

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

**ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS
UTILIZADAS EN LA COMUNICACIÓN DE
MALAS NOTICIAS**

Autora: PAULA LÓPEZ OCHOA

Tutor: DÁMASO RODRIGUEZ SERRANO

Convocatoria: JUNIO 2015

ÍNDICE

	Página
1. RESUMEN.....	3
1.1. PALABRAS CLAVE	
2. ABSTRACT.....	4
2.1. KEYWORDS	
3. INTRODUCCIÓN.....	5
4. MARCO TEÓRICO	
4.1. PENSAMIENTO ACERCA DE LA MUERTE DURANTE LA HISTORIA.....	6
4.2. SITUACIÓN ACTUAL.....	7
4.3. LA COMUNICACIÓN ENFERMERO-PACIENTE/FAMILIARES...	8
4.4. EL DUELO.....	8
4.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DUELO.....	10
4.6. DERECHOS Y PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA.....	11
4.7. BASE LEGISLATIVA.....	14
5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
5.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
5.2. HIPÓTESIS.....	16
5.3. VARIABLES.....	17
5.4. OBJETIVOS.....	20
5.4.1. Objetivo principal	
5.4.2. Objetivos secundarios	
5.5. METODOLOGÍA.....	20
5.6. FASES.....	21
5.7. RECURSOS.....	21
5.8. RESULTADOS.....	22
5.8.1. Correlaciones entre preguntas relacionadas con las competencias/habilidades comunicativas	
5.8.2. Frecuencia de cada pregunta/variable	
5.9. DEBILIDADES.....	65
6. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.....	66
7. REFLEXIÓN ANTROPOLÓGICA.....	67
8. BIBLIOGRAFÍA.....	68
9. ANEXOS.....	70

1. RESUMEN

El presente estudio trata sobre la última etapa de la vida de las personas que trae consigo la comunicación de malas noticias para el paciente y para su familia. El profesional sanitario es testigo de ello y tiene la obligación moral, no solo de acompañar y cuidar el dolor que produce este tipo de situaciones delicadas, sino también de empatizar y tratar al paciente y a las personas cercanas a él.

Mediante la comunicación clínica el profesional sanitario es capaz de crear un vínculo afectivo propio de la relación enfermero-paciente que ayude a tratar de sanar el dolor emocional y ayudar al afrontamiento del duelo de una manera un poco más llevadera. Para ello se necesitara un personal competente que utilice adecuadamente cada competencia de la que dispone para crear un encuentro en el que prime la autenticidad y el respeto hacia el paciente. Así pues, será importante analizar previamente la situación del uso de las competencias en la comunicación de malas noticias, objeto de la presente investigación.

Por tanto, con el estudio de cada habilidad comunicativa, se valorará si el profesional de enfermería necesita ser formado en este tipo de situaciones. Para que así, el trato al paciente/familia sea el adecuado y la comunicación clínica sea efectiva analizando además, todos los factores que influyen. Siempre en beneficio del paciente.

1.1. PALABRAS CLAVE

Malas noticias, comunicación, competencias, dolor y cuidar.

2. ABSTRACT

The object of this study is the last stage of people's life, bringing bad news communication for the patient and his family. The healthcare professional bears witness it and as a consequence he's got a moral obligation. That isn't already accompanying and taking care of the pain, typical of such delicate situations, but also being emphatic and treating the patient and those who are close to him.

The professional, through his clinical communication, is able to become emotionally close, in the specific nurse-patient relationship way, in order to try healing the emotional pain and help confronting the grief in a more bearable way. This task requires a competent staff who is able to use suitably all his available skills, with the purpose of create a meeting where authenticity and respect are the principal thing. So a previous analysis of the use of skills in communicating bad news, is an indispensable requirement, which is the subject of this investigation.

Therefore, studying each communication skill, it'll assessed if the nurse needs to be formed for that kind of situations. That in order to get an adequate treatment to patient/family and become effective the clinical communication, analyzing also all influencing factors. Always to improving the patient benefit.

2.1. KEYWORDS

Bad news, communication, skills, pain and care.

3. INTRODUCCIÓN

“La muerte es una vida vivida. La vida es muerte que viene.” (Jorge Luis Borges, 1899-1986). La enfermería es una de las profesiones sanitarias que posee el privilegio de poder compartir tanto la vida como la muerte. Es participe activo de la felicidad y del sufrimiento de los pacientes lo que influye directamente en los sentimientos de sus familiares. La comunicación entre los profesionales sanitarios y paciente es la base en toda práctica sanitaria. Mediante ella conocemos y nos damos a conocer al paciente y a sus familiares, estableciendo un encuentro dónde la confianza es el pilar fundamental. Solo así, la relación que se establecerá será cercana y verdadera y ayudará a que la atención sea personal e individualizada, obteniendo la información necesaria para la valoración del paciente y familia.

En la práctica de enfermería, la comunicación con el paciente pone en juego una serie de competencias y habilidades propias de la profesión. Competencias que influyen en que la relación establecida sea realmente en beneficio del paciente. Con el uso adecuado de las competencias adquiridas por los profesionales sanitarios la relación se convierte en una interrelación personal en la que se comparten experiencias vitales, dejando a un lado las técnicas de enfermería como tal, para dar más importancia a valores como el respeto, el amor y el valor.

De esta manera, a la hora de necesitar información para una correcta valoración del paciente, será más fácil adquirir los datos necesarios con medios adecuados para ello. Sin embargo, no todos los medios son válidos para cada situación en la relación enfermero-paciente. En concreto, en situaciones delicadas como es la comunicación de malas noticias es necesario establecer habilidades más específicas pues las características de la comunicación lo requieren. Pues no es comparable el dolor físico con el dolor emocional tras la pérdida de un Ser querido y todos los factores que influyen su afrontamiento.

Por ello se necesita que el personal de enfermería este formado y sea competente en todos los aspectos de la práctica clínica. En concreto en la comunicación de malas noticias, para ser el apoyo que se necesita en la cada etapa de la vida, desde su inicio hasta su final.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. PENSAMIENTO ACERCA DE LA MUERTE DURANTE LA HISTORIA

El proceso final de la vida siempre ha sido objeto de estudio de todas las corrientes filosóficas tanto que tenían diferentes formas de entender el sufrimiento o afrontamiento del duelo. La muerte cuando se vive de cerca deja de ser pensada como ley de vida, como proceso natural de la existencia, a ser de los momentos más duros de las personas que la viven de cerca. Pues solo cuando se acerca el momento es cuando realmente se plantean las preguntas más difíciles de resolver. Preguntas que se resumen en una sola, simple pero compleja: ¿Por qué? A lo largo de la historia ha ido variando la actitud con la que se han ido respondiendo a las preguntas transcendentales del hombre según las necesidades de cada época, pero tomaremos como referencia la filosofía medieval para entender primero a la persona.

Para Platón (S. VI – XIV a.C.), en la filosofía medieval, la esencia de un ser humano es “aquello” que hace que sea precisamente un Ser humano y no un perro, una mesa o una tiza. Consideró que la esencia humana radica en la racionalidad. Y que esta esencia del hombre, a su vez, se considera como un dualismo antropológico separando al Ser humano en dos partes: cuerpo (soma) y alma (psique) siendo esta última la parte inmortal e inmaterial del hombre.” Además, Platón acepta la teoría pitagórica de la transmigración de las almas o reencarnación. “El alma se reencarna, condicionado por la existencia anterior, en otro cuerpo hasta que habiendo llevado una vida pura y regida sabiamente escape del ciclo de las reencarnaciones.” Quiere decir que la muerte solo se produce en el cuerpo, en la materia, pues el alma cambia de cuerpo o el fin último, se libera. Por lo que su teoría se resume en: “El hombre es su alma.”¹⁴

Por otro lado, para Aristóteles (S. VI – XIV a.C.) “el alma es la forma substancial del cuerpo y coexiste con él con unión substancial.” Cree que la muerte del organismo se produce como una necesidad natural y metafísica, como un exceso de perfección del alma, puro principio de vida. Se desgasta porque no puede seguir la actualización constante de la riqueza inmortal del alma en un movimiento sin término, es decir, la materia se desgasta en beneficio del alma.¹⁴

4.2. SITUACIÓN ACTUAL

En el mundo contemporáneo el concepto de la muerte no es aceptado. En la sociedad actual los valores éticos han ido perdiendo terreno a favor de los valores utilitaristas y como consecuencia se han ido desvaneciendo los valores necesarios para afrontar la muerte y su duelo. Además, el concepto de alma se ha ido distorsionando a lo largo de los años convirtiéndose en un mero concepto filosófico y dejando así de lado la esencia del Ser Humano.

Precisamente, es el alma de cada persona la que sufre el dolor más intenso. Los profesionales sanitarios tienen la obligación moral de sanar el dolor de las personas. Por tanto, tienen obligación de sanar el alma. Ese dolor se refiere a los cambios que se producen en la trayectoria vital y los sentimientos que produce en ellas. Concretamente, las malas noticias refieren “un déficit cognitivo, conductual o emocional en las personas que reciben la noticia y que persiste durante algún tiempo después de recibirla” según Ptacek y Eberhardt (1996). Entre las malas noticias se encuentra las situaciones que amenazan la vida que en la práctica clínica afecta directamente a los que tratan al paciente y familia y conocen su historia.¹⁶

En el tratamiento del déficit causado por las malas noticias no se pueden seguir unas pautas pertinentes. Lo que si es cierto es que el primer paso es aceptar la situación pues sin aceptación, el dolor nunca podrá sanarse. Se necesita aferrarse a un valor, un sentimiento, una creencia o incluso fe en algo para superar aquello que nos inquieta. Pero hoy en día, esos valores y creencias se ven alterados por el temor a la muerte. El sentimiento de querer saber y la impotencia de desconocer el porvenir. Por lo que en el ámbito sanitario será primordial considerar el alma como la parte más importante y la que necesita el apoyo y el cuidado de los profesionales sanitarios: con el silencio, con el contacto, con el apoyo, con simplemente estar a su lado.

Así pues, aunque se trate de una situación delicada los pacientes y familiares son capaces de distinguir entre la comunicación que es efectiva de la que no lo es. Por lo que es necesario que el profesional sanitario este formado y sepa dar una comunicación que lo sea.

4.3. LA COMUNICACIÓN ENFERMERO-PACIENTE/FAMILIARES

La comunicación clínica (según Roger Ruiz) requiere profesionales sanitarios formados y entrenados en todas las situaciones clínicas. Debe tener una serie de características según cada paciente. Es decir, cada paciente es único, y por tanto, cada situación es individual y diferente al resto. Para así, utilizar adecuadamente cada tipo de habilidad comunicativa. Como son las habilidades de contenido o lo que el profesional sanitario comunica, las habilidades de proceso o la forma en la que el profesional realiza esto y las habilidades perceptivas o lo que el profesional siente y piensa cuando comunica.¹¹

A la hora de comunicarse se utilizan también competencias que ayudan a crear un encuentro en el que sean partícipes ambas personas. Como por ejemplo, la escucha activa, la empatía o la confidencialidad que hacen que las habilidades comunicativas se lleven a cabo, que en este caso, son las variables a estudio de la investigación.²⁰

4.4. EL DUELO

El duelo se define como: *“la reacción psicológica que se produce ante la pérdida de alguien o algo significativo para nosotros”*. La muerte y el duelo forman parte fundamental en la vida de cada Ser Humano en tanto que tiene un principio y un fin. Es algo que sucede aunque nunca se quiera que llegue el momento. El momento más duro tanto para la persona que sufre el afrontamiento de la muerte como para las personas que tienen que atravesar el duelo, la pérdida de un ser querido.¹³

El dolor que produce tiene que ser sanado, de tal manera que se supere aunque siempre quede latente. El sufrimiento, cada persona lo siente de manera diferente, por lo que el afrontamiento al duelo dependerá de cada caso particular y sus circunstancias.

El dolor provocado tras la muerte de una persona querida, no es cualquier tipo de dolor, es un dolor que siempre va a quedar latente en cada persona pero con el que se aprende a vivir. El proceso del duelo es la transición de las etapas de ese dolor hasta su recuperación.

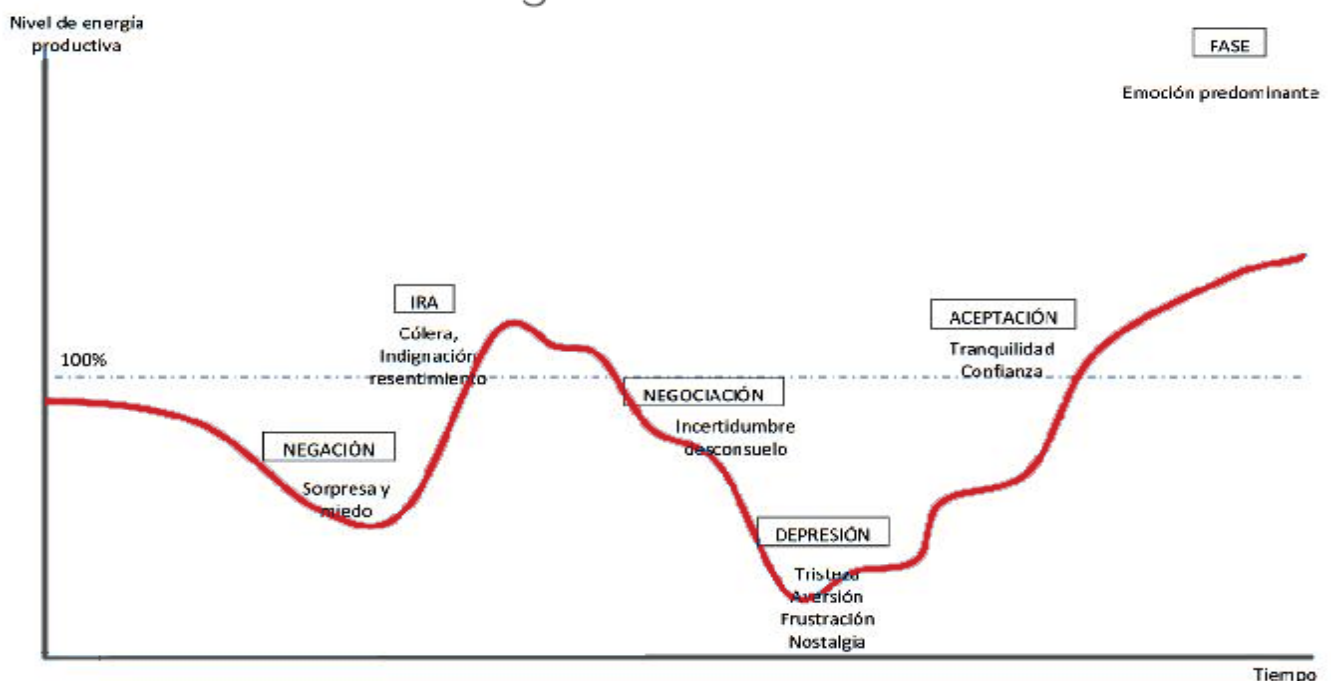
El afrontamiento del duelo según Kübler-Ross se divide en cuatro etapas que suelen aparecer en familiares y personas cercanas, pero no al mismo tiempo que en el paciente terminal; más aún, por razones obvias las fases finalizan en el paciente al acabar su vida.

Sin embargo, el proceso en los familiares continúa más allá de este momento, generándose un proceso de duelo.

Dichas etapas son:

1. Embotamiento mental: caracterizado por la presencia de conductas automáticas y por la incapacidad de aceptar la realidad.
2. Anhelo y búsqueda del referente perdido: aquí suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión, y culpa con insomnio y ansiedad (si esto es muy intenso o crónico, hablamos de un duelo patológico).
3. Desorganización y desesperación: suele aparecer una tendencia a abandonarse y a romper los esquemas del estilo de vida personal.
4. Reorganización: si se van superando las fases poco a poco surge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia. Pero si no se llega a esta fase el duelo se cronifica de forma patológica (cuando la depresión/distimia supera el año tras la pérdida), aunque manifestaciones patológicas pueden ser la ausencia de aflicción consciente (exceso de autocontrol que pospone el duelo y no lo permite drenar) y la presencia de euforia, casi maníaca, unida a veces a una negación de la muerte.

Las fases del proceso de duelo según Kübler - Ross



4.5. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DUELO

Como cita José Ortega y Gasset: “Yo soy yo y mi circunstancia.”. Expresa que cada persona tiene una vida diferente a la del resto del mundo, cada vida con sus factores constantes; con su familia, su trabajo, su hogar, incluso sus problemas psicosociales pero que en algún momento pueden variar. Por ello, a la hora de afrontar cada situación vital, los factores que influyan serán relevantes para su superación.

Ante el afrontamiento al duelo a menudo surgen preguntas trascendentales; ¿Existe algo más allá de la muerte?, ¿Por qué se ha ido?, ¿Estará en el cielo? Los profesionales sanitarios se ven implicados en intentar buscar respuesta cuando se plantean situaciones de necesidad vital para sanar el sufrimiento que provocan. Es entonces, cuando la religión del paciente y/o familia cobra un sentido fundamental en la recuperación tras vivir situaciones delicadas. La fe y las creencias de cada uno influirán en la manera de afrontar de diferente manera pero con objetivo común; morir en calma y en paz.¹⁴

Cuando hablamos de temas que implican temas trascendentales de la persona el tema en concreto se puede ver alterado influido por diferentes motivos. En el caso de dar consuelo y alivio en situaciones de sufrimiento la enfermera tendrá que informarse en la manera de lo posible de qué forma sufre el paciente y como puede apoyar a su familia y en cierta manera tratar ese dolor tan propio de cada persona. El tema de la muerte está ligado a las creencias con las que se proyecte, a la religión a la que se pertenezca. Pues ayuda a tener esperanza y fe para la superación de las diferentes etapas en la vida de cada persona que afectan a la visión de los valores y a los sentimientos de cada uno.²¹

Cada caso, es individual y único para cada persona. El afrontamiento del duelo se supera de manera diferente, incluso muchas personas no llegan a superarlo nunca pero hay que ayudar a que convivan con ello siguiendo con sus vidas adelante. Es decir, que su dolencia no les impida volver a su vida cotidiana con normalidad. Por lo que influirá el contexto familiar en el que se encuentre las personas que sufren la pérdida, lo que se refleja en la edad de la persona que se ha ido o la manera en la que suceda el proceso de sufrimiento. Si es repentino o es vivido durante un largo proceso. Además de la etapa de la vida en la que se encuentre la persona que va a fallecer. Pues si es una persona joven a la que le queda media vida por vivir, es un dolor más profundo porque se piensa que todavía no era su momento.

También influye la personalidad de quien tenga que afrontar el duelo y en qué circunstancias ocurra. Si cuenta con familia cercana en la que apoyarse, vive solo, no tiene familiares cercanos... Además si es un proceso largo de sufrimiento hasta que llega el momento de la muerte se sufre de una manera continuada. Pero cuando todo el sufrimiento ha pasado la recuperación de aquellas personas que han acompañado es más rápida, ya que han tenido tiempo para asimilar todo lo que iba a acontecer, superando el dolor con mayor facilidad.¹

Además, el cuidado recibido durante el proceso es esencial a la hora de intentar superar la situación y de al final conseguir que se deje de sufrir y enfrentarse a la realidad, a la ausencia. Entre el cuidado recibido se encuentra el proporcionado por los profesionales sanitarios cuando se da lugar la comunicación de malas noticias. Crear un ambiente de confianza y calma influye en la respuesta emocional de las personas que viven ciertas situaciones que comprometen la vida de seres queridos.

4.6. DERECHOS Y PRINCIPIOS ETICOS IMPLICADOS

La enfermería tiene un papel fundamental en el proceso de superación de la muerte sobretodo en el ámbito hospitalario. En muchos servicios se da la circunstancia de presenciar el fallecimiento de pacientes así como el dolor que deja en sus familiares.

La comunicación entre enfermero y paciente tiene relación directa con la ética y bioética en tanto que se ven implicados temas íntegros de la propia persona y como tal posee derechos y principios que se deben conocer para que no sean alterados en el proceso. El papel de la enfermería tiene gran valor a la hora de tratar con los pacientes pues es quién debe velar por que esos derechos sean respetados en la práctica clínica de cualquier situación.

La ética es la ciencia que estudia los actos humanos en tanto que son buenos o malos, es decir, bajo la consideración del bien y del mal. Además, es aquella parte de la filosofía que estudia la moralidad del obrar humano entendiendo por moralidad aquella cualidad que se refiere a los actos humanos que se realizan libremente en relación al último fin. Los actos humanos de los que se ocupa la ética implican un conocimiento del fin y una voluntariedad en su aceptación y en la propia ordenación a ese fin. La ética además de ser una ciencia normativa es una ciencia aplicada. Esto quiere decir que la ética se restringe a una mera

descripción del comportamiento de la enfermera sino que fundamentalmente incide –y ahí radica lo propio de ella– en su capacidad de juzgar y valorar lo que es conveniente o no en un determinado comportamiento, es decir, el discernir por vía racional entre lo que es bueno y lo que no lo es.²

La ética para la enfermería (deontología o moral profesional) estudia cuales deben ser las relaciones profesionales entre las enfermeras y pacientes pues no es solo un profesional que colabora estrechamente con el médico –alguien que realiza lo que se le encarga– sino que tiene también sus propias competencias a las que debe de responder y a través de las cuales se realiza o no como un buen o mal profesional. Su acción debe estar coordinada y aun subordinado en muchos casos el médico, la responsabilidad de enfermería respecto a sus propias acciones no debe de disolverse. Su responsabilidad personal no es subsumible en la del médico y en muchas circunstancias, sus actos no pueden cobijarse al amparo de que actuaba por delegación. Por eso no es admisible la confusión o imprecisión de su comportamiento y mucho menos de su ambigüedad respecto a la ética. La enfermera ha de continuar interrogándose cuál debe ser su modo de comportarse en cada una de esas actuaciones.

Por un lado, se enfrentan radicalmente la moral católica y la ética civil, como si entre ambas no hubiera posible relación ningún modo de articularse en la actualidad, como reconoce Daniel Colchón, la ética católica nace de la sensibilidad religiosa que los problemas humanos, cosa que no acontece en la ética civil. Se conoce que la neutralidad no existe en ningún lugar. De otro lado nadie se ha atrevido ni ha osado definir qué entiende por ética laica, una ética de la cual ignoramos todo principio de moralidad. Y cuyo único conocimiento que tenemos de esta ética es un conocimiento negativo, es decir, aquella característica que ante todo debe ser satisfecha para poder calificarse así: la de no tener ninguna vinculación, ningún compromiso con la fe.

Por otra parte, nadie puede evaluar la fe en las condiciones humanas o la conexión entre las convicciones humanas y la fe religiosa, es lógico que la ética laica no cumpla con su primera y única condición. (Ética laica no existe). ¿Cómo puede afirmarse que la ética católica ha perdido su universalidad y vigencia, cuando todavía el colectivo más numerosamente importante, que sigue siendo fiel a su fe, en el mundo, es precisamente el católico?²

En situaciones delicadas, la ética se ve alterada en cuanto se trata de los principios y derechos del paciente. Es así, debido a que la mayor parte de los enfermos sufren aunque ese sufrimiento pueda conceptualizarse de formas muy diversas, entendiéndose como aflicción, dolor físico o psíquico, sufrimiento moral, limitación o pasividad impuesta por la enfermedad renuncia a valerse por sí mismo, indefensión, etc... Puede afirmarse que, de una u otra forma el sufrimiento impregna toda la conducta del paciente y también la mayoría de los actos que realiza la enfermera. En los actos de enfermería es dónde se pueden ver alterados los principios fundamentales de la bioética según Tom L. Beauchamp y James F. Childress. Tales principios son el principio de Autonomía o respeto a la persona, el principio de Beneficencia o el bien del paciente, el principio de No-Maleficencia o evitar el mal del paciente y el principio de Justicia o universalidad. ¹⁸

El sufrimiento hace que, de alguna manera, se profundice más en la propia existencia. Ante el sufrimiento, el enfermo se hace preguntas que, aunque no sean estrictamente competencia de la enfermera –y mucho menos de las técnicas que ésta conoce-, sí que hay que darles, sin embargo, una respuesta, ya que de algún modo interpelan a la enfermera. Dicho de otra manera, el sufrimiento es para el hombre una situación que le acerca al conocimiento de sí, a la percepción de su propio cuerpo, a la experiencia del mal y eso, precisamente, es lo que hace que el hombre se plantee preguntas acerca del sentido y el alcance de aquel acontecimiento, de por qué le acontece a él y no a otro, o qué significado puede tener la experiencia que, sin haberla elegido, ahora tiene inevitablemente que soportar. El sufrimiento puede llegar a destruir a la persona humana pero también puede avivar en ella las raíces de la esperanza y hacerle descubrir un nuevo horizonte. Naturalmente, si la ética estuviera fundada solamente en su obligación, si fuera una mera moral del deber, poco o nada tendrá que decir la enfermera acerca del sufrimiento, ya que la idea de obligación está muy alejada (y, desde luego, esa exigencia escapa de la amistad que consiste en compartir el dolor con el otro o tratar de ayudarlo a que le encuentre un sentido).

Sin embargo, dado que la conmiseración inspirada por el hombre doliente sí que constituye una de las virtudes fundamentales del quehacer de la enfermera, es lógico que cuando el dolor no se pueda extinguir haya que aliviarlo, y cuando no se pueda aliviar haya que paliarlo, y cuando no se pueda ejercer una acción paliativa, se elija al menos estar al lado de quien lo sufre, haciéndole compañía y, en algún modo siempre misterioso y jamás regulado, sufriendo con él. Y aquí es donde entra de pleno la labor de la enfermería: en

convertir su quehacer ético, en tanto que algo tendente al logro de la felicidad del paciente. Y eso no sólo porque alivia el dolor –y por tanto, le aproxima cuantitativamente o hace más posible su felicidad- sino porque con su ayuda contribuye a que el enfermo transforme el dolor, a través del significado, dándole un sentido que le serena y tranquiliza, en la medida de sus posibilidades.

Por eso en el ejercicio de la profesión de enfermería no basta con tratar al paciente con el respeto que se merece sino también en actuar en consecuencia a los principios éticos y morales. Ya que el paciente merece saber acerca de su vida para poder cumplir sus últimos sueños o inquietudes y descansar así, en paz.

4.7. BASE LEGISLATIVA

En cuanto a las leyes que agrupan estas competencias en la profesión de enfermería se encuentra en primer lugar el Código Deontológico de Enfermería que refleja todo aquello que es deber para los enfermeros, en cuanto a la ética de los cuidados se refiere.¹⁸

Refleja los derechos que poseen los profesionales en la práctica clínica. Como son el derecho a la libertad y a la igualdad de todos los Seres Humanos, el derecho a promover la salud y el bienestar social o el derecho a la autonomía del paciente y del propio profesional sanitario. La importancia del uso adecuado de estos derechos recae en el propio paciente, en su bienestar y cuidado. Pues se hace presente el principio de Beneficencia en el que solo se debe mirar por el bien del paciente ya que es protagonista en la práctica clínica de enfermería. Por otro lado, refleja el respeto a la autonomía del paciente que en situaciones delicadas se ve comprometido a la hora de comunicar información o no al paciente o al intentar sobreproteger ante las malas noticias.

Además del código Deontológico, existen leyes que implican a los profesionales sanitarios. Como es la Ley General de Sanidad (14/1986) o leyes que implican el uso de derechos y principios de los profesionales de enfermería en la práctica clínica como dicta el Artículo 86: “El ejercicio de la labor del personal sanitario deberá organizarse de forma que se estimule en los mismos la valoración del estado de salud de la población y se disminuyan las necesidades de atenciones reparadoras de la enfermedad” (reflejado en Anexo 7).

En resumen: El hacer enfermero tiene la obligación de velar por el cumplimiento del código deontológico así como las leyes que influyen en su profesión, siendo importante para ello, que el profesional de enfermería posea una base sobre legislación y código moral. Con el objetivo de beneficiar el cuidado del paciente/familia y en sí, de la sociedad.

5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realiza en el Hospital Quirón de Pozuelo de Alarcón en el Servicio de Cuidados Intensivos y Endoscopias.

5.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Se parte del hecho de que la profesión de enfermería es un constante aprender. Más aún, si se trata de situaciones delicadas, debido a las múltiples respuestas emocionales de cada persona siendo estas en muchos casos impredecibles. Este dato influye en la calidad de la comunicación entre el profesional sanitario y paciente y familiares, objeto de estudio en el presente estudio.

El problema surge de la ausencia de protocolos establecidos en hospitales en temas holísticos de la persona como en este caso es la comunicación de malas noticias y el apoyo al sufrimiento y al duelo. No se establecen competencias propias de este tipo de situaciones clínicas que principalmente son abordadas mediante una comunicación clínica eficaz.

Por ello, analizando la situación actual del uso de las competencias de enfermería en la comunicación con el paciente y familia, se podrá evaluar si es necesaria la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito, en la comunicación de malas noticias.

5.2. HIPÓTESIS

En el estudio realizado, se valoran las competencias de enfermería que están implicadas en la comunicación con el paciente. En los resultados de la encuesta se verá reflejada la frecuencia de uso de dichas habilidades. Por lo que se plantea:

- ✓ Las competencias de enfermería en la práctica clínica superan el nivel adecuado de uso en la comunicación con el paciente y familiares.
- ✓ Enfermería necesita formarse en temas antropológicos, psicológicos y transcendentales.

5.3. VARIABLES

En el presente estudio, se presentan como variables, las diferentes competencias/habilidades de la comunicación, debido a que cada una de ellas influye en la manera de afrontar las malas noticias del paciente y familia según define principalmente R. Ruiz Moral¹⁰ y otros autores. Dichas competencias definidas a continuación.

- LENGUAJE COMPRENSIBLE

El lenguaje utilizado durante la comunicación de malas noticias debe ser claro y sencillo para que el mensaje sea comprendido por todos los receptores, ya que no todas las personas saben acerca de tecnicismos sanitarios. Así pues, se deberá usar un lenguaje adecuado a cada tipo de receptor en este caso paciente y familia dejando tiempo a preguntas.

- LENGUAJE NO VERBAL

Aporta la información sobre la propia relación de lo que se denomina relación paciente-profesional sanitario. Lo no verbal es la clave para interpretar el contenido de un mensaje verbal siendo, además, el más adecuado para la transmisión de emociones y sentimientos.

- OPINIÓN PERSONAL DEL PROFESIONAL SANITARIO

Cuando se tratan temas trascendentales cada persona tiene su visión acerca de él, una perspectiva única y diferente a la del resto. En la profesión sanitaria el respeto marca el inicio de toda relación y se tiene que respetar la opinión y decisiones del paciente dejando a un lado la opinión personal.

- SINCERIDAD/VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Adaptada a las necesidades del interlocutor establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.

- EL BIEN DEL PACIENTE

Marcado por el Principio de Beneficencia del paciente en el que se debe de velar siempre en beneficio de él pero que en situaciones delicadas puede verse influido por la retirada de la verdad por no causar más daño al paciente. La llamada “conspiración del silencio”. Por otro lado, siendo así el principio de autonomía también se vería afectando faltando a derechos propios del paciente (derecho a elegir, a opinar sobre su propia vida...)

- RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS, VALORES, COSTUMBRES Y CREENCIAS DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD

El respeto es la capacidad para aceptar al paciente tal y como es teniendo en cuenta las creencias y los rasgos de cada uno de los pacientes de modo diferente e independiente. Respetando así los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- COMUNICACIÓN INDIVIDUAL/PERSONALIZADA

Así como cada persona es única e individual, la comunicación también deberán serlo. Para que la relación enfermero-paciente sea personalizada en cada situación clínica, aún más en la comunicación de malas noticias.

- CALMA

En las situaciones delicadas es común que se pierdan los nervios y las emociones estén a flor de piel. Es por ello que quien deberá guardar calma y contagiarla al paciente y familia será el profesional sanitario.

- AUTENTICIDAD

Significa mostrar la capacidad para ser uno mismo en una relación a pesar del rol profesional. Exige mostrar también INTERES POR LA CONVERSACIÓN e INTERES POR EL PACIENTE. Es decir, para que el interés mostrado sea verdadero el profesional sanitario deberá mostrarse tal y como es sin actuar.

- FALTA DE FORMACIÓN

La comunicación clínica es una de las competencias que según la ANECA entra dentro de la formación en enfermería. Su importancia radica en el trato humano con los pacientes como cuerpo y alma y en la esencia de la profesión, cuidar a personas. Por lo que el profesional sanitario tendrá que ser formado para ser competente en todas las situaciones clínicas.

- SINDROME DE BURNTOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

El Síndrome de Burntout significa que para los profesionales sanitarios el vivir en la práctica diaria situaciones delicadas provoca un cierto estrés hacia el trabajo que hace que pase de ser una vocación a ser momentos de ansiedad.

- EMPATÍA

Acuñado por E.B Tichener (1910) significa que existe un sentimiento común entre el paciente y el terapeuta. Hoy en día se define como una emoción o sentimiento que se desarrolla en respuesta a emoción del paciente, una especie de efecto contagioso.

- ESCUCHA ACTIVA

Es fundamental escuchar atentamente a la hora de establecer un buen contacto con el paciente pues cuando no se sienten escuchados pierden el interés por la conversación y dejan de sentirse cómodos a expresarse con facilidad.

- TRATO CERCANO

Con ayuda de la comunicación no verbal como el mirar a los ojos o presentarse beneficia a crear un ambiente de confianza en el que la relación enfermero-paciente sea efectiva.

5.4. OBJETIVOS

Para marcarse objetivos reales primero se ha de analizar la situación actual acerca del tema, presente en dicho proyecto. Antes de iniciar el estudio de investigación se plantean los siguientes objetivos a cumplir al finalizar el proyecto.

5.4.1. Objetivo principal

- ✓ Analizar situación actual de las competencias enfermeras en la comunicación de malas noticias.

5.4.2. Objetivos secundarios

- ✓ Obtener datos concluyentes del uso adecuado de competencias y habilidades de enfermería.
- ✓ Diferenciar competencias más útiles en el afrontamiento al duelo.
- ✓ Valorar la calidad de las competencias de enfermería utilizadas en la práctica.
- ✓ Comparar la frecuencia de uso con el beneficio para la comunicación.
- ✓ Establecer un “protocolo” ante la comunicación de malas noticias.
- ✓ Analizar la necesidad de educar en la comunicación de malas noticias a los profesionales sanitarios.

5.5. METODOLOGÍA

La investigación está encuadrada en el ámbito hospitalario en los servicios donde es usual encontrar situaciones puramente emocionales y dolorosas para el paciente y familia como es recibir una noticia no deseada o perder a un ser querido. Los servicios sanitarios que más se ven comprometidos es la Unidad de Cuidados Intensivos en cuanto a la pérdida y el Servicio de Endoscopias Digestivas en cuanto a diagnósticos severos o no deseados. Elegidos además por la accesibilidad al Servicio para poder obtener información de los profesionales sanitarios.

El estudio realizado entra en el grupo de los Estudios Descriptivos transversales pues se analiza la realidad según la frecuencia de uso de variables, para determinar si su uso es el correcto o no. Para llevarlo a cabo, se utiliza una Muestra de $N = 20$, elegidos al azar,

enmarcados en el ámbito sanitario de los Servicios de Cuidados Intensivos y Endoscopias. Se decide comenzar la investigación con Servicios médicos pequeños para analizar el estado a pequeña escala.

5.6. FASES

El siguiente proyecto está dividido en fases cronológicamente ordenadas. Es decir, desde su diseño hasta la obtención de los resultados esperados. Dichas fases detalladas a continuación.

1. Planteamiento del problema, hipótesis y objetivos.
2. Revisión bibliográfica acerca del tema (La muerte, el duelo y la comunicación de malas noticias).
3. Diseño de la investigación: consentimiento informado, encuesta, población diana, ámbito y zona demográfica.
4. Puesta en marcha: recogida de encuestas y análisis de resultados.
5. Analizar competencias y su frecuencia según resultados de la encuesta.
6. Conclusión de los resultados según las hipótesis redactadas.

5.7. RECURSOS

Ante la necesidad de información acerca del tema se realiza previamente una revisión bibliográfica a través de soportes escritos como libros, revistas y artículos.

La comunicación es un valor difícil de medir con valor numérico. En el presente proyecto se obtienen los datos mediante consentimiento informado de los profesionales y una encuesta escrita (ANEXOS 1 y 2), por lo que en los resultados, se entiende frecuencia de uso como las características de la comunicación utilizadas en la relación enfermero-paciente. Así mediante 60 preguntas con respuesta de 1 a 9 se concretan respuestas como: muy de acuerdo o siempre, poco de acuerdo o alguna vez y nada de acuerdo o nunca.

La información es recibida de 16 profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Críticos y 4 del Servicio de Endoscopias digestivas del Hospital Quirón de Madrid. Es así por la frecuencia de situaciones en las que la comunicación de malas noticias prima en la práctica clínica.

5.8. RESULTADOS

La encuesta de la que se obtienen los resultados tiene como objetivo determinar la frecuencia de uso en la práctica de enfermería de las competencias y habilidades propias de la profesión enfermera que vienen definidas en La Asociación Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. La ANECA define competencias que son imprescindibles en la comunicación enfermero-paciente y familiares entre ellas la capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ejemplo: dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente (utilizando las habilidades...). Y para ello es imprescindible poseer la capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias (utilizando las habilidades...).

Dichas habilidades comunicativas son definidas como variables del estudio de investigación, que a su vez, agrupan preguntas de la encuesta que posteriormente serán estudiadas por individual. Obteniendo así más información acerca de la situación actual de las competencias utilizadas en la comunicación de malas noticias. Además, dentro de cada variable definida algunas de las preguntas que la conforman se correlacionan entre ellas (ANEXO 6).

5.8.1. Correlaciones entre preguntas relacionadas con las competencias/habilidades comunicativas

A continuación se presentan las competencias/habilidades de enfermería en la comunicación con el paciente y familia en relación con las preguntas de la encuesta, en las cuales existen correlaciones reflejadas en el Anexo.

○ LENGUAJE COMPRENSIBLE:

- Utilizo un lenguaje verbal coloquial/comprendible (con palabras normales) - **VAR6**
- Utilizo frases vacías de sentido para que no me hagan preguntas - **VAR35**
- Utilizo un lenguaje verbal técnico/culto (tecnicismos médicos) – **VAR5**

- LENGUAJE NO VERBAL:
 - Utilizo más lenguaje no verbal que verbal - VAR7
 - Ese lenguaje no verbal es sincero y verdadero - VAR8
 - Me fijo en la expresión facial - VAR26
 - La expresión facial me ayuda a conducir la conversación hacia un lado u otro - VAR27
 - Prefiero el silencio a las palabras incómodas - VAR52
 - Es importante la postura corporal en la conversación (expresiones/autocuidado) – VAR54

- OPINIÓN PERSONAL DEL PROFESIONAL SANITARIO:
 - Intento imponer mi opinión sobre las decisiones que puedan tomar - VAR12
 - Mis emociones personales influyen en la manera de dirigirme al paciente/familia - VAR16
 - Suelo dar mi opinión personal - VAR29
 - Mi estado anímico personal me condiciona a la hora de establecer la comunicación - VAR43
 - Mis miedos no me dejan actuar con profesionalidad - VAR44
 - Intento no emocionarme (no mostrar mis sentimientos) - VAR48
 - Tengo miedo a lo que piensen de mi (familiares y paciente) - VAR49
 - Influyo en las decisiones del paciente - VAR53
 - Me guio por mi juicio moral – VAR56

- SINCERIDAD/VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN:
 - Realizo un resumen, no cuento toda la información - VAR14
 - Solo revelo información beneficiosa, no perjudicial - VAR15
 - No me entretengo en datos no relevantes para el diagnóstico/tratamiento - VAR18
 - Hago un Juicio de valor moralizante - VAR39
 - Huyo de la palabra “Cáncer”, “muerte”... - VAR36

- EL BIEN DEL PACIENTE:
 - Intento sobreproteger en la medida de lo posible - VAR42
 - Clarifico dudas, significados, incertidumbres... - VAR17

- RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS, VALORES, COSTUMBRES Y CREENCIAS DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD:
 - Creo que la cultura/creencias del paciente influye en el afrontamiento de las malas noticias - **VAR37**
 - Muestro interés por el estado de salud y la persona en su conjunto - **VAR20**
 - Trato al paciente en su conjunto: cuerpo y alma – **VAR59**

- COMUNICACIÓN INDIVIDUAL/PERSONALIZADA:
 - Llevo marcadas unas conductas fijas respecto a la comunicación con cada tipo de paciente - **VAR22**
 - Utilizo el mismo método en cada situación - **VAR47**
 - Cada situación es única y personal y como tal me comunico – **VAR45**

- CALMA:
 - Ante una situación crítica mantengo la calma - **VAR23**
 - Ante una situación agresiva me indigno - **VAR24**
 - Me enfrento con una actitud defensiva – **VAR41**

- AUTENTICIDAD:
 - ✓ INTERES POR LA CONVERSACIÓN
 - Si el diagnóstico es severo intento quitarle importancia - **VAR25**
 - Utilizo expresiones como: “No se preocupe”, “No piense en ello”... - **VAR30**
 - La expresión “No podíamos hacer nada más por el” me sirve para desentenderme - **VAR31**
 - Siempre que se requiere atención activa la proporciono, aunque no se pueda solucionar el tema en cuestión - **VAR32**
 - Lucho contra las dificultades de la comunicación – **VAR50**

 - ✓ INTERES POR EL PACIENTE
 - Opino que muchas reacciones son exageradas - **VAR34**
 - Tengo miedo a pacientes que podrían ponerte en riesgo de infección (drogadictos, VIH...) - **VAR58**

- FALTA DE FORMACIÓN:
 - Ante situaciones delicadas no sé qué decir o cómo actuar - **VAR40**
 - Utilizo los recursos adecuadamente (empatía, autenticidad, escucha activa, respuesta activa...) – **VAR57**

- SINDROME DE BURNTOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS:
 - Tengo actitud fría, impersonal y mecánica para no empatizar y que no me afecte - **VAR46**
 - La comunicación de malas noticias aumenta el “*Síndrome de Burnout*” – **VAR60**

- EMPATÍA:
 - Empatizo con el paciente y familia - **VAR3**
 - Demuestro sensibilidad emocional - **VAR10**
 - Dejo que se expresen con libertad, expresando lo que realmente sienten - **VAR11**
 - Comparto sus debilidades y angustias - **VAR38**
 - Transmito comprensión - **VAR51**
 - Comprendo la experiencia y la situación del paciente y familia – **VAR55**

- ESCUCHA ACTIVA:
 - La mayoría de preguntas que cuestiono son cerradas - **VAR9**
 - Soy consciente de las claves que aporta la conversación - **VAR19**
 - Intento no alargar la conversación (breve y cortante) si se trata de un mal pronóstico - **VAR21**
 - Interpreto las posibles respuestas del paciente/familiares para conocer su estado de ánimo - **VAR28**
 - Interrumpo si lo creo oportuno cuando habla paciente/familia - **VAR13**
 - Pienso que reprimir los sentimientos nos lleva al control emocional – **VAR33**

- TRATO CERCANO:
 - Cuando conozco a un paciente me presento (le ofrezco mi mano) - **VAR1**
 - Al hablar con un paciente le miro a los ojos - **VAR2**
 - Muestro cortesía y amabilidad - **VAR4**

5.8.2. Frecuencia de cada respuesta/variable del cuestionario

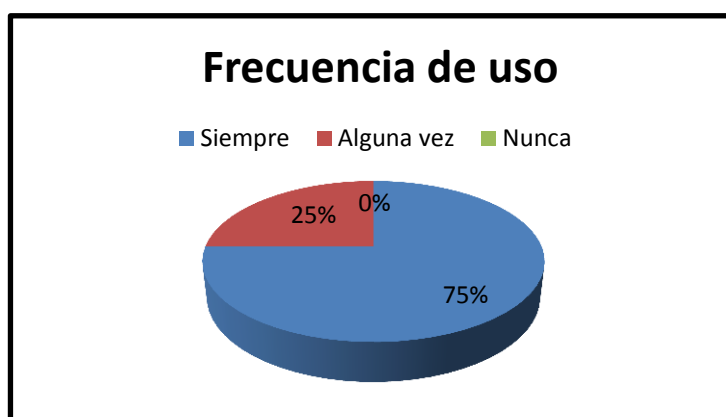
Después de recoger los datos obtenidos en la encuesta realizada al profesional sanitario del Hospital Quirón de Madrid podemos observar los siguientes resultados (ANEXO 5) y sus medias (ANEXO 4) en relación con las competencias de Enfermería en la comunicación con paciente y familia. Dichas competencias deberían superar un mínimo para que realmente su correcto uso sea eficaz.

La media mínima indica el valor numérico mínimo necesario para estar en un valor óptimo en su uso y por el contrario, la media máxima es el valor numérico máximo que debe tener la competencia en cuestión para estar en el valor adecuado.

Pregunta nº 1: Cuando conozco a un paciente me presento (le ofrezco mi mano).

El primer contacto con el paciente influye mucho en la comunicación pues la primera impresión que reciben es la que va a determinar si la conversación puede llegar a ser de confianza, es decir, establecer una comunicación enfermero – paciente confidencial.

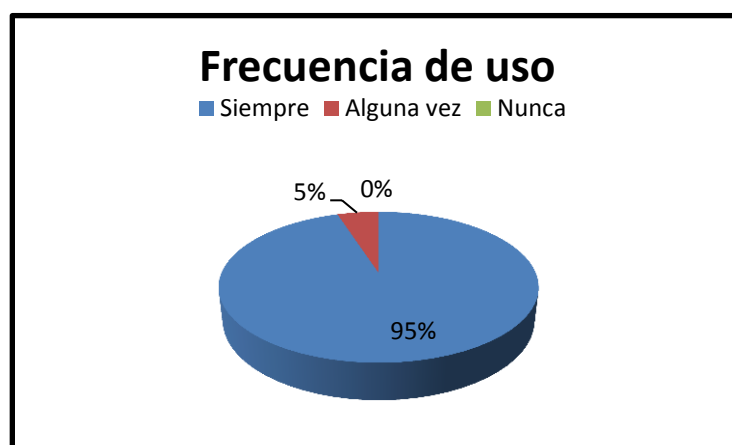
- MEDIA OBTENIDA: 7,5
- MEDIA MÍNIMA: 7 - 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: La mayoría de los profesionales se presenta en el primer contacto con el paciente para establecer una relación de confianza.



Pregunta n° 2: Al hablar con un paciente le miro a los ojos.

Demuestra la confianza de la relación. Es signo de cercanía y respeto. Competencias fundamentales en la relación enfermero-paciente.

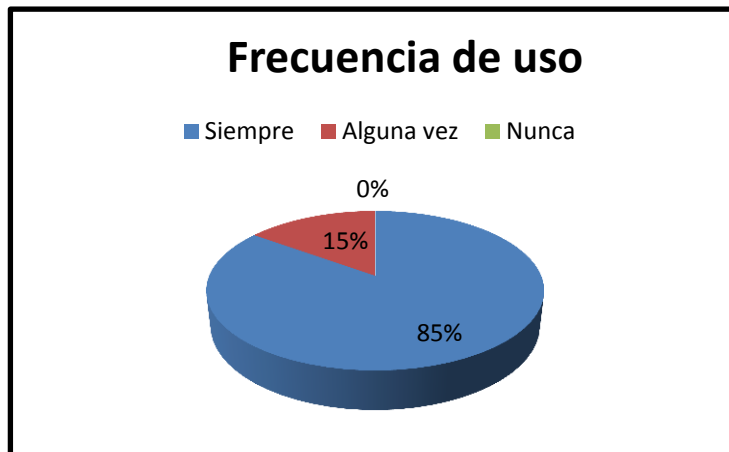
- MEDIA OBTENIDA: 8,4
- MEDIA MÍNIMA: 7 - 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: La gran mayoría mira a los ojos de la persona con la que establece una comunicación.



Pregunta n° 3: Empatizo con el paciente y familia.

Empatizar con el paciente es clave para entender su punto de vista y su comportamiento. Además así es como los enfermeros comprenden los sentimientos de los pacientes, poniéndose en el lugar del prójimo.

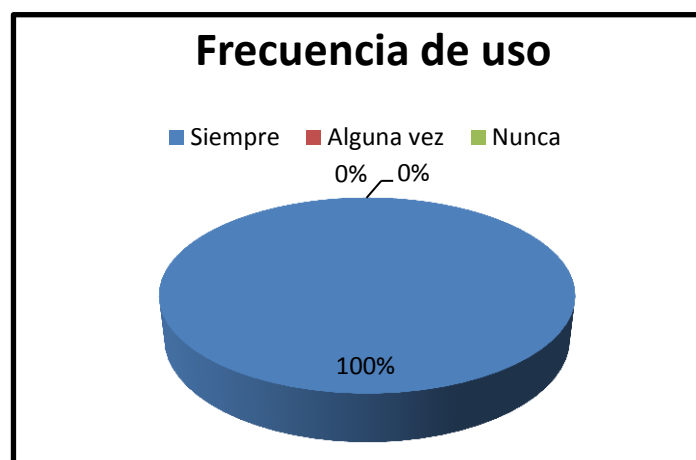
- MEDIA OBTENIDA: 7,65
- MEDIA MÍNIMA: 7 - 9 (Siempre)
- RESULTADO OBTENIDO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Los profesionales sanitarios empatizan con los pacientes de la manera adecuada necesaria para establecer la comunicación.



Pregunta n° 4: Muestro cortesía y amabilidad.

Siempre hay que mostrar cordialidad con todas las personas con las que nos relacionamos. Pero con más razón en el ámbito hospitalario ya que todos los profesionales sanitarios están al cuidado del prójimo y como tal se deben mostrar; Amables y cordiales con los pacientes y familiares.

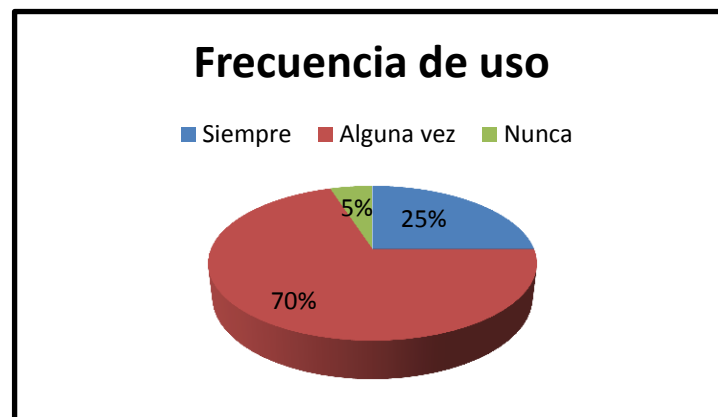
- MEDIA OBTENIDA: 8,45
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Todos los profesionales sanitarios se muestran amables con los pacientes/familia.



Pregunta n° 5: Utilizo un lenguaje verbal técnico/culto (tecnicismos médicos).

No todos los pacientes conocen todo lo que el ámbito sanitario conforma. Como enfermedades, fármacos, técnicas o diagnósticos. Para la mayoría es un mundo desconocido e incierto por lo que, en cierta medida, se debería evitar el uso abusivo de tecnicismos para que la comunicación sea realmente eficaz para el paciente y familia.

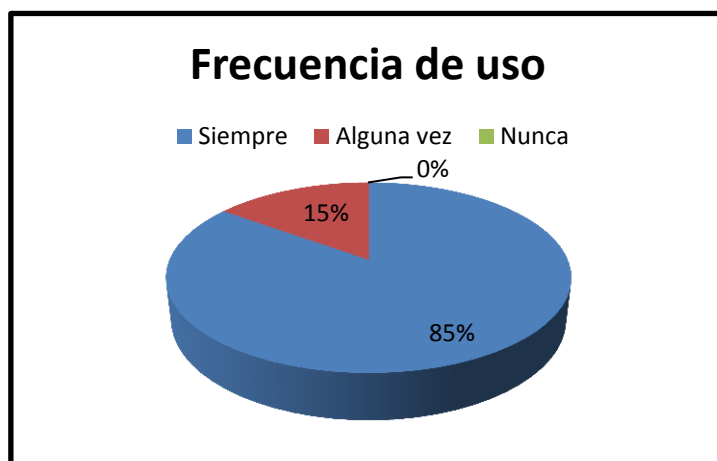
- MEDIA OBTENIDA: 5,8
- MEDIA MÁXIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Utilizan los tecnicismos necesarios pero sin que primen en la conversación.



Pregunta n° 6: Utilizo un lenguaje verbal coloquial/comprendible (con palabras normales).

Para beneficiar la comprensión del paciente de ciertos términos sanitarios y de su propio diagnóstico y/o tratamiento, los sanitarios deberán usar un lenguaje apropiado a las necesidades cada paciente. Para así evitar que surjan dudas y que el mensaje que se quiere dar no sea recibido correctamente.

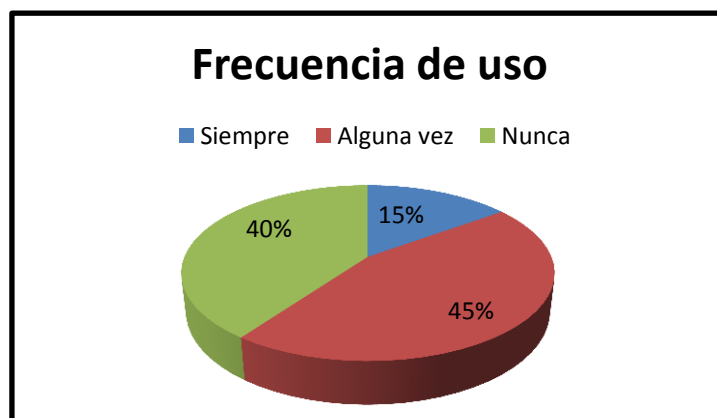
- MEDIA OBTENIDA: 7,45
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Utilizan el lenguaje correcto para ayudar a que el paciente comprenda toda la información que recibe.



Pregunta n° 7: Utilizo más lenguaje no verbal que verbal.

Toda comunicación posee características que, aunque no sean percibidas, son importantes en la conversación. Si bien el lenguaje verbal es la base para comunicarnos, sin el lenguaje no verbal no existiría el encuentro necesario para que la comunicación sea un medio para la obtención de información personal de cada paciente. Ya que el lenguaje no verbal implica una postura corporal adecuada, el contacto, el tono de voz entre otros.

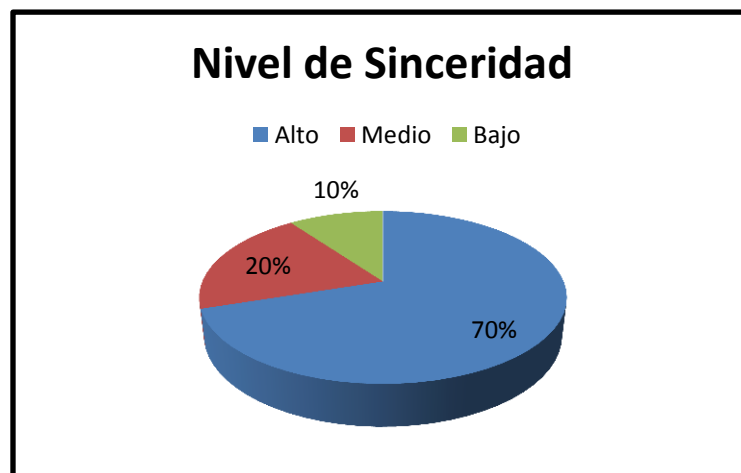
- MEDIA OBTENIDA: 4,35
- MEDIA MÍNIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Emplean el lenguaje no verbal necesario en la comunicación.



Pregunta n° 8: Ese lenguaje no verbal es sincero y verdadero.

La actitud con la que el profesional sanitario tiene que relacionarse con el paciente y familia debe ser sincera y verdadera en todos sus aspectos. Tanto en la información que se dice como la forma en la que se dice.

- MEDIA OBTENIDA: 6,75
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Alto)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Según los resultados obtenidos la mayoría de profesionales sanitarios se muestran sinceros pero se debe reforzar este aspecto de la comunicación.

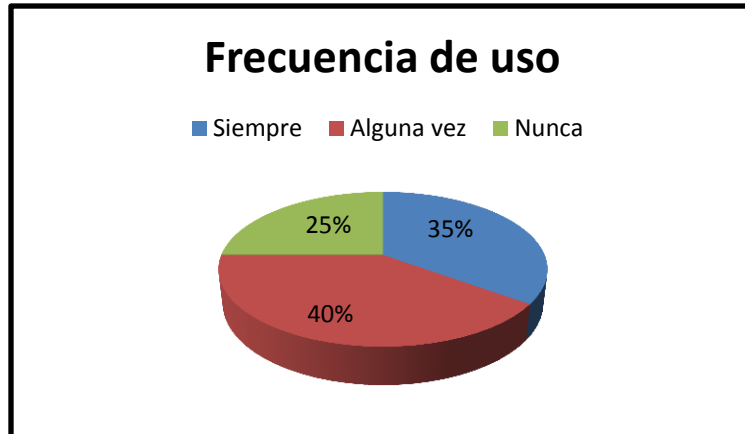


Pregunta n° 9: La mayoría de preguntas que cuestiono son cerradas.

El tipo de preguntas que se realizan en una conversación influye en la cantidad y calidad de la información que proporciona el paciente. Las preguntas cerradas tienen como respuesta sí o no, por lo que no se dan más datos acerca del paciente importantes para su cuidado. Por tanto, en la comunicación deben de predominar preguntas abiertas para intentar conocer todo aquello de la historia clínica del paciente.

- MEDIA OBTENIDA: 5,15
- MEDIA MÁXIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.

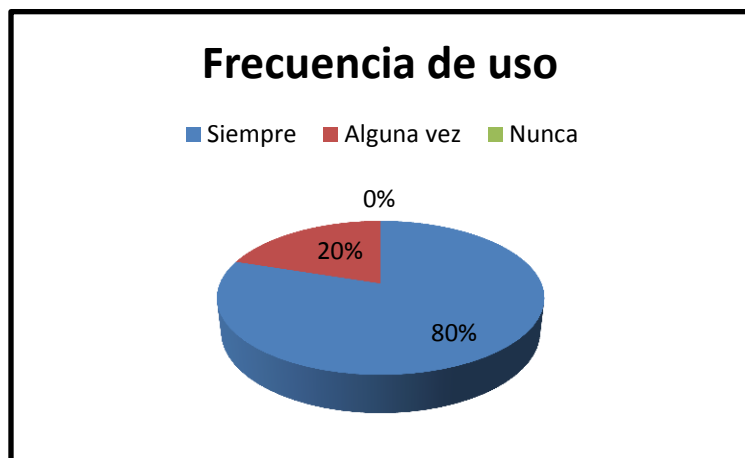
- VALORACIÓN: Los profesionales sanitarios emplean las preguntas cerradas necesarias sin que predominen en la comunicación, es decir, se preocupan por adquirir más información relevante.



Pregunta n° 10: Demuestro sensibilidad emocional.

Demostrar los sentimientos de tal manera que se aprecie sensibilidad sin que afecte al propio profesional sanitario.

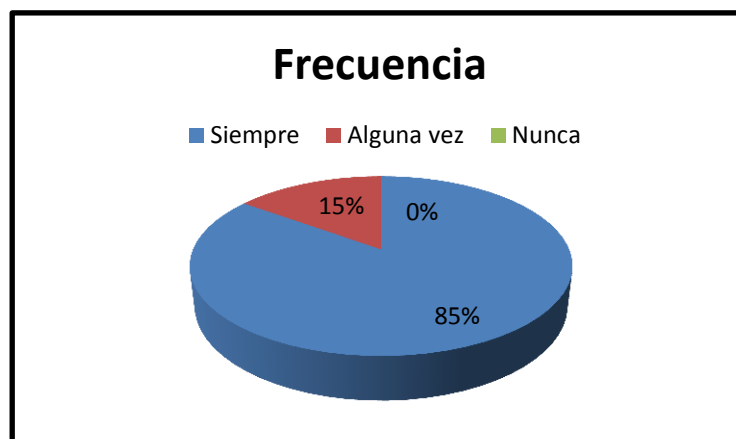
- MEDIA OBTENIDA: 7,2
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Muestran la sensibilidad emocional que requiere la relación enfermero – paciente.



Pregunta n° 11: Dejo que se expresen con libertad, expresando lo que realmente sienten.

Cada persona es libre de expresar lo que siente. Cuando a la salud se refiere se intensifican los sentimientos y se manifiestan de manera diferente. De ahí que se muestren a veces distantes y reservados. Por eso es importante que se sientan en un clima de confianza, dónde puedan expresarse con libertad.

- MEDIA OBTENIDA: 7,55
- MEDIA MÍNIMA: 7 - 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Los profesionales sanitarios permiten que el paciente exprese lo que siente libremente en un clima de confianza.

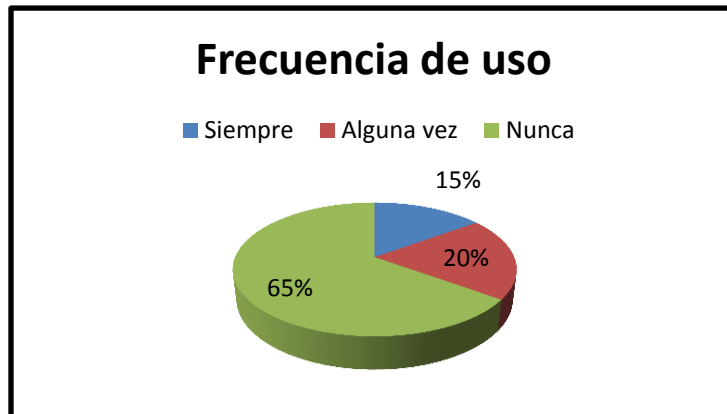


Pregunta n° 12: Intento imponer mi opinión sobre las decisiones que puedan tomar.

Cada persona posee su propia opinión totalmente diferente y respetable a la del resto. La opinión personal no se puede definir como bien o mal sino como beneficiosa o no dependiendo del tema que se trate. En la práctica clínica se tratara de respetar todas las opiniones de los pacientes valorando si es beneficiosa para su salud e intentando modelar conductas sin imponer las opiniones personales de los profesionales sanitarios.

- MEDIA OBTENIDA: 3,6
- MEDIA MÁXIMA: 1 - 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.

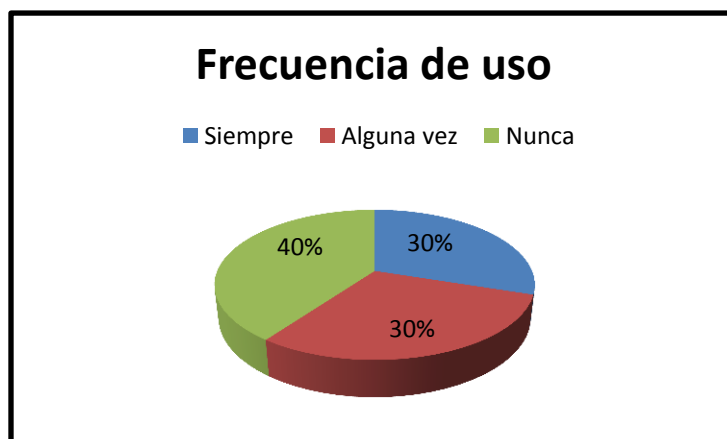
- VALORACIÓN: Algunas veces se intenta imponer la opinión de uno mismo pensando que será lo mejor para el paciente.



Preguntas nº 13: Interrumpo si lo creo oportuno cuando habla paciente/familia.

En toda conversación existe un turno de palabra para ser escuchado y para escuchar a quien habla. Si se interrumpe la persona que estaba hablando puede perder el hilo de lo que quería transmitir y dejarse información sin decir.

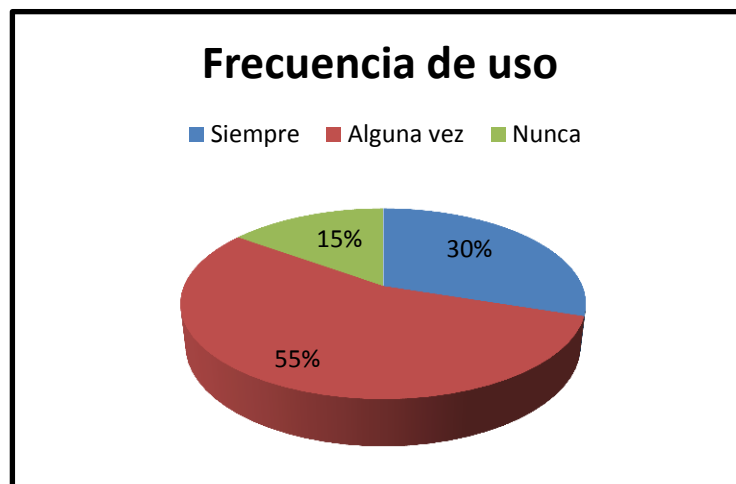
- MEDIA OBTENIDA: 4,7
- MEDIA MÁXIMA: 1 - 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Más de la mitad suele interrumpir cuando está hablando en la paciente.



Pregunta n° 14: Realizo un resumen, no cuento toda la información.

En la comunicación de información clínica es importante tener en cuenta los principios y derechos del paciente. Como el derecho del paciente a conocer todo a cerca de su salud. Por ello si se realiza un resumen de la información se pueden perder ratos relevantes para él.

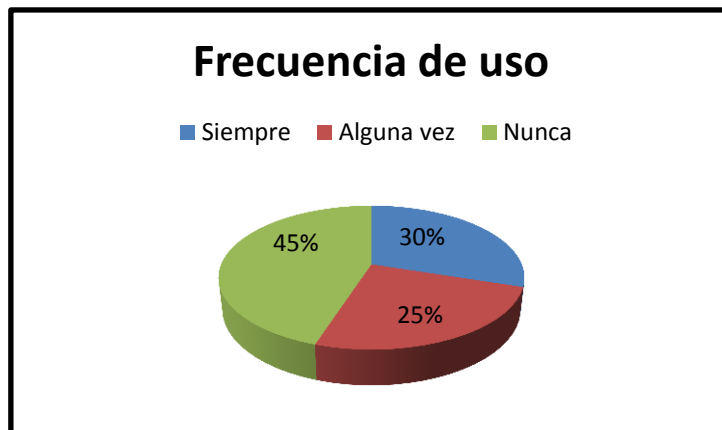
- MEDIA OBTENIDA: 5,6
- MEDIA MÁXIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: En algunas ocasiones se tiende a resumir la información aunque depende de la situación.



Pregunta n° 15: Solo revelo información beneficiosa, no perjudicial.

En los casos de comunicación de malas noticias se tiende a querer proteger al paciente mediante “la conspiración del silencio.” Mediante la no revelación de información que pueda provocarle dolor alterando así la voluntad y el principio de autonomía del propio paciente.

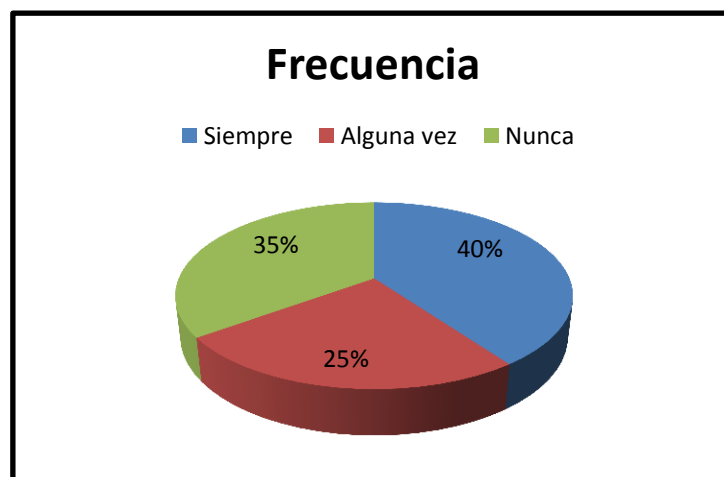
- MEDIA OBTENIDA: 4,75
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Se tiende a no revelar información perjudicial.



Pregunta nº 16: Mis emociones personales influyen en la manera de dirigirme al paciente/familia.

Los profesionales sanitarios son personas que trabajan con personas y como tal poseen sus propios sentimientos que deben intentar reprimir. Para actuar de la manera más ética y objetiva siempre en beneficio del paciente.

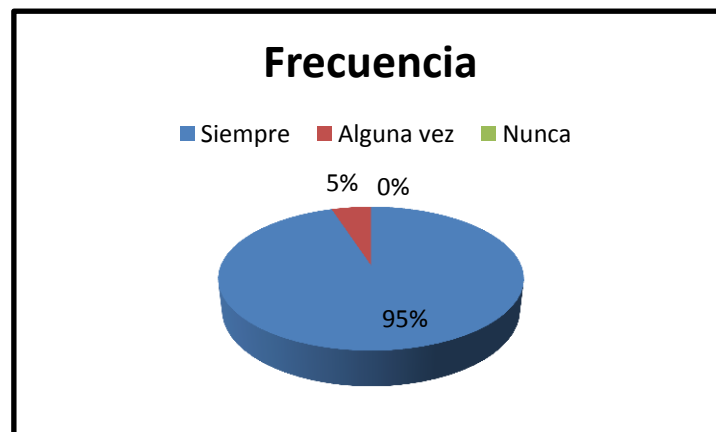
- MEDIA OBTENIDA: 4,9
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Suelen influir las emociones de los profesionales en la manera de comunicarse con el paciente/familia.



Pregunta n° 17: Clarifico dudas, significados, incertidumbres...

El hombre necesita saber y conocer la respuesta a todas sus preguntas. El principio de autonomía del paciente implica que se conozca cada dato de su propia historia clínica. Con lo cual, atendiendo al principio de veracidad, el paciente tiene el derecho de a clarificar las dudas oportunas durante la comunicación con el profesional sanitario.

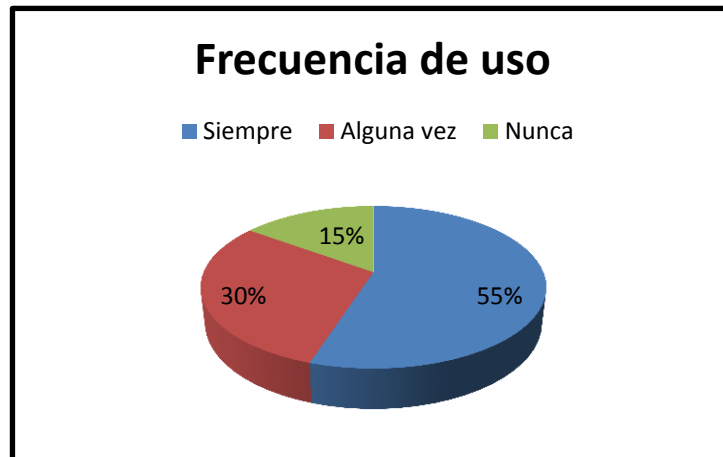
- MEDIA OBTENIDA: 7,95
- MEDIA MÍNIMA: 7 - 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Resuelven siempre dudas y preguntas realizadas por el paciente familia.



Pregunta n° 18: No me entretengo en datos no relevantes para el diagnóstico/tratamiento.

El determinar si un dato es relevante o no depende del contexto de donde se mire. Ante temas delicados como son las malas noticias cualquier dato puede contribuir a la afrontar mejor o peor la situación.

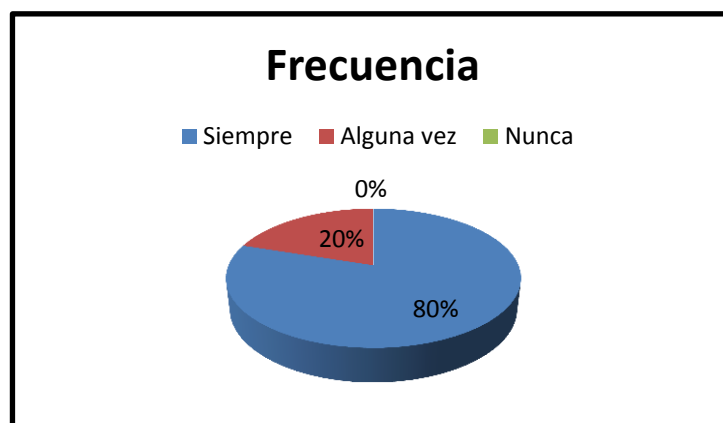
- MEDIA OBTENIDA: 6,15
- MEDIA MÁXIMA: 4 - 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Suelen comunicar solo datos relevantes para el tratamiento sin dejar que el paciente decida si el resto de datos lo son o no.



Pregunta n° 19: Soy consciente de las claves que aporta la conversación.

En la comunicación entre enfermero-paciente se revela mucha información. De toda ella hay puntos clave que determinaran los factores que influyen en cada situación.

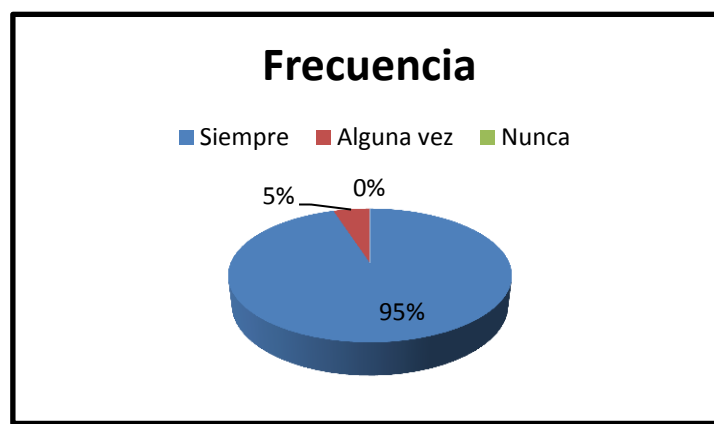
- MEDIA OBTENIDA: 7,5
- MEDIA MÁXIMA: 7 - 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: En la mayoría de casos son capaces de reconocer las claves que aporta la comunicación.



Pregunta n° 20: Muestro interés por el estado de salud y la persona en su conjunto.

La empatía con el paciente es la base fundamental de la relación enfermero-paciente lo que implica que los profesionales sanitarios se interesen por el paciente como persona.

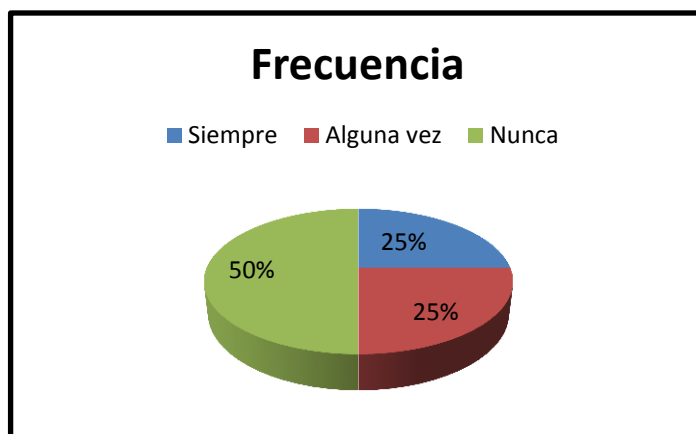
- MEDIA OBTENIDA: 8
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: muestran interés por el estado de salud de los pacientes.



Pregunta n° 21: Intento no alargar la conversación (breve y cortante) si se trata de un mal pronóstico.

La comunicación no debe ponerse tiempos pues con cada persona y cada situación es diferente. Cuando el tema a tratar es fundamental para la vida de muchas personas hay que intentar darle el mayor tiempo posible porque se tiene que dejar expresarse con libertad. En la práctica clínica es, además, la fuente de información por lo que no se debe delimitar.

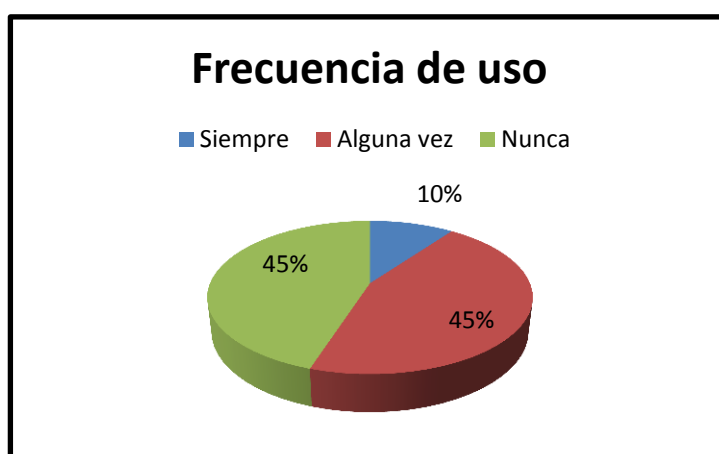
- MEDIA OBTENIDA: 4,3
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Intentan que la conversación fluya a pesar de ser una situación delicada.



Pregunta n° 22: Llevo marcadas unas conductas fijas respecto a la comunicación con cada tipo de paciente.

Cada paciente es una persona única y con una perspectiva diferente a la del resto. Por tanto, la comunicación será diferente en cada caso y se deberá buscar las competencias que más beneficien de cada paciente por individual.

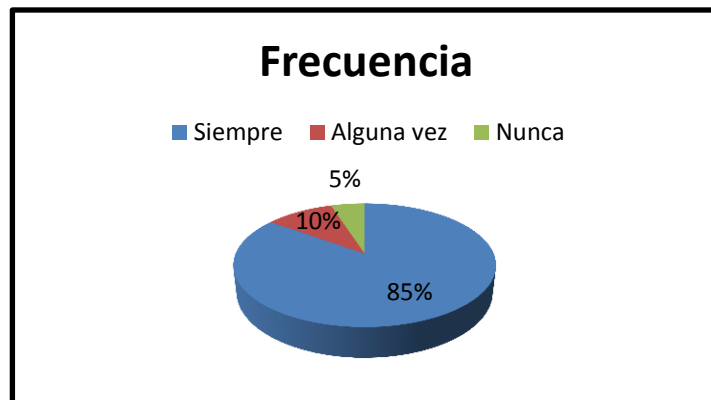
- MEDIA OBTENIDA: 4,3
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Se tiende a fijar conductas fijas para algunas situaciones con los pacientes y familiares.



Pregunta n° 23: Ante una situación crítica mantengo la calma.

Mantener la calma en situaciones críticas es necesario para evitar que las emociones se desborden y lleguen a perder las formas.

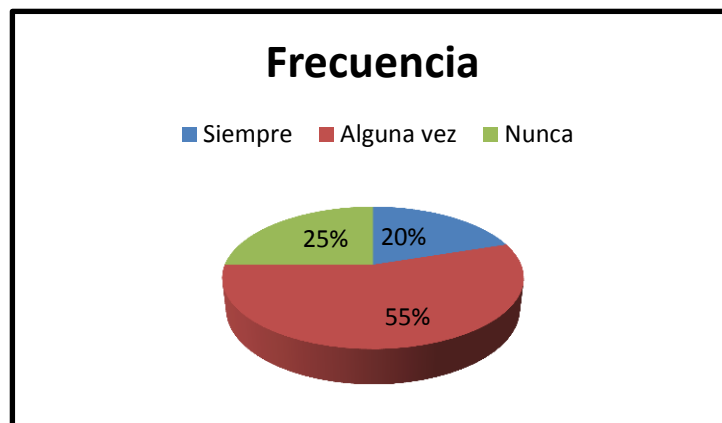
- MEDIA OBTENIDA: 7,35
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Mantienen la calma en la mayoría de situaciones.



Pregunta n° 24: Ante una situación agresiva me indigno.

Expresar sentimientos poco favorables para el paciente como es la pasividad no ayuda en la resolución de problemas ni situaciones. Es precisamente, mediante la comunicación, se lleva a cabo la búsqueda de alternativas.

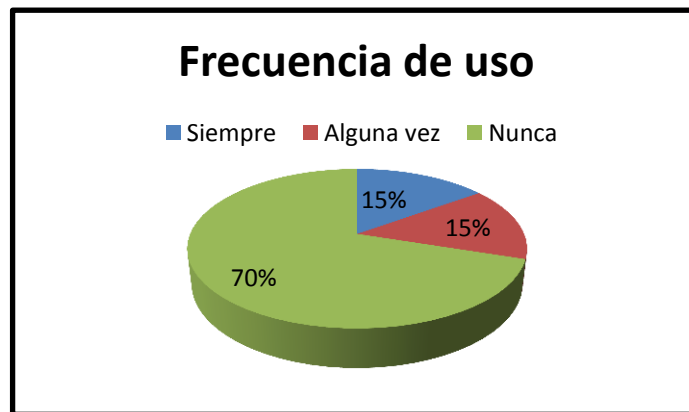
- MEDIA OBTENIDA: 5
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Se muestran pasivos más de la mitad superando la media máxima.



Pregunta n° 25: Si el diagnóstico es severo intento quitarle importancia.

Darle importancia a una noticia o no es decisión personal. Por ello, si el paciente decide preocuparse esta en su derecho y se debe no imponer la propia opinión del profesional.

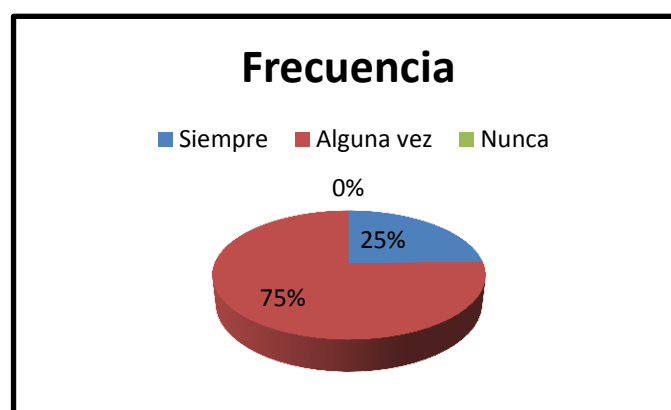
- MEDIA OBTENIDA: 3
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Casi nunca le quitan importancia al diagnóstico si es severo.



Pregunta n° 26: Me fijo en la expresión facial.

Forma parte de la comunicación no verbal que aporta el paciente/familia. Gracias a la expresión facial se conoce el interés, la opinión y el estado anímico.

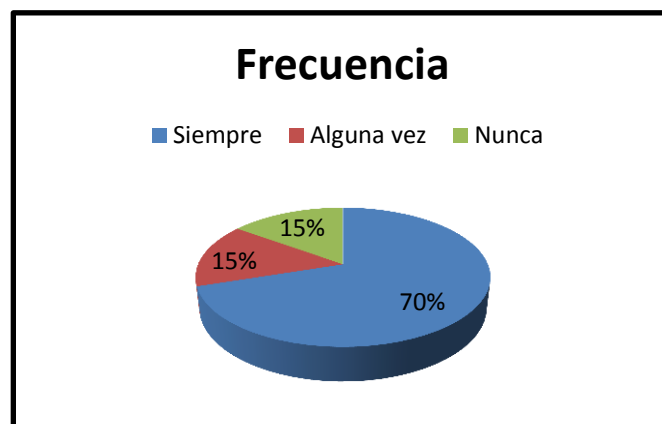
- MEDIA OBTENIDA: 7,45
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Algunas veces son conscientes de las expresiones faciales.



Pregunta n° 27: La expresión facial me ayuda a conducir la conversación hacia un lado u otro.

Aporta información significativa a la hora de establecer la comunicación y que esta sea efectiva.

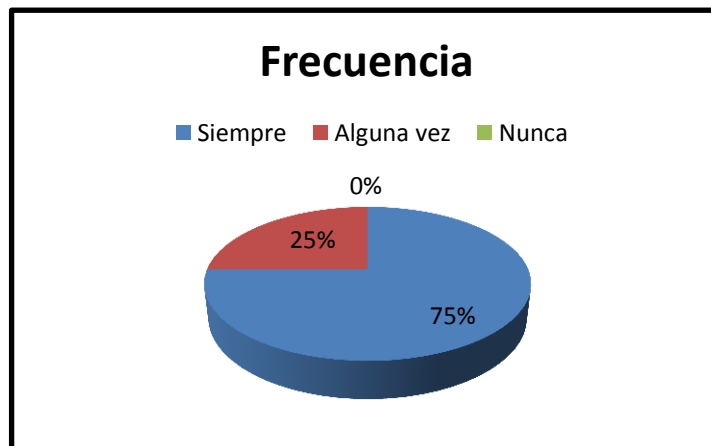
- MEDIA OBTENIDA: 6,55
- MEDIA MÁXIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Se ayudan de la expresión facial para mejorar la eficacia de la comunicación.



Pregunta n° 28: Interpreto las posibles respuestas de los familiares/paciente para conocer su estado de ánimo.

La reflexión de las respuestas y la escucha activa colaboran a conocer el estado anímico del paciente/familia.

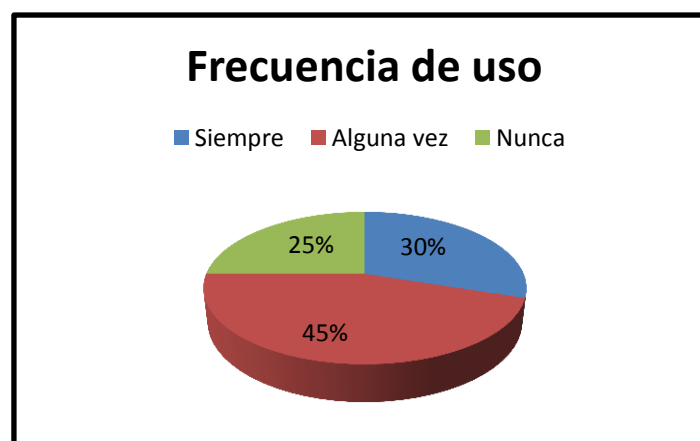
- MEDIA OBTENIDA: 7,15
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Casi siempre se interpretan correctamente las respuestas del paciente/familia.



Pregunta n° 29: Suelo dar mi opinión personal.

Se intentará no direccionar la opinión para no influir en las decisiones que tome el paciente condicionando su autonomía.

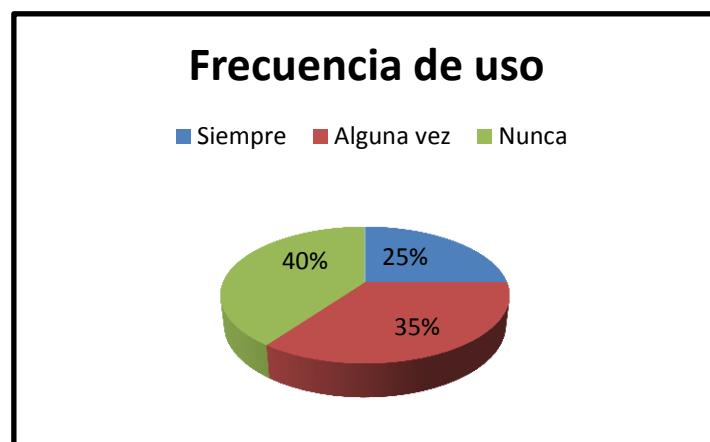
- MEDIA OBTENIDA: 5,1
- MEDIA MÍNIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Se suele dar la opinión personal intentando que no influya en las decisiones del paciente y familia.



Pregunta nº 30: Utilizo expresiones como: “No se preocupe”, “No piense en ello”...

Al decir “no se preocupe” se resta importancia a lo que quiere referirse y no es competencia de la enfermería decidir si el paciente se preocupa o no. Ya que cada persona piensa en lo que es importante para él y su familia.

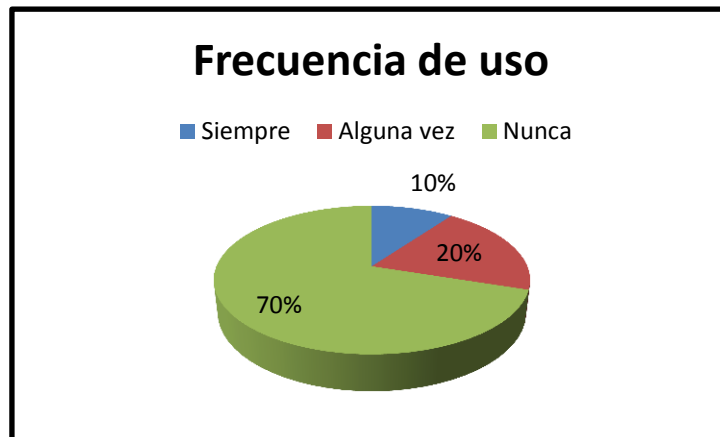
- MEDIA OBTENIDA: 4,45
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Se utiliza frecuentemente ese tipo de expresiones.



Pregunta nº 31: La expresión “No podíamos hacer nada más por el” me sirve para desentenderme.

En la comunicación de malas noticias la manera de decir lo que se quiere transmitir influye en la respuesta emocional del paciente o familia. Utilizar palabra o expresiones de manera utilitarista puede herir los sentimientos de quienes forman parte de la comunicación.

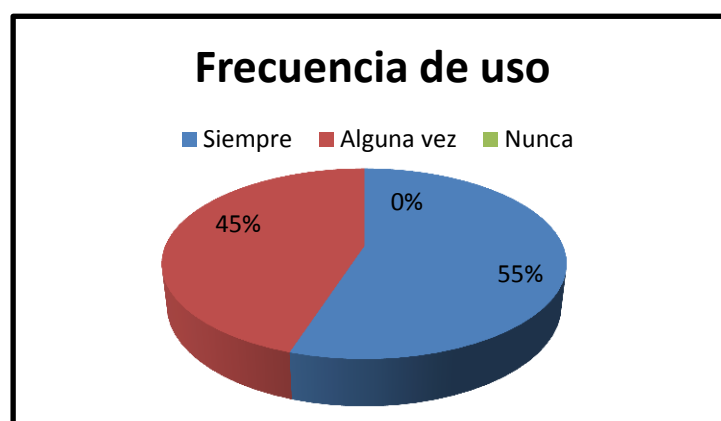
- MEDIA OBTENIDA: 2,7
- MEDIA MÁXIMA: 1 - 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Casi nunca utilizan frases que puedan herir los sentimientos de la familia del paciente.



Pregunta n° 32: Siempre que se requiere atención activa la proporciono, aunque no se pueda solucionar el tema en cuestión.

Tanto si se trata de atención sobre los cuidados físicos como de los cuidados psíquicos y sociales, el profesional sanitario tratará con la misma actitud proactiva.

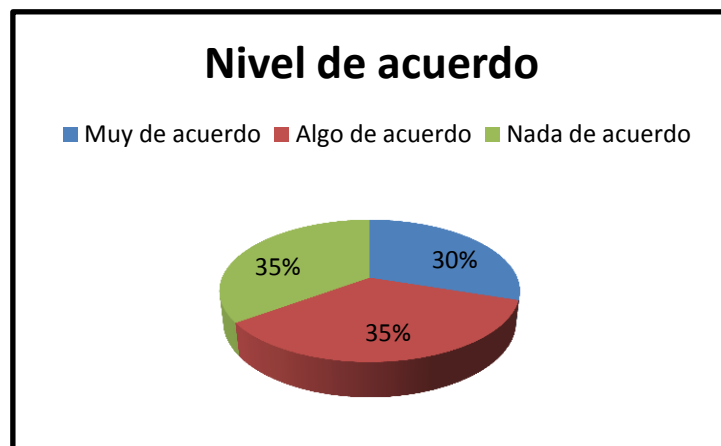
- MEDIA OBTENIDA: 6,8
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Casi todas las situaciones prestan atención activa con el paciente y familia.



Pregunta n° 33: Pienso que reprimir los sentimientos nos lleva al control emocional.

Para evitar que las situaciones delicadas afecten al profesional sanitario y a los pacientes que necesitan el cuidado y el apoyo de la enfermería.

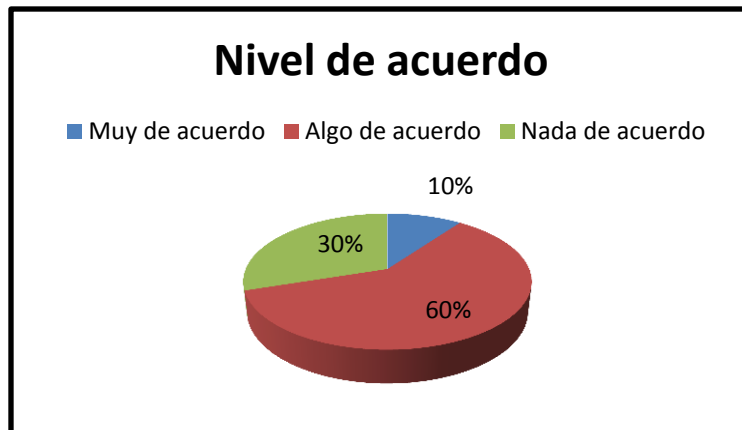
- MEDIA OBTENIDA: 4,5
- MEDIA MÁXIMA: 4 - 6 (Algo de acuerdo)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: La mayoría piensa que reprimir los sentimientos ante los demás lleva al control de las emociones.



Pregunta n° 34: Opino que muchas reacciones son exageradas.

Cada reacción es diferente pero no se puede poner etiqueta a los sentimientos.

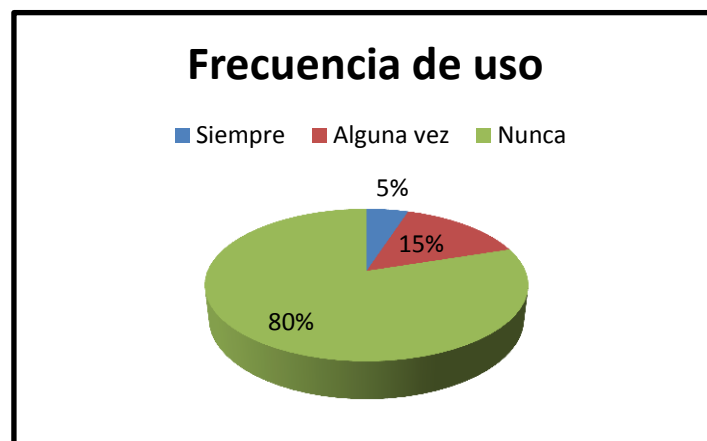
- MEDIA OBTENIDA: 4,45
- MEDIA MÁXIMA: 4 - 6 (Algo de acuerdo)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: No creen que las reacciones de los pacientes sean exageradas lo que demuestra confianza en el paciente.



Pregunta n° 35: Utilizo frases vacías de sentido para que no me hagan preguntas.

Utilizar frases sin sentido refleja pasividad por parte del profesional sanitario.

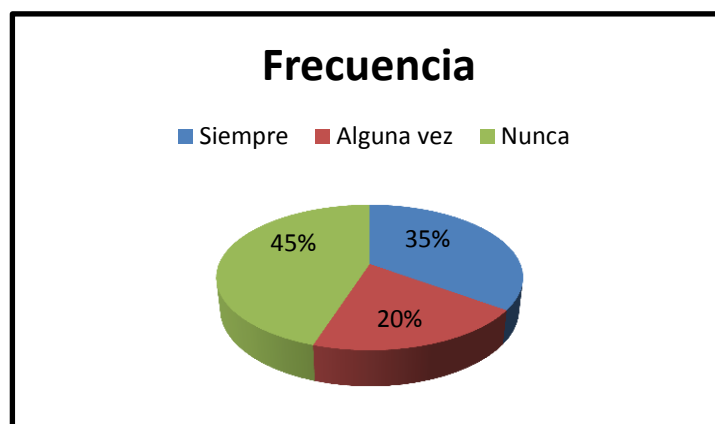
- MEDIA OBTENIDA: 2,75
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: No utilizan frases que no sean en beneficio del paciente con lo cual no se muestran pasivos.



Pregunta nº 36: Huyo de la palabra “Cáncer”, “muerte”...

Por temor a los prejuicios que aporta ciertas palabras se tiende a evitarlas durante la comunicación. Hecho que no ayuda a que el paciente/familia afronte la realidad.

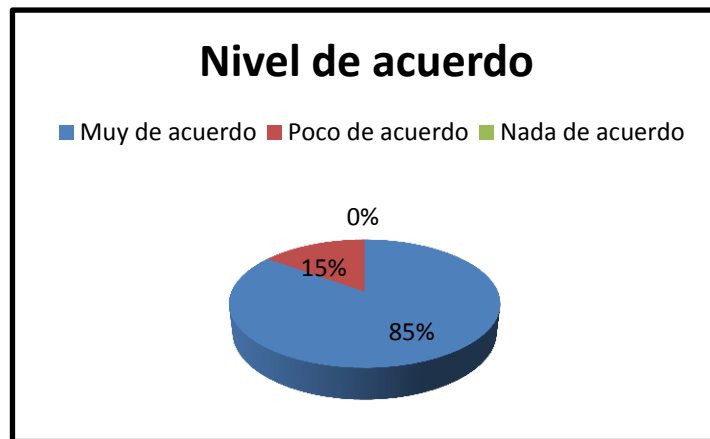
- MEDIA OBTENIDA: 4,75
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Suelen referirse al cáncer con naturalidad y con respeto hacia la muerte.



Pregunta nº 37: Creo que la cultura/creencias del paciente influye en el afrontamiento de las malas noticias.

La fe y las creencias de cada paciente influyen según cada perspectiva. Valor a tener en cuenta en la comunicación de malas noticias y en el cuidado del afrontamiento al duelo

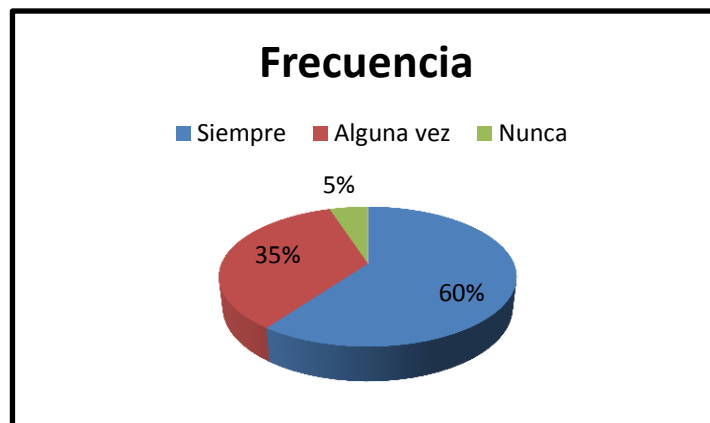
- MEDIA OBTENIDA: 7,6
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Muy de acuerdo)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Creen que las creencias y la cultura influye a la hora de afrontar las malas noticias.



Pregunta n° 38: Comparto sus debilidades y angustias.

Empatizar con los pacientes mostrando ante todo comprensión con sus sentimientos y vivencias.

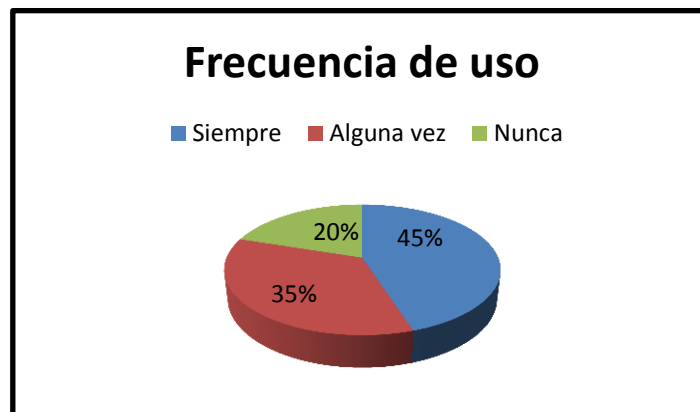
- MEDIA OBTENIDA: 6,55
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Empatizan con el paciente compartiendo y respetando también sus debilidades y angustias.



Pregunta n° 39: Hago un Juicio de valor moralizante.

Valorar a los pacientes siguiendo los valores morales y éticos de la práctica de enfermería.

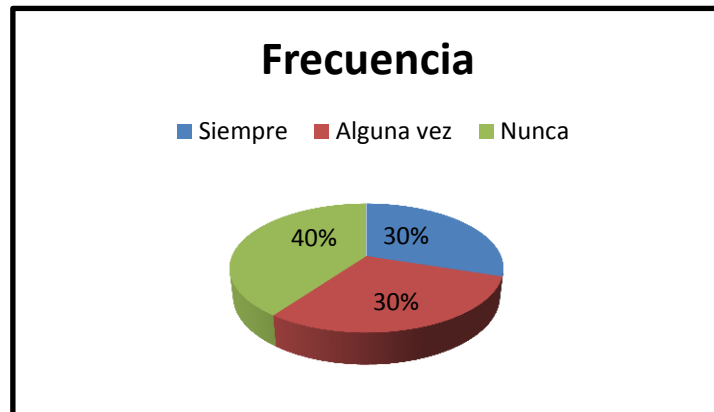
- MEDIA OBTENIDA: 3,9
- MEDIA MÍNIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Suelen valorar moralmente las situaciones clínicas con los pacientes.



Pregunta n° 40: Ante situaciones delicadas no sé qué decir o cómo actuar.

Hay momentos durante la comunicación que es preciso el silencio antes que decir algo vacío de sentido.

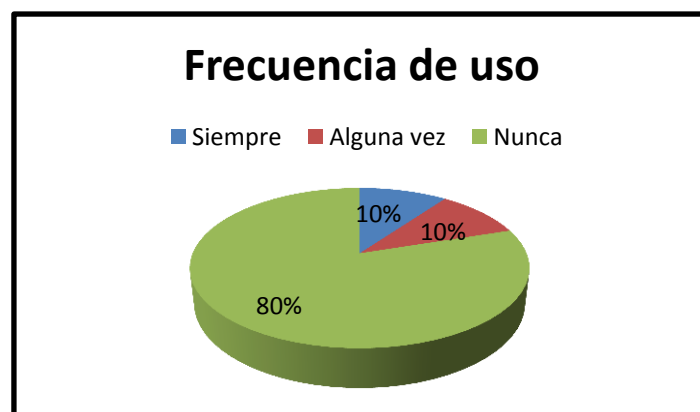
- MEDIA OBTENIDA: 4,65
- MEDIA MÁXIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Se debe fomentar el apoyo en la comunicación de malas noticias.



Pregunta n° 41: Me enfrento con una actitud defensiva.

La actitud defensiva es un mecanismo para autoprotgerse pero en la relación enfermero-paciente debe compaginarse con la empatía y la comprensión.

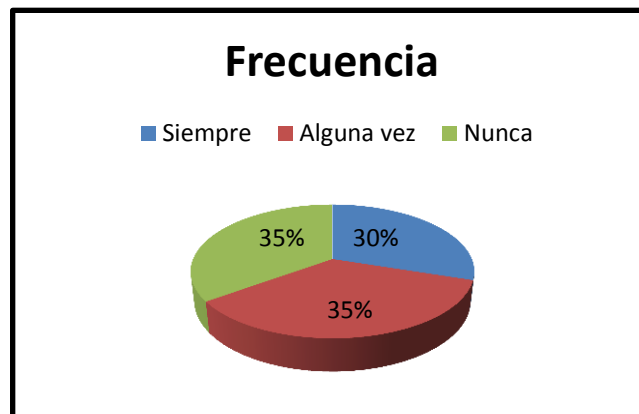
- MEDIA OBTENIDA: 2,75
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Nunca se enfrentan con actitud defensiva.



Pregunta nº 42: Intento sobreproteger en la medida de lo posible.

Para evitar que el paciente sufra a costa de alterar su voluntad y la toma de decisiones.

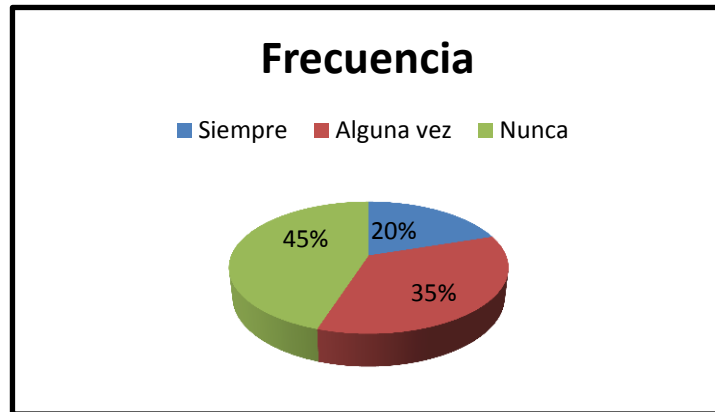
- MEDIA OBTENIDA: 4,7
- MEDIA MÍNIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Más de la mitad reflejan ser sobreprotectores con los pacientes para intentar causarles menos dolor con sus palabras.



Pregunta nº 43: Mi estado anímico personal me condiciona a la hora de establecer la comunicación.

En ocasiones, el personal sanitario puede sentirse cansados, tristes, con remordimientos o culpables. Pero tienen que tratar de pensar en cómo les gustaría ser tratados para ser así con el paciente y familia.

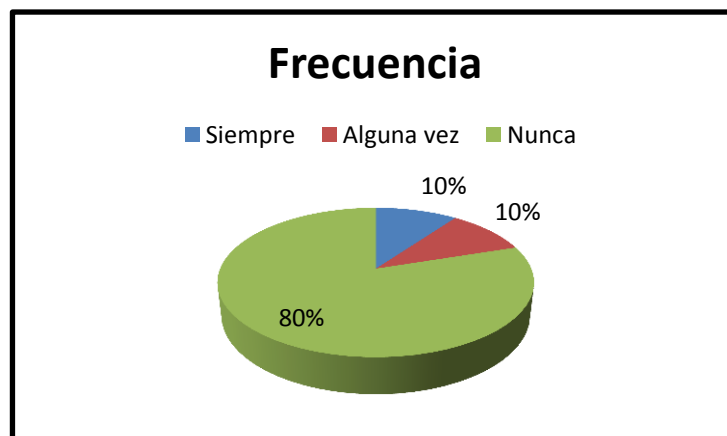
- MEDIA OBTENIDA: 4,3
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Alguna vez el estado anímico de los profesionales condiciona la comunicación.



Pregunta n° 44: Mis miedos no me dejan actuar con profesionalidad.

Es preciso atender a nuestros propios sentimientos y tratar de controlarlos siempre pensando en el bien del paciente.

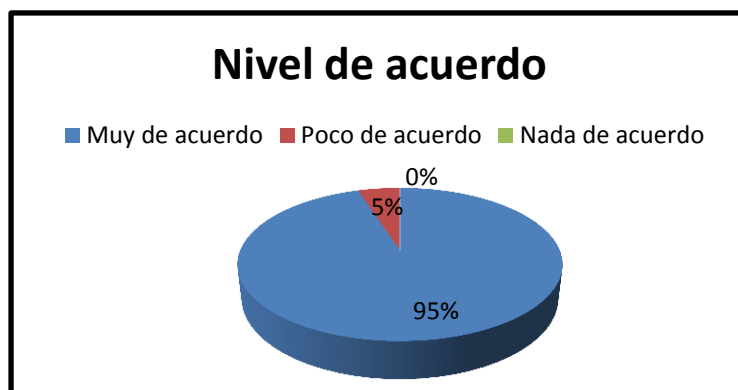
- MEDIA OBTENIDA: 2,8
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Los miedos de los profesionales sanitarios no influyen en su profesionalidad.



Pregunta n° 45: Cada situación es única y personal y como tal me comunico.

Cada paciente tiene su respuesta emocional influida por los factores que componen su vida. La clave es aprender a mirar a cada persona, conocerla, para así saber qué dirección tomar.

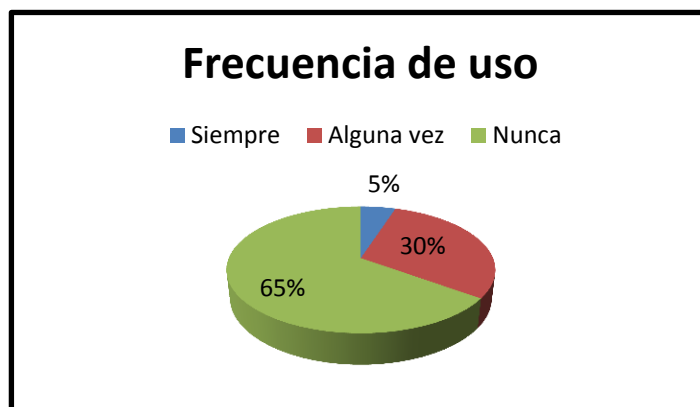
- MEDIA OBTENIDA: 7,65
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Creen que cada situación es única y personal.



Pregunta n° 46: Tengo actitud fría, impersonal y mecánica para no empatizar y que no me afecte.

Para evitar que el dolor ajeno afecte a los profesionales sanitarios, muchas veces, se emplea una actitud distante y fría que no por ser la que ayude a que no afecte es la más adecuada para el paciente.

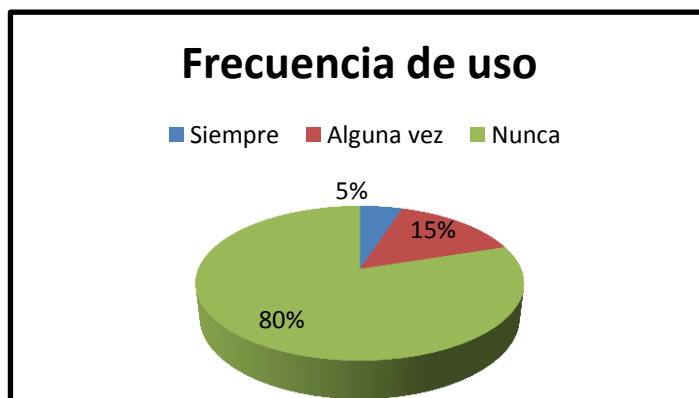
- MEDIA OBTENIDA: 3,05
- MEDIA MÁXIMA: 1 - 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Casi nunca suelen utilizar una actitud fría, impersonal y mecánica.



Pregunta n° 47: Utilizo el mismo método en cada situación.

Cada paciente es único y como tal debe tratarse en la práctica. Por ello, será inútil crear un método que abarque todas las situaciones posibles.

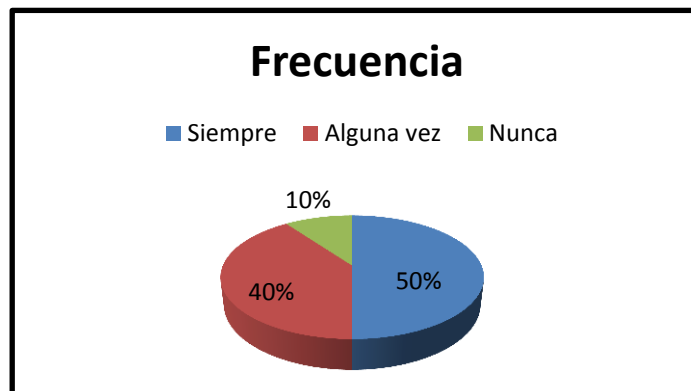
- MEDIA OBTENIDA: 2,85
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nunca)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Utilizan un método diferente para cada situación en la práctica clínica.



Pregunta n° 48: Intento no emocionarme (no mostrar mis sentimientos).

Reprimir los sentimientos no es trabajo fácil, pero es necesario para poder cuidar con profesionalidad. Además, protege de sufrir por el dolor del prójimo.

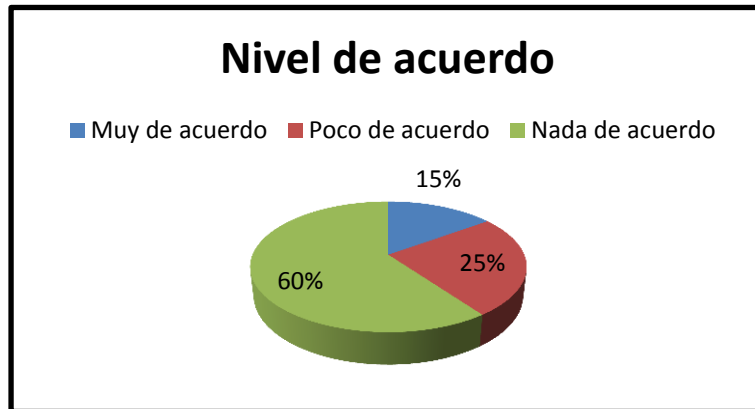
- MEDIA OBTENIDA: 6,1
- MEDIA MÁXIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Se intenta no emocionarse aunque en ocasiones sea inevitable.



Pregunta n° 49: Tengo miedo a lo que piensen de mi (familiares y paciente).

En el fondo de nuestra alma, todos deseamos que el resto de personas tengan una buena opinión sobre nosotros. En la práctica clínica se desea con más razón puesto que de ello dependerá la relación enfermero-paciente que se establezca.

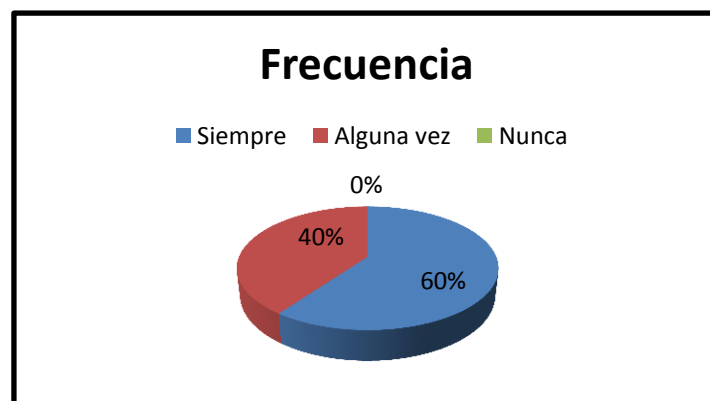
- MEDIA OBTENIDA: 3,6
- MEDIA MÁXIMA: 4 – 6 (Poco de acuerdo)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: La mayoría no refieren tener miedo ante lo que los pacientes/familiares puedan pensar de ellos.



Pregunta n° 50: Lucho contra las dificultades de la comunicación.

Los profesionales sanitarios competentes son aquellos que ante las dificultades no se rinden, las superan.

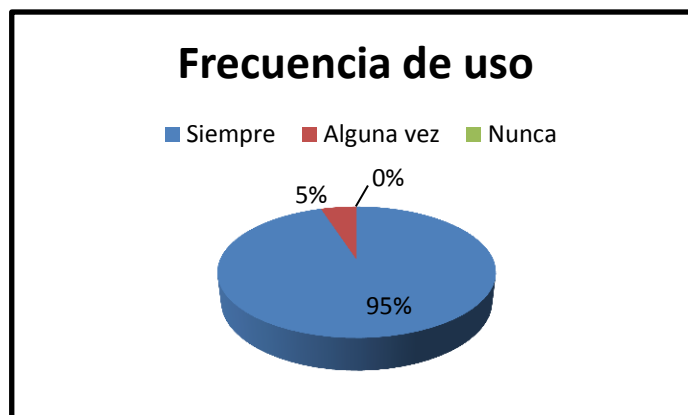
- MEDIA OBTENIDA: 6,65
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: No todos los profesionales luchan contra las dificultades de la comunicación.



Pregunta n° 51: Trasmite comprensión.

La comprensión entre las personas ayuda a atar lazos que unen en la comunicación. Somos personas que sentimos y necesitamos que lo que sentimos sea compartido con el resto, es decir, que nos comprendan y nos escuchen.

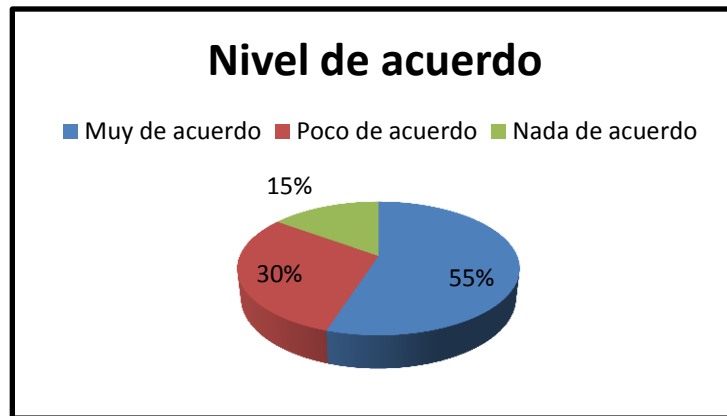
- MEDIA OBTENIDA: 7,6
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Se trasmite comprensión en la mayoría de los casos.



Pregunta n° 52: Prefiero el silencio a las palabras incómodas.

Ante situaciones delicadas, el silencio ayuda a respirar paz y tranquilidad, ya que muchas veces no se necesitan palabras, simplemente estar presente. Pues las palabras quieren significar sentimientos que no hace falta que sean definidos.

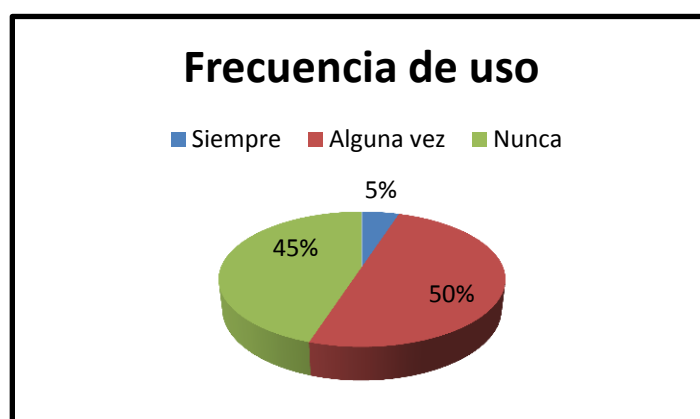
- MEDIA OBTENIDA: 6,5
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Muy de acuerdo)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Están algo de acuerdo en que la mejor solución ante situaciones delicadas es el silencio.



Pregunta n° 53: Influyo en las decisiones del paciente.

La opinión personal ayuda a poder aconsejar y a tomar decisiones pero nunca se debe imponer o incluso influir, porque cada persona tiene que actuar porque cree que eso es lo correcto y no por obligación. Las decisiones que se toman deben ser respetadas aunque se piense, que en ese caso, no ayudan al paciente.

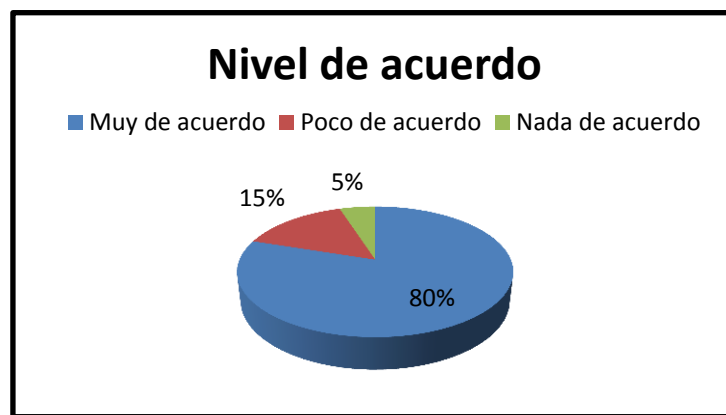
- MEDIA OBTENIDA: 3,8
- MEDIA MÁXIMA: 4 – 6 (Alguna vez)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Los profesionales sanitarios no influyen en las decisiones del paciente.



Pregunta n° 54: Es importante la postura corporal en la conversación (expresiones/autocuidado).

La postura corporal entra dentro de la comunicación/lenguaje no verbal.

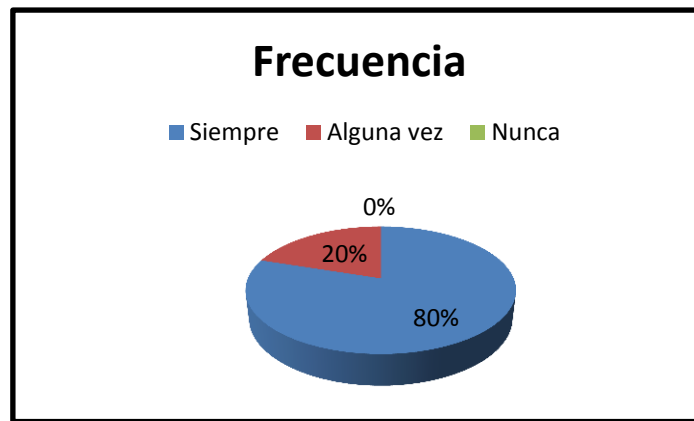
- MEDIA OBTENIDA: 7,35
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Muy de acuerdo)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Están de acuerdo en que una postura corporal correcta ayuda en la comunicación enfermero – paciente.



Pregunta n° 55: Comprendo la experiencia y la situación del paciente y familia.

La comprensión es fundamental en la profesión de enfermería pues todos necesitamos que nos escuchen con comprensión para poder desahogarse en confianza. Solo así se ayudará al paciente, comprendiendo su experiencia y situación.

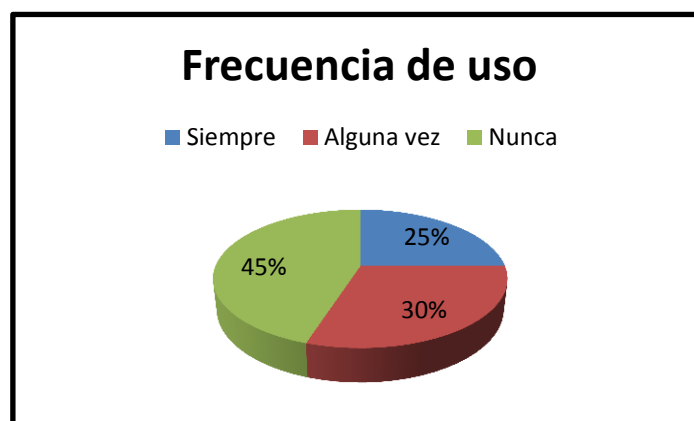
- MEDIA OBTENIDA: 7,05
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Los profesionales sanitarios comprenden, en casi su totalidad, cada situación de cada paciente.



Pregunta n° 56: Me guio por mi juicio moral.

Cada persona posee un juicio moral diferente al resto, ni mejor ni peor, simplemente diferente. Es como la opinión personal de cada uno y nunca se debe imponer. Se puede aconsejar pero nunca obligar a actuar ante las diferentes circunstancias de la vida.

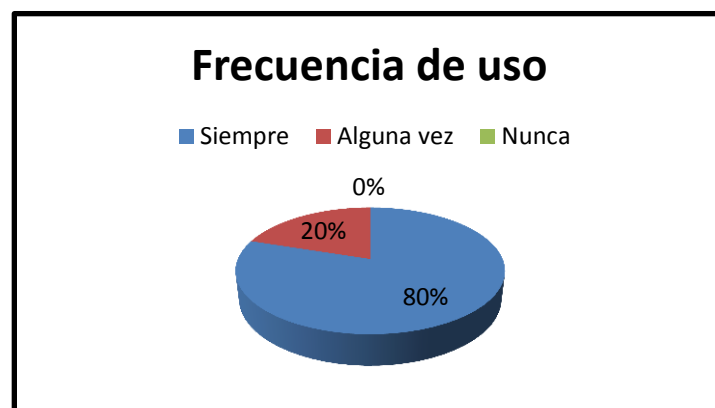
- MEDIA OBTENIDA: 4,75
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por debajo de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: No suelen imponer juicios morales a los pacientes.



Pregunta nº 57: Utilizo los recursos adecuadamente (empatía, autenticidad, escucha activa, respuesta activa...)

Los recursos de la comunicación entre enfermero-paciente son imprescindibles para llevar a cabo una comunicación útil en la práctica clínica.

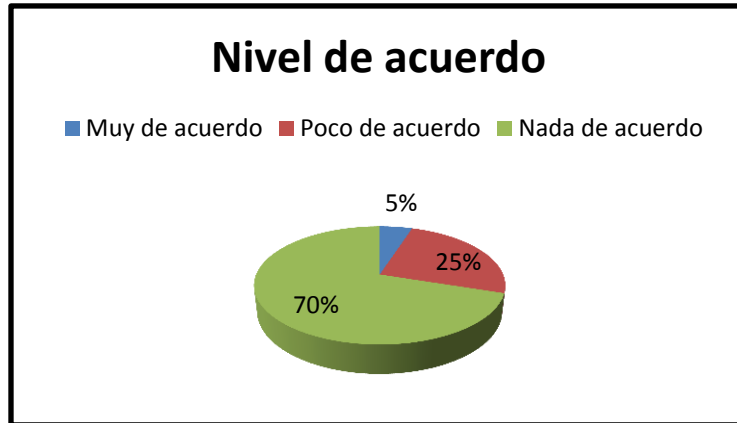
- MEDIA OBTENIDA: 7,35
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Los profesionales sanitarios hacen un uso adecuado de los recursos en la comunicación.



Pregunta nº 58: Tengo miedo a pacientes que podrían ponerte en riesgo de infección (drogadictos, VIH...)

En la práctica clínica algunos de los pacientes con los que se trata, poseen enfermedades contagiosas para el profesional sanitario. Por ello se deben tomar las medidas sanitarias adecuadas para evitar el riesgo de contagio (guantes, asepsia...)

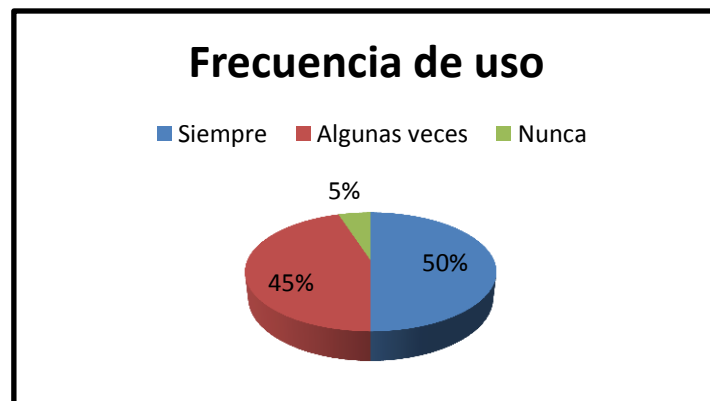
- MEDIA OBTENIDA: 3,05
- MEDIA MÁXIMA: 1 – 3 (Nada de acuerdo)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media máxima necesaria.
- VALORACIÓN: Algunos de los profesionales manifiestan tener miedo al contagio con pacientes de riesgo como drogadictos o VIH.



Pregunta n° 59: Trato al paciente en su conjunto: cuerpo y alma.

Como los filósofos medievales definen, el hombre es una unidad dualista compuesta por cuerpo y alma. Y como tal debe ser tratado, siendo parte fundamental de la persona su alma y su pensamiento o raciocinio.

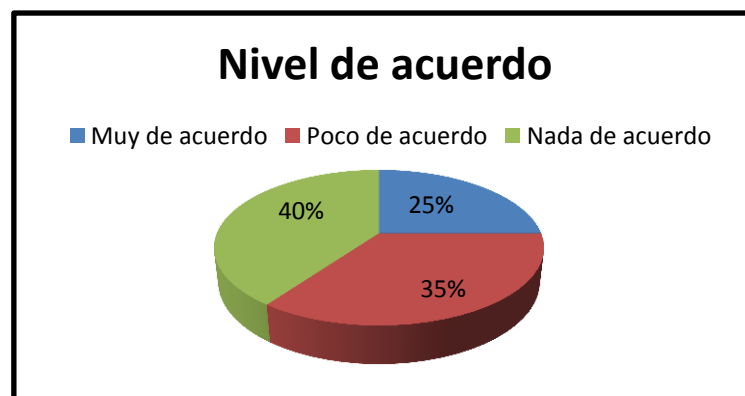
- MEDIA OBTENIDA: 7,15
- MEDIA MÍNIMA: 7 – 9 (Siempre)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: La gran mayoría tratan al paciente en su conjunto: cuerpo y alma.



Pregunta nº 60: La comunicación de malas noticias aumenta el “Síndrome de Burnout”.

El síndrome de Burnout es experimentado por los profesionales sanitarios cuando las situaciones que viven en el día a día de la práctica sanitaria al final afecta a su vida personal. La comunicación de malas noticias implica empatizar con el paciente, pero de una manera en la que el profesional sanitario no sufra como el paciente, sino que sepa capaz de analizar ese dolor y tratarlo de la mejor manera posible.

- MEDIA OBTENIDA: 4,85
- MEDIA MÍNIMA: 4 – 6 (Poco de acuerdo)
- RESULTADO: Competencia por encima de la media mínima necesaria.
- VALORACIÓN: Los profesionales creen que la comunicación de malas noticias puede influir en el Síndrome de Burnout.



1.1. DEBILIDADES

En el presente proyecto, se reflejan los datos obtenidos por los profesionales sanitarios. Son reales pero no hacen referencia real del uso de las competencias de enfermería debido al número de personas entrevistadas (20).

Al no abarcar más profesionales no se pueden reflejar los resultados como resumen sino como una aproximación al tema. Además, solo se estudian dos de los Servicios en los que la comunicación de malas noticias tiene lugar, pero no son los únicos con lo cual, de nuevo, no se puede globalizar los resultados a otros servicios.

3. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

La comunicación de malas noticias es de las competencias más complejas de la Enfermería y en general, del ámbito sanitario. Implica conocer todo acerca del paciente, para poder afrontar de la mejor manera, para el propio paciente y familia, la situación a la que se enfrentan.

Tras haber estudiado la situación actual de las competencias y habilidades de la comunicación en enfermería, se llega a una conclusión: la mayoría de las competencias son utilizadas adecuadamente por la mayoría de profesionales sanitarios; en cambio, hay competencias que no se utilizan de manera que pueda beneficiar al paciente y familia. Dichas competencias son las que implican diferenciar entre la opinión personal de cada paciente con lo que verdaderamente es correcto/beneficioso para el paciente. Por lo que la clave será la formación enfermera en la ética de los cuidados.

Las hipótesis anteriormente mencionadas se cumplen en parte, pues algunas de las competencias si son utilizadas adecuadamente pero, por otro lado, hay un déficit en la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito, en la comunicación de malas noticias.

Una formación integra y continuada de los profesionales sanitarios para mejorar la atención de los pacientes incluyendo sus familias. Y para mejorar es primordial poner sobre la mesa lo que se sabe acerca del tema, sus debilidades y sus principios.

4. REFLEXIÓN ANTROPOLÓGICA

“La muerte no nos roba los seres amados. Al contrario, nos los guarda y nos los inmortaliza en el recuerdo. La vida sí que nos los roba muchas veces y definitivamente.”

François Mauriac (1905-1970) Escritor francés.

Todos los Seres humanos, en lo más profundo de nuestro ser, tememos a la muerte. Nos preguntamos cómo, cuándo y dónde ocurrirá. Qué habrá después y si sufriremos en el proceso. Preguntas que nos invaden pero que no tienen solución hasta que ese mismo momento llega en la vida de cada persona.

Pero mucho más allá del temor que siente la persona que llega a la última etapa de su vida, están las personas que le rodean como familiares, amigos o personas cercanas que sienten un sufrimiento que no sana de cualquier manera. La superación de la muerte es un proceso doloroso para los seres queridos que tienen que despedirse. Requiere tiempo y apoyo. Tiempo porque se necesita aprender a vivir sin esa persona importante y apoyo porque se sufre de una manera intensa la ausencia de aquel que ha formado parte de la vida de cada uno y ya no está entre nosotros.

Lo único que nos queda cuando alguien nos abandona, es su recuerdo y todo lo que hemos vivido con ellos. Es un sentimiento que siempre nos va a acompañar, recordando como si de un sueño se tratara, cada momento a su lado. Es doloroso recordar algo que fue y que no volverá a ser. Sin embargo, solo recordándolo es cómo se mantiene vivo entre nosotros, que es lo más importante. Una contradicción entre la impotencia de querer volver atrás en el tiempo y la tranquilidad del alma sabiendo que está en algún lugar, cuidando de las personas que deja en la tierra.

Por ello, el papel que juega la enfermería ante situaciones dónde la muerte es presente, es fundamental en la vida de cada persona. Porque se necesita gente que entregue su corazón al cuidado de las personas, tanto en las alegrías como en las tristezas, sobre todo cuando solo se necesita estar presente, ser apoyo incondicional. Calmar y sanar el alma de cada persona que pasa por esta etapa de la vida, que se resume en un adiós convertido en un hasta pronto.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. F.J. Gala León, M. Lupiani Jiménez, R. Raja Hernández, C. Guillén Gestoso, J.M. González Infante, M^a. C. Villaverde Gutiérrez, I. Alba Sánchez. “*Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual*”. Cuad. med. Forense n.30 Sevilla. Oct. 2002.
2. L.M. Pastor García, F.J. Leon Correa. “*Manual de Ética y Legislación en Enfermería, Bioética de Enfermería*”. Ed. Mosby. Madrid. 1997.
3. A.M. González González, E. Postigo Solana, S. Aulestiarte Jiménez. “*Vivir y morir con dignidad, temas fundamentales de Bioética en una sociedad plural*”. Ed. EUNSA. Navarra. 2002.
4. A. Hogg, M. Vaughan. “*Psicología Social*”. 5^a Edición. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2008.
5. A. Berman, S.J. Snyder, B. Kozier, G. Erb. “*Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas*.” Editorial PEARSON. 8^a Edición. Madrid. 2008.
6. J.M. Hernandez-Conesa, P. Moral de Calatrava, M. Esteban-Albert. “*Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método*.” Editorial MC GRAW HILL Interamericana. 2^a Edición. Madrid. 2003.
7. J. Bowlby. “*Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*.” Editorial MORATA. 6^a Edición. Madrid. 2014.
8. V. Frankl. “*El hombre en busca de sentido*.” Editorial Herder. 8^a impresión edición 2004. Barcelona.
9. V.E. Frankl. “*El hombre en busca del sentido último. El análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*.” Editorial ESPASA. 8^a impresión edición 2010. Barcelona.
10. R. Ruiz Moral. “*Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica*.” Editorial Panamericana. Madrid. 2015.
11. T. Pacheco Tabuenca. “*El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario*.” Subdirección general SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España. Prehospital Emergency Care (Ed. Española). Vol. 2. Número 1. Págs. 165 – 169. 2009.
12. G. Suárez Hernandez, M. Castellanos Suárez. “*¿Es válida la “conspiración del silencio”? Una aproximación al tema*.” Bioética. Págs. 9 – 13. Mayo – Agosto. 2011.

13. A.M. Pascual, J.L. Santamaría. “*Proceso de duelo en familiares y cuidadores.*” Centro de psicología clínica y Psicoterapia ADES. Cruces-Barakaldo, Bizkaia, España. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 44 (S2): 48 – 54. 2009.
14. C. Alvarez Chicano. “*Las diferentes concepciones en la muerte en las principales culturas de la humanidad. Origen de su significación en la Sociedad actual.*” Págs. 9 – 50.
15. M. Viero Días, D. Stein Backes, E.L. Devos Barlem, M.T. Stein Backes, V. Lerch Lunardi, M.H. Teixeira de Souza. “*Nursing undergraduate education in relation to the death-dying process: perceptions in light of the complex thinking.*” Rev Gaúcha Enferm. 35 (4): 79 - 85. 2014.
16. G.G. De Simone. “*El final de la vida: Situaciones clínicas y cuestionamientos éticos.*” Acta Bioethica. Año VI. Nº 1. 2000.
17. J. Barbero. “*El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar.*” An. Sist. Sanit. Navarra. Vol. 29 (Suplemento 3): 19 – 27. 2006.
18. H. Leino-Kilpi, M. Välimäki, M. Gasull, C. Lemonidou, P.A. Scott, A. Schopp, M. Arndt, E. Cabrera, A. Merkouris, R. Suhonen, U. Zipter. “*Aspectos éticos en la práctica de la enfermería. Autonomía, privacidad y consentimiento informado en cinco países europeos.*” Editorial Asociación de Bioética fundamental y clínica. Madrid. 2003.
19. J. Vielva Asejo. “*Ética de las profesiones: ética profesional de la enfermería.*” Editorial Descleé De Brouwer, S.A. Bilbao. 2002.
20. J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper, Jan van Dalen, F.W. Platt. “*Skills for communicating with patients.*” Radcliffe Publishing Ltd. Second Edition. United Kingdom. 2005.
21. L. Yoff. “*El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales.*” Psicodebate 3. Psicología, cultura y sociedad. Págs. 127 – 158.
22. A.B. Salamanca Castro. “*El aeiou de la investigación en enfermería.*” FUDEN. Madrid. 2013.

ANEXOS

ÍNDICE

- ANEXO 1: **Consentimiento informado**
- ANEXO 2: **Encuesta**
- ANEXO 3: **Resultados de la encuesta**
- ANEXO 4: **Tabla de Variables (Media)**
- ANEXO 5: **Tablas de frecuencia de cada variable**
- ANEXO 6: **Tablas de correlaciones entre variables**
- ANEXO 7: **Código Deontológico de la enfermería Española**

○ ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



OBTENCION DE DATOS MEDIANTE ENTREVISTA PERSONAL Y ENCUESTA ESCRITA.

INFORMACION GENERAL

La comunicación sanitario-paciente es fundamental en el proceso de salud y enfermedad. Lo que requiere, por un lado, preparación por parte del personal sanitario y, por otro lado, predisposición del paciente a revelar datos de su vida personal.

El paciente como Ser Humano merece recibir una visión holística de todas sus dimensiones, tanto de su cuerpo como su mente y espíritu, sobre todo en los malos momentos. Tratar no solo su patología sino también sus sentimientos, miedos, incertidumbres, dudas, necesidades psicológicas, su sufrimiento y esperanza.

La comunicación interpersonal consiste en empatizar con el paciente y hacer de la conversación una relación de confianza para que beneficie tanto al paciente en su satisfacción del trato recibido como al profesional sanitario a prestar la mejor atención posible.

Al ser la relación diferente con cada paciente/familia, la comunicación se puede entablar de diferentes maneras. Por ello, se deberá valorar la calidad de la información para conocer si las características de la comunicación sanitario-paciente son las más adecuadas y beneficiosas para los momentos más críticos de las personas.

OBJETIVOS

El estudio va dirigido a diseñar un protocolo tipo de la comunicación de malas noticias a pacientes y familiares (diagnósticos severos) propuesto para trabajo de fin de Grado de enfermería de la Universidad Francisco de Vitoria. Con la intención de servir de ayuda a los profesionales sanitarios en situaciones delicadas y analizar el grado de satisfacción de pacientes sobre la atención prestada durante el proceso.

Además profundizar en la calidad de la información que se trasmite y en qué condiciones tiene lugar la comunicación. Para así, resumir en breves puntos las actitudes o características más adecuadas en estos casos donde muchas veces no se sabe que decir.

DIRIGIDO A

Profesional sanitario del Hospital Universitario Quirón Madrid y pacientes y familiares del mismo (si fuese necesario para la obtención de datos).

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas:

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción y los objetivos perseguidos para llevar a cabo la obtención de datos.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que si en el supuesto que no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización de tal forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, dar información/datos sobre mi historia clínica.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa de que, en virtud de la legislación de protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999), mis datos personales quedarán recogidos en los ficheros de GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓN, S.A. y la información recogida será utilizada para realizar trabajo de fin de Grado en Enfermería de la Universidad Francisco de Vitoria, siempre con carácter confidencial y anónimo de historia clínica y personal (mera recogida de información sin datos de carácter personal: nombre, edad...).

Y, en su consecuencia, CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a **ser entrevistado y realizar la encuesta escrita entregada.**

En _____, a _____ de _____ de _____.

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL SANITARIO
Fdo.	Fdo.

*Consentimiento Informado: Obtención de datos mediante entrevista personal y encuesta escrita.
Proyecto de Fin de Grado en Enfermería.
Universidad Francisco de Vitoria.*



○ ANEXO 2: ENCUESTA

A continuación, leerá una serie de frases dirigidas en primera persona en las cuales tendrá que marcar del 1 al 9 cuán de acuerdo esta con cada una de ellas. Siendo el uno, nada de acuerdo, y el nueve, muy de acuerdo.

1. Cuando conozco a un paciente me presento (le ofrezco mi mano).
1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. Al hablar con un paciente le miro a los ojos.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. Empatizo con el paciente y familia.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. Muestro cortesía y amabilidad.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Utilizo un lenguaje verbal técnico/culto (tecnicismos médicos).
1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. Utilizo un lenguaje verbal coloquial/comprendible (con palabras normales).
1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. Utilizo más lenguaje no verbal que verbal.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Ese lenguaje no verbal es sincero y verdadero.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. La mayoría de preguntas que cuestiono son cerradas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. Demuestro sensibilidad emocional.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. Dejo que se expresen con libertad, expresando lo que realmente sienten.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. Intento imponer mi opinión sobre las decisiones que puedan tomar.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
13. Interrumpo si lo creo oportuno cuando habla paciente/familia.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
14. Realizo un resumen, no cuento toda la información.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
15. Solo revelo información beneficiosa, no perjudicial.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
16. Mis emociones personales influyen en la manera de dirigirme al paciente/familia.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
17. Clarifico dudas, significados, incertidumbres...
1 2 3 4 5 6 7 8 9
18. No me entretengo en datos no relevantes para el diagnóstico/tratamiento.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
19. Soy consciente de las claves que aporta la conversación.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
20. Muestro interés por el estado de salud y la persona en su conjunto.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
21. Intento no alargar la conversación (breve y cortante) si se trata de un mal pronóstico.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
22. Llevo marcadas unas conductas fijas respecto a la comunicación con cada tipo de paciente.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
23. Ante una situación crítica mantengo la calma.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
24. Ante una situación agresiva me indigno.
1 2 3 4 5 6 7 8 9

25. Si el diagnóstico es severo intento quitarle importancia.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
26. Me fijo en la expresión facial.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
27. La expresión facial me ayuda a conducir la conversación hacia un lado u otro.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
28. Interpreto las posibles respuestas de los familiares/paciente para conocer su estado de ánimo.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
29. Suelo dar mi opinión personal.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
30. Utilizo expresiones como: “No se preocupe”, “No piense en ello”...
1 2 3 4 5 6 7 8 9
31. La expresión “No podíamos hacer nada más por el” me sirve para desentenderme.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
32. Siempre que se requiere atención activa la proporciono, aunque no se pueda solucionar el tema en cuestión.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
33. Pienso que reprimir los sentimientos nos lleva al control emocional.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
34. Opino que muchas reacciones son exageradas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
35. Utilizo frases vacías de sentido para que no me hagan preguntas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
36. Huyo de la palabra “Cáncer”, “muerte”...
1 2 3 4 5 6 7 8 9
37. Creo que la cultura/creencias del paciente influye en el afrontamiento de las malas noticias.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
38. Comparto sus debilidades y angustias.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
39. Hago un Juicio de valor moralizante.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
40. Ante situaciones delicadas no sé qué decir o cómo actuar.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
41. Me enfrento con una actitud defensiva.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
42. Intento sobreproteger en la medida de lo posible.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
43. Mi estado anímico personal me condiciona a la hora de establecer la comunicación.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
44. Mis miedos no me dejan actuar con profesionalidad.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
45. Cada situación es única y personal y como tal me comunico.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
46. Tengo actitud fría, impersonal y mecánica para no empatizar y que no me afecte.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
47. Utilizo el mismo método en cada situación.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
48. Intento no emocionarme (no mostrar mis sentimientos).
1 2 3 4 5 6 7 8 9
49. Tengo miedo a lo que piensen de mi (familiares y paciente).
1 2 3 4 5 6 7 8 9
50. Lucho contra las dificultades de la comunicación.
1 2 3 4 5 6 7 8 9

51. Trasmite comprensión.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
52. Prefiero el silencio a las palabras incómodas.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
53. Influyo en las decisiones del paciente.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
54. Es importante la postura corporal en la conversación (expresiones/autocuidado).
1 2 3 4 5 6 7 8 9
55. Comprendo la experiencia y la situación del paciente y familia.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
56. Me guío por mi juicio moral.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
57. Utilizo los recursos adecuadamente (empatía, autenticidad, escucha activa, respuesta activa...)
1 2 3 4 5 6 7 8 9
58. Tengo miedo a pacientes que podrían ponerte en riesgo de infección (drogadictos, VIH...)
1 2 3 4 5 6 7 8 9
59. Trato al paciente en su conjunto: cuerpo y alma.
1 2 3 4 5 6 7 8 9
60. La comunicación de malas noticias aumenta el “Síndrome de Burnout”.
1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ANEXO 3: RESULTADOS DE LA ENCUESTA

p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26
8	9	9	9	6	7	6	7	6	7	7	7	7	6	7	2	9	7	9	9	7	5	8	6	2	8
8	8	8	8	6	8	7	8	7	8	8	3	3	3	3	7	8	3	8	8	3	4	8	4	2	8
7	9	6	8	8	7	3	8	4	6	8	8	8	5	7	8	8	8	9	9	7	6	6	6	7	6
8	8	8	7	4	7	3	4	3	8	6	3	7	8	8	8	8	6	8	8	3	6	4	6	3	6
4	9	8	9	8	9	8	9	7	8	9	3	5	7	3	5	8	7	7	7	6	1	8	5	3	8
9	9	7	9	8	6	1	5	5	7	9	7	8	7	7	2	9	8	8	9	1	5	9	1	1	9
9	9	8	8	5	7	6	6	3	6	6	5	4	6	6	3	7	8	6	6	3	1	8	6	2	8
9	9	7	9	7	8	5	8	8	8	8	5	8	8	8	7	8	8	7	9	6	6	8	5	7	8
9	9	7	8	6	6	5	1	5	7	8	3	6	6	3	3	6	3	7	7	3	3	8	6	7	8
9	9	7	9	5	7	1	7	7	9	9	3	5	7	7	7	9	9	9	9	7	9	9	5	2	9
9	5	7	7	3	7	3	5	7	7	4	2	3	7	3	4	9	7	6	7	3	6	9	3	1	7
7	9	9	9	6	7	2	3	8	8	7	3	6	5	6	7	8	6	8	8	7	7	8	8	5	8
6	8	8	8	5	8	5	9	5	7	7	4	3	5	5	7	7	5	5	7	7	3	7	7	1	8
7	9	9	9	4	7	3	9	1	7	8	3	7	2	1	4	9	1	8	9	1	3	8	2	6	9
6	7	6	8	6	6	4	7	5	6	7	1	1	5	6	7	7	6	7	8	1	6	7	1	1	6
5	8	7	8	4	9	5	7	6	7	7	4	3	6	5	5	7	8	6	8	6	3	7	5	1	7
5	7	6	9	6	7	5	7	7	5	7	3	4	5	2	6	8	7	7	7	6	5	7	7	2	5
8	9	9	9	5	8	5	8	4	8	8	2	2	6	2	3	7	4	8	8	5	3	8	3	1	6
9	9	9	9	9	9	2	9	2	7	9	2	1	5	3	1	9	7	9	9	1	2	8	9	4	7
8	9	8	9	5	9	8	8	3	8	9	1	3	3	3	2	8	5	8	8	3	2	2	5	2	8

p27	p28	p29	p30	p31	p32	p33	p34	p35	p36	p37	p38	p39	p40	p41	p42	p43	p44	p45	p46	p47	p48	p49	p50	p51	p52
8	8	7	6	5	6	6	6	5	6	7	2	2	2	1	1	5	2	8	2	2	7	2	7	8	6
8	8	7	5	2	8	3	2	2	2	8	8	2	3	2	5	5	2	8	2	2	3	2	7	8	3
6	8	8	8	8	8	8	6	7	8	6	6	4	5	4	7	7	8	6	8	5	6	4	8	7	6
3	6	2	4	7	8	7	4	3	3	9	8	3	9	7	7	9	8	8	4	3	6	3	7	7	7
7	7	1	2	5	8	3	4	3	5	7	7	2	4	3	4	4	2	7	1	2	8	2	8	7	6
7	7	8	1	1	7	2	6	1	1	8	8	2	2	8	7	1	1	8	2	2	3	5	8	8	1
7	7	4	4	4	5	4	3	2	3	8	5	1	2	2	2	3	3	7	6	1	7	3	5	7	6
8	8	7	8	5	7	7	4	4	5	9	7	4	8	3	8	3	3	8	3	8	5	7	8	8	9
6	6	4	5	3	6	2	6	2	7	8	4	1	2	1	3	2	2	7	2	2	7	1	5	7	9
9	9	5	1	1	7	7	4	3	7	9	9	5	5	1	9	7	1	9	3	1	7	5	8	9	7
3	7	3	2	1	6	8	4	2	8	7	7	2	3	2	2	3	2	9	3	2	6	2	7	7	8
8	8	6	5	1	8	7	7	2	2	7	7	7	7	2	5	2	2	7	1	1	8	3	4	9	9
7	6	5	7	1	6	4	5	1	8	9	7	5	7	3	3	7	5	7	4	6	7	3	5	7	6
7	6	8	7	1	8	1	1	1	7	4	7	8	2	2	8	2	1	9	2	3	5	7	7	8	2
8	8	5	3	1	6	5	1	3	3	5	6	7	5	1	4	4	2	7	4	3	4	5	6	8	8
7	5	3	5	3	5	5	3	3	3	7	5	2	7	3	5	6	4	7	5	3	7	3	5	6	7
6	7	5	3	2	4	4	5	2	2	8	6	5	3	4	5	6	3	7	4	4	6	2	5	7	8
7	7	6	3	1	8	4	3	2	2	8	8	5	4	3	6	3	2	8	2	2	7	7	8	8	7
1	8	6	8	1	9	1	9	5	7	9	9	7	6	1	1	1	1	9	1	3	9	1	9	9	9
8	7	2	2	1	6	2	6	2	6	9	5	4	7	2	2	6	2	7	2	2	4	5	6	7	6

p53	p54	p55	p56	p57	p58	p59	p60
5	7	7	2	7	2	8	2
2	8	8	2	8	2	8	6
5	6	7	6	7	4	5	6
4	7	7	3	5	2	6	8
2	7	5	3	7	3	8	6
8	9	8	8	9	2	8	5
6	7	7	2	8	3	5	8
4	9	7	8	8	3	8	7
6	7	7	7	8	2	6	7
1	9	9	3	7	6	9	3
5	7	8	2	7	1	7	3
3	9	8	7	8	2	9	2
5	6	7	6	6	4	6	6
1	9	7	5	9	2	8	3
3	3	6	6	8	3	7	5
2	7	7	3	6	4	7	2
5	6	5	5	7	4	7	3
3	7	8	5	7	2	9	5
4	9	7	9	9	7	9	2
2	8	6	3	6	3	3	8

○ ANEXO 4: TABLA DE VARIABLES (MEDIA)

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
VAR00001	20	4,00	9,00	7,5000	1,57280
VAR00002	20	5,00	9,00	8,4000	1,04630
VAR00003	20	6,00	9,00	7,6500	1,03999
VAR00004	20	7,00	9,00	8,4500	,68633
VAR00005	20	3,00	9,00	5,8000	1,57614
VAR00006	20	6,00	9,00	7,4500	,99868
VAR00007	20	1,00	8,00	4,3500	2,08440
VAR00008	20	1,00	9,00	6,7500	2,17340
VAR00009	20	1,00	8,00	5,1500	2,03328
VAR00010	20	5,00	9,00	7,2000	,95145
VAR00011	20	4,00	9,00	7,5500	1,27630
VAR00012	20	1,00	8,00	3,6000	1,93037
VAR00013	20	1,00	8,00	4,7000	2,31926
VAR00014	20	2,00	8,00	5,6000	1,60263
VAR00015	20	1,00	8,00	4,7500	2,22131
VAR00016	20	1,00	8,00	4,9000	2,29186
VAR00017	20	6,00	9,00	7,9500	,88704
VAR00018	20	1,00	9,00	6,1500	2,08440
VAR00019	20	5,00	9,00	7,5000	1,14708
VAR00020	20	6,00	9,00	8,0000	,91766
VAR00021	20	1,00	7,00	4,3000	2,31926
VAR00022	20	1,00	9,00	4,3000	2,12999
VAR00023	20	2,00	9,00	7,3500	1,69442
VAR00024	20	1,00	9,00	5,0000	2,15211
VAR00025	20	1,00	7,00	3,0000	2,20048
VAR00026	20	5,00	9,00	7,4500	1,14593
VAR00027	20	1,00	9,00	6,5500	2,01246
VAR00028	20	5,00	9,00	7,1500	,98809
VAR00029	20	1,00	8,00	5,1000	2,12504
VAR00030	20	1,00	8,00	4,4500	2,32775
VAR00031	20	1,00	8,00	2,7000	2,22663
VAR00032	20	4,00	9,00	6,8000	1,32188
VAR00033	20	1,00	8,00	4,5000	2,30560
VAR00034	20	1,00	9,00	4,4500	2,01246
VAR00035	20	1,00	7,00	2,7500	1,51744
VAR00036	20	1,00	8,00	4,7500	2,42520
VAR00037	20	4,00	9,00	7,6000	1,39170
VAR00038	20	2,00	9,00	6,5500	1,73129
VAR00039	20	1,00	8,00	3,9000	2,17401

VAR00040	20	2,00	9,00	4,6500	2,27746
VAR00041	20	1,00	8,00	2,7500	1,88833
VAR00042	20	1,00	9,00	4,7000	2,45164
VAR00043	20	1,00	9,00	4,3000	2,27342
VAR00044	20	1,00	8,00	2,8000	2,04167
VAR00045	20	6,00	9,00	7,6500	,87509
VAR00046	20	1,00	8,00	3,0500	1,79106
VAR00047	20	1,00	8,00	2,8500	1,75544
VAR00048	20	3,00	9,00	6,1000	1,65116
VAR00049	20	1,00	7,00	3,6000	1,93037
VAR00050	20	4,00	9,00	6,6500	1,42441
VAR00051	20	6,00	9,00	7,6000	,82078
VAR00052	20	1,00	9,00	6,5000	2,25948
VAR00053	20	1,00	8,00	3,8000	1,85245
VAR00054	20	3,00	9,00	7,3500	1,49649
VAR00055	20	5,00	9,00	7,0500	,99868
VAR00056	20	2,00	9,00	4,7500	2,29129
VAR00057	20	5,00	9,00	7,3500	1,08942
VAR00058	20	1,00	7,00	3,0500	1,46808
VAR00059	20	3,00	9,00	7,1500	1,59852
VAR00060	20	2,00	8,00	4,8500	2,18307
N válido (según lista)	20				

○ ANEXO 5: TABLAS DE FRECUENCIAS POR VARIABLES

VAR00001	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4,00	1	5,0	5,0	5,0
5,00	2	10,0	10,0	15,0
6,00	2	10,0	10,0	25,0
Válidos 7,00	3	15,0	15,0	40,0
8,00	5	25,0	25,0	65,0
9,00	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00002	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5,00	1	5,0	5,0	5,0
7,00	2	10,0	10,0	15,0
Válidos 8,00	4	20,0	20,0	35,0
9,00	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00003	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6,00	3	15,0	15,0	15,0
7,00	6	30,0	30,0	45,0
Válidos 8,00	6	30,0	30,0	75,0
9,00	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00004	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
7,00	2	10,0	10,0	10,0
Válidos 8,00	7	35,0	35,0	45,0
9,00	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00005	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3,00	1	5,0	5,0	5,0
4,00	3	15,0	15,0	20,0
5,00	5	25,0	25,0	45,0
Válidos 6,00	6	30,0	30,0	75,0
7,00	1	5,0	5,0	80,0
8,00	3	15,0	15,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00006	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6,00	3	15,0	15,0	15,0
7,00	9	45,0	45,0	60,0
Válidos 8,00	4	20,0	20,0	80,0
9,00	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00007	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	2	10,0	10,0	20,0
3,00	4	20,0	20,0	40,0
4,00	1	5,0	5,0	45,0
Válidos 5,00	6	30,0	30,0	75,0
6,00	2	10,0	10,0	85,0
7,00	1	5,0	5,0	90,0
8,00	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00008	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
3,00	1	5,0	5,0	10,0
4,00	1	5,0	5,0	15,0
5,00	2	10,0	10,0	25,0
Válidos 6,00	1	5,0	5,0	30,0
7,00	5	25,0	25,0	55,0
8,00	5	25,0	25,0	80,0
9,00	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00009	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
2,00	1	5,0	5,0	10,0
3,00	3	15,0	15,0	25,0
4,00	2	10,0	10,0	35,0
Válidos 5,00	4	20,0	20,0	55,0
6,00	2	10,0	10,0	65,0
7,00	5	25,0	25,0	90,0
8,00	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00010	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5,00	1	5,0	5,0	5,0
6,00	3	15,0	15,0	20,0
Válidos 7,00	8	40,0	40,0	60,0
8,00	7	35,0	35,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00011	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4,00	1	5,0	5,0	5,0
6,00	2	10,0	10,0	15,0
Válidos 7,00	6	30,0	30,0	45,0
8,00	6	30,0	30,0	75,0
9,00	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00012	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	3	15,0	15,0	25,0
3,00	8	40,0	40,0	65,0
Válidos 4,00	2	10,0	10,0	75,0
5,00	2	10,0	10,0	85,0
7,00	2	10,0	10,0	95,0
8,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00013	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	1	5,0	5,0	15,0
3,00	5	25,0	25,0	40,0
Válidos 4,00	2	10,0	10,0	50,0
5,00	2	10,0	10,0	60,0
6,00	2	10,0	10,0	70,0
7,00	3	15,0	15,0	85,0
8,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00014	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	1	5,0	5,0	5,0
3,00	2	10,0	10,0	15,0
5,00	6	30,0	30,0	45,0
Válidos 6,00	5	25,0	25,0	70,0
7,00	4	20,0	20,0	90,0
8,00	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00015	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
2,00	2	10,0	10,0	15,0
3,00	6	30,0	30,0	45,0
Válidos 5,00	2	10,0	10,0	55,0
6,00	3	15,0	15,0	70,0
7,00	4	20,0	20,0	90,0
8,00	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00016	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
2,00	3	15,0	15,0	20,0
3,00	3	15,0	15,0	35,0
4,00	2	10,0	10,0	45,0
Válidos 5,00	2	10,0	10,0	55,0
6,00	1	5,0	5,0	60,0
7,00	6	30,0	30,0	90,0
8,00	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00017	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6,00	1	5,0	5,0	5,0
7,00	5	25,0	25,0	30,0
Válidos 8,00	8	40,0	40,0	70,0
9,00	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00018	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
3,00	2	10,0	10,0	15,0
4,00	1	5,0	5,0	20,0
5,00	2	10,0	10,0	30,0
Válidos 6,00	3	15,0	15,0	45,0
7,00	5	25,0	25,0	70,0
8,00	5	25,0	25,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00019	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5,00	1	5,0	5,0	5,0
6,00	3	15,0	15,0	20,0
Válidos 7,00	5	25,0	25,0	45,0
8,00	7	35,0	35,0	80,0
9,00	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00020	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6,00	1	5,0	5,0	5,0
7,00	5	25,0	25,0	30,0
Válidos 8,00	7	35,0	35,0	65,0
9,00	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00021	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	4	20,0	20,0	20,0
3,00	6	30,0	30,0	50,0
Válidos 5,00	1	5,0	5,0	55,0
6,00	4	20,0	20,0	75,0
7,00	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00022	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	2	10,0	10,0	20,0
3,00	5	25,0	25,0	45,0
4,00	1	5,0	5,0	50,0
Válidos 5,00	3	15,0	15,0	65,0
6,00	5	25,0	25,0	90,0
7,00	1	5,0	5,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00023	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	1	5,0	5,0	5,0
4,00	1	5,0	5,0	10,0
6,00	1	5,0	5,0	15,0
Válidos 7,00	4	20,0	20,0	35,0
8,00	10	50,0	50,0	85,0
9,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00024	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	1	5,0	5,0	15,0
3,00	2	10,0	10,0	25,0
4,00	1	5,0	5,0	30,0
Válidos 5,00	5	25,0	25,0	55,0
6,00	5	25,0	25,0	80,0
7,00	2	10,0	10,0	90,0
8,00	1	5,0	5,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00025	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	6	30,0	30,0	30,0
2,00	6	30,0	30,0	60,0
3,00	2	10,0	10,0	70,0
Válidos 4,00	1	5,0	5,0	75,0
5,00	1	5,0	5,0	80,0
6,00	1	5,0	5,0	85,0
7,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00026	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5,00	1	5,0	5,0	5,0
6,00	4	20,0	20,0	25,0
Válidos 7,00	3	15,0	15,0	40,0
8,00	9	45,0	45,0	85,0
9,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00027	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
3,00	2	10,0	10,0	15,0
6,00	3	15,0	15,0	30,0
Válidos 7,00	7	35,0	35,0	65,0
8,00	6	30,0	30,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00028	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5,00	1	5,0	5,0	5,0
6,00	4	20,0	20,0	25,0
Válidos 7,00	7	35,0	35,0	60,0
8,00	7	35,0	35,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00029	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
2,00	2	10,0	10,0	15,0
3,00	2	10,0	10,0	25,0
4,00	2	10,0	10,0	35,0
Válidos 5,00	4	20,0	20,0	55,0
6,00	3	15,0	15,0	70,0
7,00	3	15,0	15,0	85,0
8,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00030	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	3	15,0	15,0	25,0
3,00	3	15,0	15,0	40,0
4,00	2	10,0	10,0	50,0
Válidos 5,00	4	20,0	20,0	70,0
6,00	1	5,0	5,0	75,0
7,00	2	10,0	10,0	85,0
8,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00031	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	10	50,0	50,0	50,0
2,00	2	10,0	10,0	60,0
3,00	2	10,0	10,0	70,0
4,00	1	5,0	5,0	75,0
Válidos 5,00	3	15,0	15,0	90,0
7,00	1	5,0	5,0	95,0
8,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00032	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4,00	1	5,0	5,0	5,0
5,00	2	10,0	10,0	15,0
6,00	6	30,0	30,0	45,0
Válidos 7,00	3	15,0	15,0	60,0
8,00	7	35,0	35,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00033	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	3	15,0	15,0	25,0
3,00	2	10,0	10,0	35,0
4,00	4	20,0	20,0	55,0
Válidos 5,00	2	10,0	10,0	65,0
6,00	1	5,0	5,0	70,0
7,00	4	20,0	20,0	90,0
8,00	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00034	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	1	5,0	5,0	15,0
3,00	3	15,0	15,0	30,0
4,00	5	25,0	25,0	55,0
Válidos 5,00	2	10,0	10,0	65,0
6,00	5	25,0	25,0	90,0
7,00	1	5,0	5,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00035	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	3	15,0	15,0	15,0
2,00	8	40,0	40,0	55,0
3,00	5	25,0	25,0	80,0
Válidos 4,00	1	5,0	5,0	85,0
5,00	2	10,0	10,0	95,0
7,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00036	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
2,00	4	20,0	20,0	25,0
3,00	4	20,0	20,0	45,0
Válidos 5,00	2	10,0	10,0	55,0
6,00	2	10,0	10,0	65,0
7,00	4	20,0	20,0	85,0
8,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00037	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4,00	1	5,0	5,0	5,0
5,00	1	5,0	5,0	10,0
6,00	1	5,0	5,0	15,0
Válidos 7,00	5	25,0	25,0	40,0
8,00	6	30,0	30,0	70,0
9,00	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00038	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	1	5,0	5,0	5,0
4,00	1	5,0	5,0	10,0
5,00	3	15,0	15,0	25,0
Válidos 6,00	3	15,0	15,0	40,0
7,00	6	30,0	30,0	70,0
8,00	4	20,0	20,0	90,0
9,00	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00039	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	6	30,0	30,0	40,0
3,00	1	5,0	5,0	45,0
Válidos 4,00	3	15,0	15,0	60,0
5,00	4	20,0	20,0	80,0
7,00	3	15,0	15,0	95,0
8,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00040	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	5	25,0	25,0	25,0
3,00	3	15,0	15,0	40,0
4,00	2	10,0	10,0	50,0
Válidos 5,00	3	15,0	15,0	65,0
6,00	1	5,0	5,0	70,0
7,00	4	20,0	20,0	90,0
8,00	1	5,0	5,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00041	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	5	25,0	25,0	25,0
2,00	6	30,0	30,0	55,0
3,00	5	25,0	25,0	80,0
Válidos 4,00	2	10,0	10,0	90,0
7,00	1	5,0	5,0	95,0
8,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00042	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	3	15,0	15,0	25,0
3,00	2	10,0	10,0	35,0
4,00	2	10,0	10,0	45,0
Válidos 5,00	4	20,0	20,0	65,0
6,00	1	5,0	5,0	70,0
7,00	3	15,0	15,0	85,0
8,00	2	10,0	10,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00043	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	3	15,0	15,0	25,0
3,00	4	20,0	20,0	45,0
4,00	2	10,0	10,0	55,0
Válidos 5,00	2	10,0	10,0	65,0
6,00	3	15,0	15,0	80,0
7,00	3	15,0	15,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00044	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	4	20,0	20,0	20,0
2,00	9	45,0	45,0	65,0
3,00	3	15,0	15,0	80,0
Válidos 4,00	1	5,0	5,0	85,0
5,00	1	5,0	5,0	90,0
8,00	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00045	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6,00	1	5,0	5,0	5,0
7,00	9	45,0	45,0	50,0
Válidos 8,00	6	30,0	30,0	80,0
9,00	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00046	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	3	15,0	15,0	15,0
2,00	7	35,0	35,0	50,0
3,00	3	15,0	15,0	65,0
Válidos 4,00	4	20,0	20,0	85,0
5,00	1	5,0	5,0	90,0
6,00	1	5,0	5,0	95,0
8,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00047	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	3	15,0	15,0	15,0
2,00	8	40,0	40,0	55,0
3,00	5	25,0	25,0	80,0
Válidos 4,00	1	5,0	5,0	85,0
5,00	1	5,0	5,0	90,0
6,00	1	5,0	5,0	95,0
8,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00048	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3,00	2	10,0	10,0	10,0
4,00	2	10,0	10,0	20,0
5,00	2	10,0	10,0	30,0
Válidos 6,00	4	20,0	20,0	50,0
7,00	7	35,0	35,0	85,0
8,00	2	10,0	10,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00049	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	5	25,0	25,0	35,0
3,00	5	25,0	25,0	60,0
Válidos 4,00	1	5,0	5,0	65,0
5,00	4	20,0	20,0	85,0
7,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00050	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4,00	1	5,0	5,0	5,0
5,00	5	25,0	25,0	30,0
6,00	2	10,0	10,0	40,0
Válidos 7,00	5	25,0	25,0	65,0
8,00	6	30,0	30,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00051	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6,00	1	5,0	5,0	5,0
7,00	9	45,0	45,0	50,0
Válidos 8,00	7	35,0	35,0	85,0
9,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00052	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
2,00	1	5,0	5,0	10,0
3,00	1	5,0	5,0	15,0
Válidos 6,00	6	30,0	30,0	45,0
7,00	4	20,0	20,0	65,0
8,00	3	15,0	15,0	80,0
9,00	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00053	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	2	10,0	10,0	10,0
2,00	4	20,0	20,0	30,0
3,00	3	15,0	15,0	45,0
Válidos 4,00	3	15,0	15,0	60,0
5,00	5	25,0	25,0	85,0
6,00	2	10,0	10,0	95,0
8,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00054	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3,00	1	5,0	5,0	5,0
6,00	3	15,0	15,0	20,0
7,00	8	40,0	40,0	60,0
8,00	2	10,0	10,0	70,0
9,00	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00055	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5,00	2	10,0	10,0	10,0
6,00	2	10,0	10,0	20,0
7,00	10	50,0	50,0	70,0
8,00	5	25,0	25,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00056	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	4	20,0	20,0	20,0
3,00	5	25,0	25,0	45,0
5,00	3	15,0	15,0	60,0
6,00	3	15,0	15,0	75,0
7,00	2	10,0	10,0	85,0
8,00	2	10,0	10,0	95,0
9,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00057	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5,00	1	5,0	5,0	5,0
6,00	3	15,0	15,0	20,0
7,00	7	35,0	35,0	55,0
Válidos 8,00	6	30,0	30,0	85,0
9,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00058	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	1	5,0	5,0	5,0
2,00	8	40,0	40,0	45,0
3,00	5	25,0	25,0	70,0
Válidos 4,00	4	20,0	20,0	90,0
6,00	1	5,0	5,0	95,0
7,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00059	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3,00	1	5,0	5,0	5,0
5,00	2	10,0	10,0	15,0
6,00	3	15,0	15,0	30,0
Válidos 7,00	4	20,0	20,0	50,0
8,00	6	30,0	30,0	80,0
9,00	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

VAR00060	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	4	20,0	20,0	20,0
3,00	4	20,0	20,0	40,0
5,00	3	15,0	15,0	55,0
Válidos 6,00	4	20,0	20,0	75,0
7,00	2	10,0	10,0	85,0
8,00	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

○ ANEXO 6: TABLAS DE CORRELACIONES ENTRE VARIABLES

		VAR00005	VAR00006	VAR00035
VAR00005	Correlación de Pearson	1	,094	,484*
	Sig. (bilateral)		,695	,031
	N	20	20	20
VAR00006	Correlación de Pearson	,094	1	,148
	Sig. (bilateral)	,695		,535
	N	20	20	20
VAR00035	Correlación de Pearson	,484*	,148	1
	Sig. (bilateral)	,031	,535	
	N	20	20	20

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

		VAR00007	VAR00008	VAR00026	VAR00027	VAR00052	VAR00054
VAR00007	Correlación de Pearson	1	,288	-,047	,303	-,017	-,278
	Sig. (bilateral)		,219	,843	,194	,944	,236
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00008	Correlación de Pearson	,288	1	-,016	,117	-,273	-,020
	Sig. (bilateral)	,219		,947	,622	,244	,933
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00026	Correlación de Pearson	-,047	-,016	1	,412	-,457*	,640**
	Sig. (bilateral)	,843	,947		,071	,043	,002
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00027	Correlación de Pearson	,303	,117	,412	1	-,272	-,015
	Sig. (bilateral)	,194	,622	,071		,246	,950
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00052	Correlación de Pearson	-,017	-,273	-,457*	-,272	1	-,226
	Sig. (bilateral)	,944	,244	,043	,246		,339
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00054	Correlación de Pearson	-,278	-,020	,640**	-,015	-,226	1
	Sig. (bilateral)	,236	,933	,002	,950	,339	
	N	20	20	20	20	20	20

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

		VAR00014	VAR00015	VAR00018	VAR00036	VAR00039
	Correlación de Pearson	1	,577**	,649**	-,095	-,435
VAR00014	Sig. (bilateral)		,008	,002	,691	,055
	N	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	,577**	1	,634**	-,100	-,180
VAR00015	Sig. (bilateral)	,008		,003	,674	,448
	N	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	,649**	,634**	1	-,055	-,240
VAR00018	Sig. (bilateral)	,002	,003		,819	,307
	N	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	-,095	-,100	-,055	1	,095
VAR00036	Sig. (bilateral)	,691	,674	,819		,691
	N	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	-,435	-,180	-,240	,095	1
VAR00039	Sig. (bilateral)	,055	,448	,307	,691	
	N	20	20	20	20	20

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

		VAR00017	VAR00042
	Correlación de Pearson	1	,162
VAR00017	Sig. (bilateral)		,495
	N	20	20
	Correlación de Pearson	,162	1
VAR00042	Sig. (bilateral)	,495	
	N	20	20

Correlaciones

		VAR00022	VAR00045	VAR00047
	Correlación de Pearson	1	,200	,083
VAR00022	Sig. (bilateral)		,397	,728
	N	20	20	20
	Correlación de Pearson	,200	1	-,173
VAR00045	Sig. (bilateral)	,397		,466
	N	20	20	20
	Correlación de Pearson	,083	-,173	1
VAR00047	Sig. (bilateral)	,728	,466	
	N	20	20	20

		VAR00023	VAR00024	VAR00041
VAR00023	Correlación de Pearson	1	-,173	-,202
	Sig. (bilateral)		,465	,394
	N	20	20	20
VAR00024	Correlación de Pearson	-,173	1	-,194
	Sig. (bilateral)	,465		,412
	N	20	20	20
VAR00041	Correlación de Pearson	-,202	-,194	1
	Sig. (bilateral)	,394	,412	
	N	20	20	20

		VAR00025	VAR00030	VAR00031	VAR00032	VAR00050
VAR00025	Correlación de Pearson	1	,617**	,419	,380	,101
	Sig. (bilateral)		,004	,066	,098	,673
	N	20	20	20	20	20
VAR00030	Correlación de Pearson	,617**	1	,332	,270	,034
	Sig. (bilateral)	,004		,153	,249	,886
	N	20	20	20	20	20
VAR00031	Correlación de Pearson	,419	,332	1	,104	,181
	Sig. (bilateral)	,066	,153		,663	,445
	N	20	20	20	20	20
VAR00032	Correlación de Pearson	,380	,270	,104	1	,632**
	Sig. (bilateral)	,098	,249	,663		,003
	N	20	20	20	20	20
VAR00050	Correlación de Pearson	,101	,034	,181	,632**	1
	Sig. (bilateral)	,673	,886	,445	,003	
	N	20	20	20	20	20

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

		VAR00034	VAR00058
VAR00034	Correlación de Pearson	1	,348
	Sig. (bilateral)		,132
	N	20	20
VAR00058	Correlación de Pearson	,348	1
	Sig. (bilateral)	,132	
	N	20	20

Correlaciones	VAR00009	VAR00013	VAR00019	VAR00021	VAR00028	VAR00033	
VAR00009	Correlación de Pearson	1	,099	-,192	,581**	,329	,500*
	Sig. (bilateral)		,677	,418	,007	,157	,025
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00013	Correlación de Pearson	,099	1	,297	,233	,021	,2
	Sig. (bilateral)			,204	,323	,931	,6
	N	20	20	20	20	20	6
VAR00019	Correlación de Pearson	-,192	,297	1	-,040	,580**	,000
	Sig. (bilateral)		,418	,204	,868	,007	1,000
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00021	Correlación de Pearson	,581**	,233	-,040	1	,163	,571**
	Sig. (bilateral)		,007	,323	,868	,492	,009
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00028	Correlación de Pearson	,329	,021	,580**	,163	1	,312
	Sig. (bilateral)		,157	,931	,007	,492	,181
	N	20	20	20	20	20	20
VAR00033	Correlación de Pearson	,500*	,266	,000	,571**	,312	1
	Sig. (bilateral)		,025	,257	1,000	,009	,181
	N	20	20	20	20	20	20

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

		VAR00040	VAR00057
VAR00040	Correlación de Pearson	1	-,521*
	Sig. (bilateral)		,019
	N	20	20
VAR00057	Correlación de Pearson	-,521*	1
	Sig. (bilateral)	,019	
	N	20	20

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

		VAR00046	VAR00060
VAR00046	Correlación de Pearson	1	,258
	Sig. (bilateral)		,273
	N	20	20
VAR00060	Correlación de Pearson	,258	1
	Sig. (bilateral)	,273	
	N	20	20

Correlaciones		VAR00001	VAR00002	VAR00004
VAR00001	Correlación de Pearson	1	,160	-,073
	Sig. (bilateral)		,501	,759
	N	20	20	20
VAR00002	Correlación de Pearson	,160	1	,616**
	Sig. (bilateral)	,501		,004
	N	20	20	20
VAR00004	Correlación de Pearson	-,073	,616**	1
	Sig. (bilateral)	,759	,004	
	N	20	20	20

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

	VAR12	VAR16	VAR29	VAR43	VAR44	VAR48	VAR49	VAR53	V.56
VAR12									
Correlación de Pearson	1	,038	,511*	,065	,353	-,053	,011	,536*	,095
Sig. (bilateral)		,873	,021	,786	,127	,825	,962	,015	,690
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
VAR16									
Correlación de Pearson	,038	1	,013	,582**	,569**	-,122	,109	-,265	-,045
Sig. (bilateral)	,873		,957	,007	,009	,607	,646	,258	,850
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
VAR29									
Correlación de Pearson	,511*	,013	1	-,333	-,141	-,273	,357	,193	,470*
Sig. (bilateral)	,021	,957		,151	,554	,244	,123	,416	,036
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
VAR43									
Correlación de Pearson	,065	,582**	-,333	1	,694**	-,050	-,067	-,235	-,490*
Sig. (bilateral)	,786	,007	,151		,001	,833	,778	,319	,028
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
VAR44									
Correlación de Pearson	,353	,569**	-,141	,694**	1	,053	-,088	,184	-,090
Sig. (bilateral)	,127	,009	,554	,001		,824	,712	,438	,706
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
VAR48									
Correlación de Pearson	-,053	-,122	-,273	-,050	,053	1	-,416	-,045	,063
Sig. (bilateral)	,825	,607	,244	,833	,824		,068	,851	,793
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
VAR49									
Correlación de Pearson	,011	,109	,357	-,067	-,088	-,416	1	-,288	,178
Sig. (bilateral)	,962	,646	,123	,778	,712	,068		,217	,451
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
VAR00053									
Correlación de Pearson	,536*	-,265	,193	-,235	,184	-,045	-,288	1	,322
Sig. (bilateral)	,015	,258	,416	,319	,438	,851	,217		,166
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
VAR00056									
Correlación de Pearson	,095	-,045	,470*	-,490*	-,090	,063	,178	,322	1
Sig. (bilateral)	,690	,850	,036	,028	,706	,793	,451	,166	
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Correlaciones		VAR00003	VAR00010	VAR00011	VAR00038	VAR00051	VAR00055
	Correlación de Pearson	1	,447*	,113	,083	,382	,220
VAR00003	Sig. (bilateral)		,048	,635	,727	,096	,350
	N	20	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	,447*	1	,338	,409	,377	,487*
VAR00010	Sig. (bilateral)	,048		,145	,073	,101	,029
	N	20	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	,113	,338	1	,237	,372	-,064
VAR00011	Sig. (bilateral)	,635	,145		,314	,107	,789
	N	20	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	,083	,409	,237	1	,459*	,379
VAR00038	Sig. (bilateral)	,727	,073	,314		,042	,099
	N	20	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	,382	,377	,372	,459*	1	,475*
VAR00051	Sig. (bilateral)	,096	,101	,107	,042		,034
	N	20	20	20	20	20	20
	Correlación de Pearson	,220	,487*	-,064	,379	,475*	1
VAR00055	Sig. (bilateral)	,350	,029	,789	,099	,034	
	N	20	20	20	20	20	20

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

○ **ANEXO 7: CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA**

(Nota.- El presente Código Deontológico contiene el texto definitivo, resultante de las Resoluciones 32/1989 y 2/1998 que aprueban las normas deontológicas, con posterior corrección de errores).

ÍNDICE

Introducción

Prólogo

Declaración previa

Capítulo I: Ámbito de aplicación

Capítulo II: La Enfermería y el ser humano. Deberes de las enfermeras/os

Capítulo III: Derechos de los enfermos y de los profesionales de Enfermería

Capítulo IV: La enfermera/o ante la sociedad

Capítulo V: Promoción de la salud y bienestar social

Capítulo VI: La Enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados

Capítulo VII: El personal de Enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social

Capítulo VIII: La Enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad

Capítulo IX: El personal de Enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos

Capítulo X: Normas comunes en el ejercicio de la profesión

Capítulo XI: La educación y la investigación de la Enfermería

Capítulo XII: Condiciones de trabajo

Capítulo XIII: Participación del personal de Enfermería en la planificación sanitaria

Normas adicionales

INTRODUCCIÓN

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1973, por el Consejo internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear. Sin embargo, la necesidad de disponer de un Código Deontológico especialmente concebido para los Enfermeros y las Enfermeras españoles, se estaba haciendo sentir cada vez más claramente. Por ello, en el mes de abril de 1988, el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un Comité formado por profesionales, Enfermeros/as, que ejercían la profesión en diferentes ámbitos, con el fin de elaborar un primer proyecto que, posteriormente, fuese sometido a la opinión general del colectivo de Enfermería, para asegurar que el nuevo Código tuviera un alcance verdaderamente estatal. Ahora,

finalizado este proceso, agradecemos las valiosas aportaciones recibas por los Colegiados y Organizaciones de Enfermería, que hemos tenido en cuenta en la elaboración del presente Código. Pensamos que nuestro Código Deontológico Nacional es un elemento vivo, basado en una ética inspirada en el bienestar de las personas, para las que actuamos profesionalmente, y estamos convencidos de que contribuirá a mantener un nivel profesional y un estatus social digno de nuestra profesión.

MÁXIMO A. GONZÁLEZ JURADO PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA.

PRÓLOGO

El establecimiento de un Código Deontológico que sirva de marco para el ejercicio profesional ha de partir, necesariamente, de un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan. El hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es, a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positiva o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral. Por ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad. La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive. España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político

Respecto al papel de los Enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:

- 1º Prevención de las enfermedades.
- 2º Mantenimiento de la salud.
- 3º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- 4º Educación para la salud.
- 5º Formación, administración e investigación en Enfermería.

Debemos estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud, manteniendo normas de educación, siendo pioneros en la sugerencia de estrategias de puesta en práctica, que tengan en cuenta el contexto social, político y económico del país.

Partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, debemos tener presente que las/os Enfermeras/os, han de enfatizar de manera prioritaria, dentro de sus programas:

- a) La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.
- b) La participación activa en la sociedad.
- c) El Reconocimiento y aplicación, en su ejercicio, de los principios de ética profesional.
- d) La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.

Son muchas las ocasiones en las que está en nuestras manos la dignidad de la naturaleza humana y de ahí nuestra mayor responsabilidad como profesionales de Enfermería. Vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de las profesiones sanitarias, en general y de la profesión de Enfermería en particular. Por ello, tal vez sea el momento más idóneo para hablar de ética profesional, sin temor a moralismos trasnochados, sino sencillamente abordando, en el marco de un Código Deontológico, lo que constituye el armazón de nuestra profesión, más allá de sus elementos técnicos.

De lo anteriormente expuesto, extraemos las siguientes conclusiones:

1. En nuestro Código Deontológico deberán darse la mano continuidad y actualidad. Los valores básicos, permanentes e irrenunciables en Enfermería, han de ser conservados también en el futuro, pero habrá que examinar una y otra vez las antiguas concreciones de esos valores fundamentales para ver si todavía pueden cumplir su función. Si ya no logran asumir y hacer fructíferas las experiencias de la época, si desconocen la progresiva complejidad de la vida, deberán ser repensadas de nuevo y reformadas en confrontación con los modos de entender el nuevo tiempo.
2. A la hora de fijar instrucciones concretas, conviene ser discretos; será preferible mostrar el sentido último, total y humano de nuestra profesión. Construir modelos concretos es competencia de la conciencia individual de cada profesional responsable.
3. La evaluación presente y futura nos pedirá un esfuerzo, un decidido valor, para emprender experiencias y aceptar lo provisional. A la vista de la complejidad de las condiciones de vida cada vez más diferenciadas, sería utópico que quisiéramos afrontar de antemano soluciones concretas a todos los problemas que se presentan hoy y se presentarán en el futuro. En suma, debemos ser conscientes de que por muchos Códigos Deontológicos que tengamos, el riesgo de la conciencia aumenta considerablemente.

Con estas reflexiones hemos elaborado un Código Deontológico para la Profesión de Enfermería en España, que sea un instrumento eficaz para aplicar las reglas generales de la ética al trabajo profesional. Insistir en esto parece, no pocas veces, una reiteración innecesaria ya que se da por supuesta en nuestra profesión; sin embargo, cada vez con mayor fuerza van aumentando las voces que hablan de falta de ética, y de deshumanización. Por ello, es necesario articular el contenido de nuestra responsabilidad profesional, no sea que con la evolución de la Enfermería como ciencia se nos vaya escapando su esencia fundamental, la de los valores que le sirven de sostén.

Se equivoca quien piensa que la ciencia nada tiene que ver con los valores; si la ciencia está hoy en crisis, probablemente sea por esta divergencia antinatural. Ha de correr paralela con esta dimensión humana y, por ello, situarse en el ámbito de lo moral.

Desearíamos que este Código sirviera para tener conciencia de que los valores que manejamos son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en una palabra, la vida humana, y nos ayudará a los profesionales de Enfermería a fundamentar con razones de carácter ético las decisiones que tomemos.

Estamos convencidos, por último, de que un Código Deontológico, en cuanto a criterio ético, es estrictamente necesario para el buen desempeño de nuestra profesión, no sólo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar a través de él en aquellas situaciones diarias en las que se pueden lesionar o infravalorar los derechos humanos.

Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica; nuestras actitudes han de trascender al limitado marco que nos otorga un Código Deontológico, ya que ser Enfermero/a es gozar de un talante ante la vida, su origen y creación, más allá de los límites del ser humano, para cuyo estímulo ojalá nos sirva este Código Profesional.

En el presente Código están prácticamente incardinados los tres grandes grupos, correspondientes a la distintas obligaciones morales:

1. La Enfermera/o y ser el humano.
2. La Enfermera/o y la sociedad.
3. La Enfermera/o y el ejercicio profesional.

El Código Deontológico de la Enfermería Española fue aprobado por el Pleno del Consejo General de Enfermería mediante la Resolución nº 32/89, cuyo texto, actualizado y corregido, se recoge a su vez en la Resolución nº 2/98 del citado Pleno.

Según se dispone en ambas Resoluciones, el cumplimiento del Código Deontológico tendrá carácter obligatorio para todos los profesionales de enfermería del Estado. Concretamente, cualquier vulneración del mismo dará lugar a la inmediata exigencia de responsabilidades disciplinarias en los términos previstos en los Estatutos de la Organización Colegial.

Por otro lado, se establece también la obligación del Consejo General de adoptar las medidas necesarias para la publicidad y difusión del mencionado Código entre los profesionales de enfermería. Al cumplimiento de esa obligación obedece, pues, la publicación de dicho Código Deontológico en los términos que aquí se recogen.

DECLARACIÓN PREVIA

La Moral Profesional no es más que una aplicación de las reglas generales de la moral al trabajo profesional del hombre, como la Ley Natural no es otra cosa que la participación de la Ley Eterna en la criatura racional. La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que ha de inspirar su conducta.

CAPÍTULO I ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1: Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuere la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc.). También serán de aplicación para el resto de los profesionales extranjeros que por convenios o tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.

Artículo 2: Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.

Artículo 3: De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los deberes deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

CAPÍTULO II LA ENFERMERÍA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS

Artículo 4: La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos. Por ello, la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5: Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6: En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7: en el ejercicio libre de la profesión, el consentimiento del paciente ha de ser obtenido, siempre, con carácter previo a cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento

del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada en la atención que se le preste.

Artículo 8: Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas o psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9: La Enfermera/o nunca empleará, ni consentirá que otros empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 10: Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Artículo 11: De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

Artículo 12: La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud; teniendo en cuenta, en todo momento, que éste se encuentre en condiciones y disposición de entender, aceptar o decidir por sí mismo.

Artículo 13: Si la Enfermera/o es consciente de que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

CAPÍTULO III DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y de los PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Artículo 14: Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15: La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser el padecimiento, edad o circunstancias de dichas personas.

Artículo 16: En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental del ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17: La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18: Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y

compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19: La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20: La Enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21: Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que, moralmente, su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Artículo 22: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

CAPÍTULO IV LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD

Artículo 23: Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombre.

Artículo 24: Las Enfermeras/os deben mantenerse informados, y en condiciones de poder informar, sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

Artículo 25: Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y sus efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas preventivas y/o curativas que se deban adoptar.

Artículo 26: La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

Artículo 27: Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de la salud comunitaria.

Artículo 28: Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

Artículo 29: La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción nociva de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de calidad de vida de la población. 13

Artículo 30: La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos

ambientales que puedan afectar a la salud, a la mejora de calidad de vida y al trabajo, determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

CAPÍTULO V PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Artículo 31: El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud, poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32: Los proyectos y programas de promoción de la salud, han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33: El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social el derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34: En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de la justicia social de dar más al más necesitado. Los conceptos de justicia social son algo más que paternalismo.

CAPÍTULO VI LA ENFERMERÍA Y LOS DISMINUIDOS FÍSICOS, PSÍQUICOS E INCAPACITADOS

Artículo 35: Como consecuencia de los derechos que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enfermeras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que, individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Artículo 36: Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la creación y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

Artículo 37: Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ella, en la Sociedad.

CAPÍTULO VII EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACIÓN ÉTICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

Artículo 38: Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39: La Enfermera/o protegerá a los niños de cualquier forma de abuso y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40: En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41 La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42: La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados en todo su ciclo vital. También procurará la reinscripción o adopción de los niños abandonados.

CAPÍTULO VIII LA ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MÁS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ COMO CONTRIBUCIÓN ÉTICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD

Artículo 43: Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizarle un mejoramiento de la calidad de vida.

Artículo 44: En el ámbito de su competencia profesional, la Enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Artículo 45: Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá, entre otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Artículo 46: La Enfermera/o debe incluir en su programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

CAPÍTULO IX EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS

Artículo 47: Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

Artículo 48: Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de restablecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

Artículo 49: Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

Artículo 50: En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

Artículo 51: La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida.

CAPÍTULO X NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

Artículo 52: La Enfermera/o 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. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53: La Enfermera/o tendrá como responsabilidad profesional primordial la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54: La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55: La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.

Artículo 56: La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.

Artículo 57: La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58: La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59: La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

Artículo 60: Será responsabilidad de la Enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61: La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62: Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63: Para lograr el mejor servicio a los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.

Artículo 64: La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, para asegurar al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65: Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66: La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

Artículo 67: La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas la llamen para que preste cuidados de Enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

Artículo 68: La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada y en caso de urgencia.

CAPÍTULO XI LA EDUCACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Artículo 69: La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas que la lex Artis exige en cada momento a la Enfermera competente.

Artículo 70: La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día mediante la educación continuada y el desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.

Artículo 71: La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

Artículo 72: La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.

Artículo 73: La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional, con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

Artículo 74: Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

Artículo 75: La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la Declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

CAPÍTULO XII CONDICIONES DE TRABAJO

Artículo 76: La Enfermera/o que acceda a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.

Artículo 77: Las Enfermeras/os deben trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

Artículo 78: Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

Artículo 79: La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes.

Artículo 80: Cuando la Enfermera/o 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, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

CAPÍTULO XIII PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

Artículo 81: La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá: a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten. b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

Artículo 82: Las Enfermeras/os deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se decide las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

Artículo 83: Los Enfermeros/as forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de Enfermería que dirigen.

Artículo 84: La Enfermera/o procuran estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales. Artículo final El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

NORMAS ADICIONALES

Primera: Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorregulación en el control de las condiciones de trabajo, velando porque los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

Segunda: Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de Enfermería y de las personas que reciben sus cuidados.

Tercera: Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

Cuarta: Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial, que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

Quinta: Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

Sexta: Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno u otros órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejo Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57.a) y c) y 58.a) del R.D. 1856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.