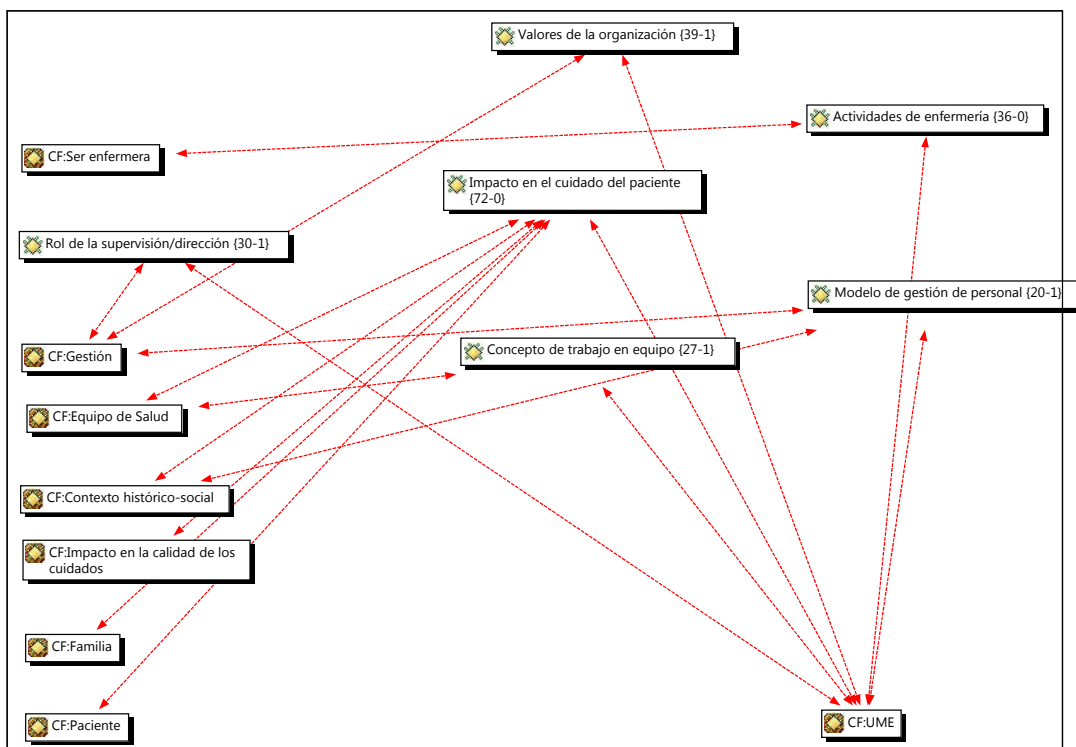
UNIDAD

Se encontraron importantes diferencias en las percepciones de los participantes que trabajaban en una u otra de las unidades asistenciales analizadas, por lo que se clasificaron en profesionales de la Unidad de Especialidades Médicas y en profesionales de la Unidad de Medicina Interna. Destacar en este caso, que las diferencias detectadas se debían a la percepción de la organización de la unidad y por eso incluí aquellos códigos que aglutinaban dicha característica.

Dichas diferencias se deben, siendo unidades con pacientes similares, a la organización del servicio. Cinco participantes pertenecían a Medicina Interna (MIR) y cinco a Especialidades Médicas (EME) (tabla 17).

UNIDAD	PARTICIPANTE	FRANJA	CÓDIGOS DONDE APARECIERON DIFERENCIAS DISCURSIVAS (ESQUEMA 17)
Medicina interna	E3	MIR	[Actividades de enfermería] [Concepto de trabajo en equipo] [Impacto en el cuidado del paciente]
Medicina interna	E7		
Medicina interna	E8		
Medicina interna	E9		
Medicina interna	E10		
Especialidades médicas	E1	EME	[Modelo de gestión de personal] [Rol de la supervisión/dirección] [Valores de la organización]
Especialidades médicas	E2		
Especialidades médicas	E4		
Especialidades médicas	E5		
Especialidades médicas	E6		

TABLA 17: Clasificación de los participantes según la unidad.



ESQUEMA 18. Categorías y códigos de la unidad.