

CUIDADOS ENFERMEROS PERSONALIZADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ

**Grado de implantación, factores condicionantes y
expectativas de pacientes y profesionales.**

M^a del Rosario García Juárez



María del Rosario García Juárez

**CUIDADOS ENFERMEROS PERSONALIZADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS
DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ**

**Grado de implantación, factores condicionantes y expectativas de
pacientes y profesionales.**

Tesis Doctoral

Directora: Consuelo López Fernández

Universidad de Cádiz

Cádiz, 2026

CUIDADOS ENFERMEROS PERSONALIZADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ. Grado de implantación, factores condicionantes y expectativas de pacientes y profesionales.

María del Rosario García Juárez

Tesis doctoral:

Programa de doctorado de Ciencias de la Salud: 8203

Trabajo dirigido por:

Consuelo López Fernández

“Consideraciones terminológicas

A lo largo de este documento se emplean de forma explícita los términos “enfermeras” y “enfermeros” para referirse a quienes ejercen la enfermería como profesión. Aunque en el ámbito académico e institucional es frecuente el uso de expresiones como “profesionales de enfermería”, se ha optado por no utilizarla de manera predominante por las siguientes razones:

- Porque dicha expresión puede contribuir a invisibilizar a quienes ejercen la profesión y al propio cuerpo de conocimientos que constituye la disciplina de la enfermería.
- Porque, a diferencia de otras profesiones —como la medicina, en la que se emplean habitualmente los términos “médico” o “médica”, y no “profesionales de medicina”—, el uso directo de “enfermera” o “enfermero” fortalece la identidad profesional y el reconocimiento de la disciplina.

Por ello, de forma deliberada y consciente, se utilizarán en este trabajo los términos “enfermera(s)” y “enfermero(s)”. De manera ocasional se empleará la expresión “profesionales de enfermería” cuando resulte necesario englobar de forma inclusiva al conjunto de personas que componen el equipo de profesionales que ofrece cuidados enfermeros.

Índice

I. Introducción	1
I.1. Modelos de asignación	4
I.2. Personalización de la atención enfermera	6
I.3. Individualización del cuidado enfermero	11
I.3.1. Estudios sobre la individualización del cuidado enfermero y sus conclusiones	14
I.4. El cuidado centrado en la persona	20
I.5. Modelo de Personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario del Servicio Andaluz de Salud	27
II. Justificación y objetivos	33
II.1. Justificación	35
II.2. Preguntas de investigación	41
II.2.1. Objetivos de investigación	42
II.2.1.1. Objetivo General	42
II.2.1.2. Objetivos Específicos	42
III. Metodología	45
III.1. Diseño del estudio	47
III.2. Fase 1: Estudio descriptivo y analítico en pacientes tras el alta	48
III.2.1. Ámbito	48
III.2.2. Población de estudio. Muestra. Muestreo	49
III.2.2.1. Criterios de selección	49
III.2.3. Procedimiento de recogida de datos	50
III.2.4. Variables de estudio	51
III.2.5. Instrumentos utilizados	51
III.2.6. Análisis de los datos	53
III.3. Fase 2: Estudio cualitativo con profesionales	54
III.3.1. Participantes	55
III.3.2. Procedimiento	55
III.3.2.1. Lugar de realización de las técnicas grupales	55
III.3.2.2. Grupos de discusión. Muestra y desarrollo de la técnica	56
III.3.2.3. Grupos focales. Muestra y desarrollo de la técnica	57

III.3.2.4 Encuesta a enfermeras. Muestra y procedimiento	59
III.3.3 Análisis de datos	60
III.4 Fase 3: Encuesta a ciudadanos de asociaciones de pacientes	61
III.4.1 Diseño	62
III.4.2 Ámbito y población	62
III.4.3 Instrumento utilizado	62
III.4.4 Selección de participantes	63
III.4.5 Procedimiento de recogida de datos	63
III.4.6 Análisis de datos	64

IV. Resultados.....65

IV. 1 Fase 1: Estudio descriptivo y analítico en pacientes tras el alta	68
IV.1.1 Análisis descriptivo de la muestra	68
IV.1.2 Análisis descriptivo de las variables	69
IV.1.3 Cuantificación de la personalización del cuidado enfermero	71
IV.1.3.1 Análisis descriptivo de los ítems del IPC	71
IV.1.3.2 Análisis descriptivo de los ítems de la EIC en la muestra total	74
IV.1.3.3 Resultados sobre la EIC-a	76
IV.1.3.4 Resultados sobre la EIC-b	77
IV.1.3.5 Comparación de resultados EIC-a y EIC-b	78
IV.1.3.6 Análisis descriptivo ítems de la EIC por centros participantes	79
IV.1.3.7. Análisis comparativo de las dimensiones de EIC e IPC, por centros participantes	84
IV.2. Fase 2: Estudio cualitativo con profesionales	88
IV.2.1. Descriptivos de las variables sociodemográficas	89
IV. 2.2. Resultados obtenidos en cada una de las técnicas empleadas	93
IV.2.2.1. Encuesta a profesionales: respuesta a las preguntas cerradas	93
IV.2.2.2. Análisis de contenido y análisis del discurso: grupos de discusión, grupos focales, preguntas abiertas de la encuesta	96
IV.2.2.2.1. Creencias sobre la personalización	97
IV.2.2.2.2. Concepto de personalización	98
IV.2.2.2.3. Características de la personalización de cuidados	100
IV.2.2.2.4. Condicionantes o factores que influyen en la personalización de Cuidados	102
(i) Condicionantes relacionados con el contexto clínico del paciente	102
(ii) Condicionantes relacionados con la interacción de los profesionales en el equipo multiprofesional de atención	103
(iii) Condicionantes vinculados a competencia o valores profesionales de la enfermera	104
IV.2.2.2.5. Dificultades para personalizar los cuidados	105
IV.2.2.2.6. Requisitos para personalizar los cuidados (y subcategoría la valoración del paciente por parte de su enfermera)	108

IV.2.2.2.7. Resultados derivados de la personalización.....	111
IV.2.2.2.8. La enfermera referente: asignación y características	111
IV.2.2.2.8.1. Sobre la asignación de la enfermera referente.....	111
IV.2.2.2.8.2. Respecto a las características de la enfermera referente	112
IV.2.2.3. Análisis de contenido y análisis del discurso: grupos focales y preguntas abiertas de la encuesta. Resultados por hospitales	113
IV.2.2.3.1 Concepto y características.....	113
IV.2.2.3.2 Requisitos necesarios para personalizar los cuidados.....	116
IV.2.2.4. Análisis del discurso: grupos focales. Resultados – puesto de trabajo	119
IV.2.2.4.1 Respecto al concepto de la personalización	119
IV.2.2.4.2 Sobre las características de la personalización.....	120
IV.2.2.4.3 Requisitos para la personalización.....	121
IV.2.2.4.4 Condicionantes y dificultades	123
IV.2.2.4.4.1. Condicionantes.....	123
IV.2.2.4.4.2 Dificultades	124
IV.2.2.4.5 Características de la enfermera referente.....	125
IV.2.2.5. Análisis de contenido y análisis del discurso: encuesta. Resultados por puesto de trabajo	126
IV.2.2.5.1 Concepto y características.....	126
IV.2.2.5.2 Requisitos necesarios	127
IV.2.2.5.3 Condicionantes y dificultades	129
IV.2.2.5.4 Características de la enfermera referente.....	131
IV.2.2.6 Análisis de contenido y análisis del discurso: Creencias generales sobre la personalización	132
IV. 3. Fase 3: Encuesta a ciudadanos a través de asociaciones de pacientes	133
IV.3.1 Descripción de la muestra.....	134
IV.3.2. Resultados de las cuestiones cerradas de la encuesta.....	134
IV.3.3. La personalización de cuidados en el discurso de los pacientes	138
IV.3.3.1. Características de la personalización	138
IV.3.3.2. Requisitos para personalizar	141
IV.3.3.3. Dificultades para personalizar	142
IV.3.3.4. Resultados de la atención enfermera	145
IV.3.3.5. Características de las enfermeras	146
V. Discusión y Conclusiones	149
V.1.Contribución del estudio.....	151
V.2. Principales hallazgos.....	152
V.2.1. Objetivo 1: Grado de personalización percibido por los pacientes al alta mediante el Índice de Personalización de Cuidados (IPC) y la Escala de Individualización del Cuidado (EIC).....	152

V.2.2. Objetivo 2: Identificar los factores que favorecen o dificultan la implantación del modelo de asignación de la enfermera referente en el SAS, según la perspectiva de los pacientes y los profesionales	156
V.2.3. Objetivo 3: Identificar las expectativas de pacientes y profesionales respecto a la personalización de cuidados enfermeros en el marco de la atención hospitalaria	165
V.2.4. Objetivo 4: Definir un modelo conceptual para la personalización de cuidados en el entorno hospitalario que lleve implícitos sus requisitos, los atributos y los resultados esperados.....	168
V.2.4.1. Introducción al modelo	168
V.2.4.2. Configuraciones de sustento en los actores clave	170
V.2.4.2.1. Enfermeras	170
V.2.4.2.2. Liderazgo enfermero: supervisoras	171
V.2.4.2.3. Equipo multiprofesional.....	171
V.2.4.3. Requisitos, atributos y resultados esperados	172
V.2.4.3.1. Requisitos	172
V.2.4.3.2. Atributos	172
V.2.4.3.3. Resultados esperados.....	173
V.2.4.4. Modelo conceptual de la personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario	173
V.2.5. Objetivo 5: Definir y priorizar estrategias de implantación del modelo de cuidados personalizado en el ámbito hospitalario.....	177
V.2.5.1. Estrategias priorizadas según el Modelo de Sustento	177
V.2.5.1.1. Estrategia 1. Fortalecer el sustento relacional del cuidado	177
V.2.5.1.2. Estrategia 2. Consolidar el Modelo de enfermera referente como estructura de sustento, no solo de asignación	178
V.2.5.1.3. Estrategia 3. Desplazar el foco desde un modelo centrado en la atención médica hacia un modelo relacional integrado.....	178
V.2.5.1.4. Estrategia 4. Desarrollar liderazgo y cultura organizativa que sostenga el cuidado.....	179
V.2.5.1.5. Estrategia 5. Evaluar y visibilizar la personalización desde la experiencia del paciente.....	179
V.3. Discusión general	180
V.4. Implicaciones del estudio.....	182
V.5. Fortalezas y limitaciones del estudio	184
V.6. Conclusiones	185
V.7. Cierre de la tesis	188
VI. Bibliografía	191

Anexos	205
Anexo I Escala de Individualización del Cuidado versión paciente	205
Anexo II. <i>Individualised Care Scale – Nurse</i>	207
Anexo III Hoja de información al paciente	209
Anexo IV. Cuestionario Google Forms© para pacientes	213
Anexo V. Índice de personalización del cuidado. (IPC)	21
Anexo VI. Hoja de información al profesional	219
Anexo VII. Consentimiento informado: profesionales	223
Anexo VIII. Encuesta a enfermeras participantes	225
Anexo IX. Encuesta a ciudadanos miembros de asociaciones de pacientes	229
Anexo X. Tablas de frecuencias, análisis código-documentos	233
Índice de figuras	245
Índice de tablas	249

I. Introducción

Actualmente, los cuidados que proporcionan las enfermeras y los enfermeros en los centros hospitalarios están caracterizados por una alta complejidad. A la tecnificación progresiva de los hospitales se suma el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida. Igualmente, el abordaje de procedimientos quirúrgicos cada vez más complejos exige unos cuidados igualmente especializados y continuos durante las 24 horas del día, siendo necesaria una organización de los cuidados que dé respuesta al aumento de la complejidad, las necesidades de las personas y las demandas profesionales.

La organización de los profesionales encargados de proporcionar cuidados corresponde a los gestores de cuidados, responsables de garantizar que los pacientes reciban una atención de calidad. Ejercer un liderazgo eficaz en el ámbito sanitario y, especialmente en el ámbito hospitalario, resulta una tarea compleja. El líder debe tener en cuenta aspectos como las relaciones interprofesionales, los diferentes roles, y la necesidad de propiciar y mantener un clima de trabajo colaborativo. Además, la práctica del cuidado se desarrolla en el marco de las relaciones sociales, en un contexto en el que cobran importancia emociones como el miedo y la incertidumbre, exigiendo de los

profesionales el desarrollo habilidades de comunicación. A través de estas habilidades se busca propiciar una regulación de las emociones favorecedora de la salud y el bienestar¹.

Por otro lado, en un sistema público de salud, los recursos son limitados y deben gestionarse correctamente, por lo que la provisión de cuidados debe regirse por criterios de costo-eficiencia. Es necesario, por lo tanto, considerar la forma de organización en la dispensación de estos cuidados, ya que influye directamente en aspectos como la calidad del cuidado, la satisfacción de pacientes y profesionales, la seguridad clínica y las condiciones de trabajo de los profesionales.

El estudio de la organización de los cuidados resulta esencial desde la perspectiva de la calidad y costo-eficiencia y responde al propósito de mejorar los centros hospitalarios y contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud público.

I.1. Modelos de asignación de cuidados

Los modelos de prestación de la atención enfermera, o modelos de asignación de cuidados, son sistemas organizativos que definen la forma en la que se lleva a cabo la provisión de cuidados enfermeros. En el ámbito hospitalario, estos sistemas tienen como objetivo delimitar las funciones que realizan las enfermeras en las unidades de hospitalización para proporcionar cuidados de manera eficiente, definir la responsabilidad del cuidado y establecer las relaciones tanto entre los distintos profesionales como entre la enfermera y el paciente.

Recientemente, Prentice² y Geltmeyer³ han realizado sendas revisiones de la literatura existente en torno a los modelos de asignación de cuidados utilizados en el ámbito hospitalario. En estos trabajos se identifican cuatro modelos principales de sistemas de organización del cuidado. Hasta 1930, se utilizó el modelo del cuidado total, implementado por Florence Nightingale, que asignaba el cuidado de un grupo de pacientes hospitalizados en una sala, a la enfermera que estuviese en el turno. Durante la Segunda Guerra Mundial, ante la escasez de enfermeras y el auge de la especialización industrial, se implementó el modelo de asignación funcional. En este sistema,

el cuidado se divide en diferentes tareas, y una o varias de ellas se asignan a cada enfermera, según la complejidad de la tarea y la experiencia profesional. Este modelo, se presentó como una alternativa eficiente, ya que permitía realizar determinadas tareas en un corto espacio de tiempo. Permitía, además, la asignación por nivel de experiencia, posibilitando que las enfermeras con menor experiencia asumieran las tareas menos complejas, mientras las de mayor experiencia se centraban en las de mayor dificultad^{2,3}.

Sin embargo, este enfoque fragmenta el cuidado e impide establecer una relación enfermera-paciente sólida y terapéutica. Esto desmotiva a las enfermeras más cualificadas y genera insatisfacción en los pacientes, afectando negativamente la calidad del cuidado.

Hacia 1950 se introdujo el modelo de asignación por equipos. Este modelo asigna el cuidado de un grupo de pacientes a un equipo de enfermeras con distintos niveles de competencia o experiencia, bajo la coordinación de un/a líder de equipo. Los miembros del equipo comparten la responsabilidad del cuidado y las diferentes tareas son asignadas por el/la líder del equipo según las capacidades de cada integrante, y es el/la líder quien supervisa el cuidado. Este modelo aumenta la satisfacción del paciente, al reducir el número de profesionales que intervienen directamente en su cuidado. Permite establecer relaciones terapéuticas entre los integrantes del equipo y el paciente, y con ello una mayor satisfacción de ambos. Sin embargo, al no demostrar de forma concluyente su costo-eficiencia, este sistema de asignación se abandonó.

A partir de 1960, surgió un modelo promovido por las propias enfermeras, desmotivadas por el sistema de cuidados existente en sus centros. Se trataba del modelo "*Primary Nursing*". Este modelo delimita la responsabilidad del cuidado de cada paciente a una única enfermera, quien coordina su plan de cuidados durante toda la estancia en el hospital. Está centrado en el paciente, favorece el establecimiento de una relación terapéutica enfermera-paciente sólida, promueve la toma de decisiones autónomas de la enfermera, facilita la continuidad asistencial y aumenta la satisfacción del paciente.

También se han descrito modelos híbridos, como la asignación de pacientes por sectores. En este sistema, el cuidado de los pacientes ingresados en un área geográfica concreta del hospital se asigna a una enfermera, delimitando su responsabilidad al turno de trabajo correspondiente. Así, los mismos enfermeros atienden habitualmente a los mismos pacientes en los distintos turnos. Al igual que ocurre en el sistema de asignación por equipos, el cuidado se concentra en un grupo reducido de profesionales, favoreciendo el desarrollo de relaciones terapéuticas enfermera-paciente. No obstante, el tiempo limitado de responsabilidad de cada enfermera sobre el cuidado impide alcanzar una continuidad de cuidados plena^{2,3}.

En los últimos años, tanto en el sector servicios en general, como en sanidad, han cobrado relevancia los modelos de prestación de atención centrados en la persona. Se persigue la participación del cliente/usuario en todo el proceso asistencial, de forma que la atención se ajuste a sus preferencias y valores.

De forma paralela, la organización del cuidado enfermero tiende a basarse en modelos que fomenten el desarrollo de relaciones terapéuticas enfermera-paciente, en las que la enfermera adquiere un conocimiento profundo del receptor de los cuidados y asume la responsabilidad directa del cuidado como profesional de referencia de un paciente. Para proporcionar un cuidado de calidad, resulta esencial que exista una relación de confianza entre el paciente y el equipo profesional. La confianza de los pacientes en las enfermeras debe fomentarse mediante modelos de organización que permitan al paciente experimentar y percibir la atención enfermera⁴.

I.2. Personalización de la atención enfermera

La personalización se define como el ajuste del producto, servicio o atención a las características y preferencias del cliente/usuario, y se reconoce como un elemento esencial en el rediseño de los sistemas sanitarios. Este enfoque, que abarca realidades como la medicina de precisión y la atención de la salud centrada en la persona, se encuentra en un proceso de transformación dinámica y afecta a todas las profesiones cuyo objeto de trabajo son las personas⁵.

La enfermería personalizada se inscribe en la perspectiva humanista de la atención enfermera. En ella, el cuidado se orienta a satisfacer las necesidades específicas de un paciente en particular en un momento determinado, reconociéndolo parte de un contexto y participante activo en su proceso de atención. El/la profesional mantiene una disposición constante a escuchar y responder a las preocupaciones y necesidades del paciente, lo que se manifiesta en su estilo de comunicación y en el establecimiento y desarrollo de una relación terapéutica de acompañamiento sólida^{6,7,8}. La práctica de la enfermería personalizada requiere la colaboración interdisciplinar, con el fin de ofrecer a los pacientes una atención segura, de calidad y eficiente. Este enfoque implica modificar el paradigma tradicional de la prestación de cuidados profesionales, incluido el cuidado enfermero⁹.

Han (2016)⁵ informa de un análisis conceptual sobre la personalización de la atención enfermera basándose en una muestra de 309 trabajos en el ámbito de la atención sanitaria que fueron publicados entre 1971 y 2014. En el mismo se identificaron los requisitos previos para la existencia de este cuidado personalizado, así como los atributos o características del mismo. Igualmente, se describieron los resultados previsibles de su aplicación. Entre sus hallazgos, Han destaca el consenso existente en que personalizar la atención implica individualizar el cuidado en función de las características y las necesidades de cada paciente en particular, considerando los recursos disponibles. Para proporcionar una atención personalizada el/la profesional "considera las necesidades únicas y las preocupaciones de salud específicas de la persona". Por esta razón, Han identifica el conocimiento del paciente como factor central de la personalización. Así mismo, identifica tres condiciones que hacen posible la atención personalizada: la capacitación de los profesionales que cuidan, la implicación de los pacientes que reciben los cuidados y la existencia de un contexto organizativo facilitador del desarrollo los mismos. (Figura I1)

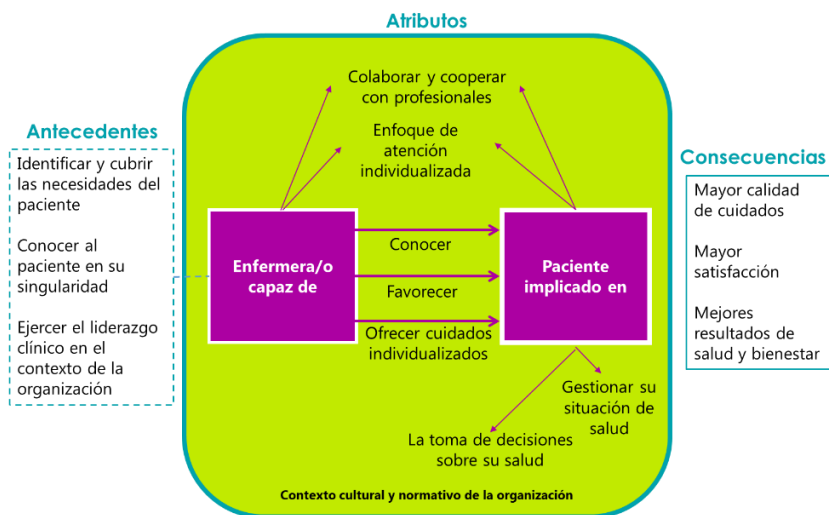


Figura 11. Características de la atención enfermera personalizada según aparece en la literatura científica. Adaptado de Han C. J. (2016). A concept analysis of Personalized Health Care in Nursing. *Nursing Forum*. 51(1), 32-39. p.35

El cuidado enfermero es planificado. En el marco del hospital, tiene como objetivo responder a las necesidades particulares que cada paciente presenta a lo largo del continuo de la enfermedad, independientemente de la atención que se proporcione a otras personas con el mismo proceso patológico. Sólo adaptando el cuidado a dichas necesidades, es posible ofrecer una atención personalizada, lo que exige individualizar los planes de cuidados.

Individualizar el cuidado enfermero implica comprender la situación personal y de salud que vive el paciente, sus necesidades y; su capacidad y disposición para tomar decisiones y asumir la gestión de su propio cuidado. Además, requiere conocer otros aspectos personales como su cultura, creencias, tradiciones, hábitos, actividades y preferencias¹⁰. A partir de este conocimiento, relativamente profundo, es posible diseñar planes de cuidados individualizados que permitan tratar a cada paciente de manera única, de acuerdo con sus necesidades y preferencias, empleando estrategias de comunicación efectiva. Cuando el paciente está hospitalizado, este proceso exige ajustar todo ello a las rutinas y estándares de la institución, sin perder

de vista la singularidad de la persona. Además, dado el enfoque multidisciplinar y multiprofesional de la atención, es necesario cooperar y colaborar con otros profesionales sanitarios –como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, etc.- que proporcionan cuidados de salud de otra naturaleza, para garantizar la integralidad del cuidado¹¹.

Considerando lo anterior, el cuidado enfermero personalizado requiere un conjunto de atributos profesionales específicos. De acuerdo a Han (2016), las enfermeras deben ser capaces de identificar y cubrir las necesidades de los pacientes, y disponer de un conocimiento acerca del paciente suficiente y pertinente. El cuidado enfermero se desarrolla en un marco de intimidad y cercanía, que favorece que el paciente exprese sus preferencias, valores y creencias, y sea reconocido como un ser individual^{12,13}.

También es necesario un ajuste positivo del entorno de cuidados. Las conductas profesionales están influenciadas por la cultura de la organización, y se ven condicionadas por las características del contexto y los recursos disponibles. En parte, el liderazgo enfermero se orienta al desarrollo de entornos de cuidados apropiados que faciliten tanto el fortalecimiento de competencias profesionales como la posibilidad de establecer relaciones terapéuticas sólidas que permitan conocer las necesidades del paciente¹³.

La reciente revisión de la literatura realizada por Jandaghian-Bidgoli et al¹⁴, (2025) que incluyó veinticuatro estudios, analizó las consecuencias de la personalización del cuidado enfermero. El análisis realizado evidencia la variabilidad de los resultados según la infraestructura sanitaria, los condicionantes culturales y la disponibilidad de recursos en los distintos contextos en los que se llevaron a cabo los estudios.

Según esta revisión, los resultados derivados de la aplicación del modelo de personalización van desde el aumento de la satisfacción en los pacientes hasta mejores resultados de salud, tales como un mejor manejo de síntomas, disminución de reingresos hospitalarios y mejor calidad de vida.

Los cuidados enfermeros personalizados también se asocian con menores niveles de ansiedad, mayor bienestar emocional y empoderamiento

de los pacientes en la gestión de su proceso de salud. Como valor añadido, encontraron que los cuidados personalizados fortalecen la relación enfermera-paciente, aumentando la confianza del paciente en los profesionales y mejorando la adherencia al plan terapéutico lo que, a su vez, reduce las complicaciones derivadas de la falta de adherencia.

En resumen, la personalización de los cuidados contribuye a mejorar la atención y los resultados de salud, asociándose a la calidad de la atención prestada¹⁴.

Podemos concluir que, según la literatura, la personalización de los cuidados enfermeros se define como la provisión de intervenciones enfermeras acordes con las experiencias, conductas, sentimientos y percepciones de un paciente implicado en su propio cuidado, dentro de un entorno que favorece tal esfuerzo. Este enfoque exige crear y mantener condiciones específicas: (i) que las enfermeras/os dispongan de las competencias específicas que les permitan identificar las necesidades del paciente y conocerlo en profundidad; (ii) que los pacientes, a su vez, estén interesados en implicarse activamente en la regulación de su situación de salud; y (iii) que existan entornos de cuidados apropiados que faciliten el desarrollo de dichas competencias, la creación de relaciones terapéuticas sólidas que permitan conocer las necesidades y la colaboración interdisciplinar precisa.

El principal desafío al conceptualizar el campo de estudio de esta investigación radica en la ausencia de una definición universalmente aceptada sobre los cuidados personalizados. Sin embargo, como se ha señalado previamente, la literatura recoge diversos elementos que caracterizan el modelo de prestación de un cuidado enfermero personalizado.

Asimismo, existen modelos de prestación de cuidados que utilizan otra terminología, pero que comparten un elemento común fundamental: la implicación del paciente y de su familia/allegados en la planificación y el desarrollo de los cuidados enfermeros adaptados a sus necesidades. Por este motivo, estos modelos también se han considerado para definir el marco conceptual de este estudio.

En la literatura se describen distintos modelos de cuidados enfermeros cuyo objetivo es individualizar o personalizar la atención enfermera. A nivel internacional destacan, por un lado, el modelo del cuidado individualizado desarrollado por Riita Suhonen (2000)¹⁵ y, por otro, el modelo de cuidados centrados en las personas propuesto por Brendan McCormack (2003)¹⁶ y desarrollado conceptualmente en 2006 en colaboración con Tanya McCance¹⁷. Ambos casos cuentan con estudios relevantes que avalan su utilización y describen sus características principales.

A continuación, se presentan estos modelos destacando sus elementos comunes y diferenciadores, así como los estudios realizados sobre su aplicación en el ámbito hospitalario.

I.3. Individualización del cuidado enfermero

En la política sanitaria existe un interés creciente por la atención individualizada. Considerando los modelos de individualización del cuidado enfermero desde el enfoque de los participantes en la relación interpersonal dónde se producen, se han identificado dos concepciones. Por un lado, aquellas que lo caracterizan desde la perspectiva del profesional (Radwin)¹⁸ y, por otro, las que lo describen desde la perspectiva del paciente (Suhonen)¹⁵. Cada una de ellas desarrolla sus propios indicadores.

En 2002 L. Radwin, como resultado de un estudio cualitativo mediante teoría fundamentada, describió el modelo de asignación del cuidado enfermero individualizado bajo la perspectiva del profesional que lo ofrece. Lo caracteriza como el cuidado proporcionado por una enfermera que: (i) conoce la singularidad del paciente y (ii) adapta las intervenciones a las conductas, sentimientos, percepciones y experiencias del mismo, tanto las vividas dentro del rol de paciente como fuera de él¹⁸.

Suhonen concibe la individualización del cuidado enfermero en términos de aquello que el paciente puede percibir, evaluar y reconocer en las intervenciones enfermeras, diferenciándolo de la atención derivada de aplicar exclusivamente protocolos estandarizados¹⁵.

La propuesta de Suhonen surge de la necesidad de extender los cuidados individualizados a la totalidad de los pacientes, y no únicamente a quienes presentan afecciones crónicas. Su pertinencia adquiere especial relevancia en el ámbito hospitalario, donde la utilización de cuidados estandarizados resulta insuficiente, puesto que los pacientes no presentan necesidades homogéneas. El modelo que plantea se obtuvo inductivamente de la literatura y se evaluó mediante un estudio correlacional realizado en una muestra de 454 pacientes adultos tras el alta hospitalaria de unidades de cirugía, en uno de los veinte distritos hospitalarios de Finlandia.

Según este modelo, es insuficiente que las enfermeras valoren las necesidades e, incluso, conozcan al paciente. La información obtenida mediante la valoración de la necesidad de cuidados, debe aplicarse activamente a la individualización de las intervenciones, de modo que el paciente pueda percibir que su cuidado concreto deriva de sus necesidades singulares. La individualización consiste precisamente en adaptar el cuidado a las diferencias individuales del paciente partiendo del conocimiento disponible. Suhonen sostiene que el paciente puede evaluar la medida en que recibe un cuidado enfermero individualizado considerando dos tipos de cuestiones (figura I2):

1. La percepción del paciente sobre las actividades que las enfermeras llevan a cabo dirigidas a favorecer una atención individualizada; y
2. Cuál es la experiencia del paciente respecto a la medida en que la atención enfermera recibida se ajustó a su individualidad¹⁹.

Para ambos casos se exploran tres áreas de la atención: la situación clínica producida por el proceso que motiva la hospitalización; la situación de vida personal; y el control de decisiones (detalladas en la Figura I2)

El punto de partida se sitúa en la obligación moral que, según el modelo, tienen las enfermeras de respetar la singularidad y unicidad de cada una de las personas que atienden. El modelo se centra en el reconocimiento tanto de la situación clínica del paciente como de su situación personal vital, así como en el grado de control que el paciente puede ejercer sobre las decisiones clínicas²⁰.

La situación clínica del paciente se refiere tanto a las necesidades físicas derivadas de su proceso de enfermedad o de los síntomas que presenta, como a otros aspectos. Entre ellos destacan: el significado que tiene la enfermedad para él, sus miedos, sus habilidades, sus recursos y sus capacidades para modificar sus conductas y/o seguir las recomendaciones sanitarias, así como su respuesta a los cuidados y sus sentimientos. La situación personal alude a su cultura, sus creencias, tradiciones, hábitos cotidianos y preferencias, tanto en términos generales como en lo relativo a la participación de la familia o allegados en sus cuidados. En este aspecto es importante tener en cuenta las experiencias de hospitalizaciones anteriores del paciente, ya que pueden influir en su respuesta a los cuidados recibidos. El control de decisiones por parte del paciente se refiere a su participación en el proceso de salud. Para ello, el paciente debe recibir información adecuada, válida, fiable y comprensible sobre su enfermedad y su situación de salud. Además, debe recibir opciones de atención para que pueda decidir cuál se ajusta mejor a sus preferencias¹⁹.

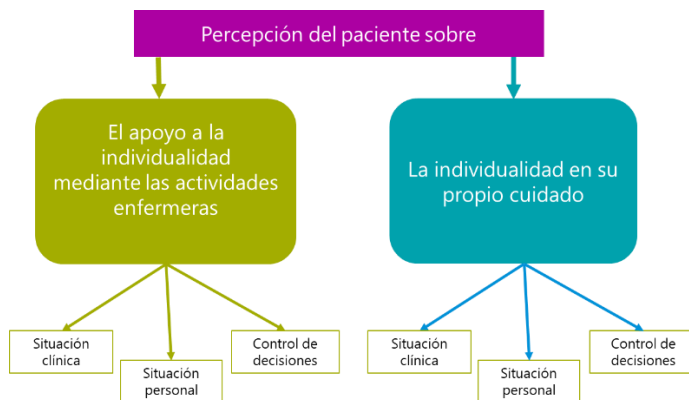


Figura 12. Modelo de atención enfermera individualizada. Adaptado de Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Testing the individualized care model. *Scand J Caring Sci.* 2004 Mar;18(1):27-36. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00255.x.

En la literatura se identifican un amplio número de estudios que analizan tanto los efectos de la aplicación de este modelo como el desarrollo de instrumentos dirigidos a medir la individualización del cuidado enfermero

desde la perspectiva del paciente y de los profesionales que proporcionan el cuidado. También se han realizado estudios encaminados a identificar los factores que posibilitan o dificultan su aplicación.

I.3.1. Estudios sobre la individualización del cuidado enfermero y sus conclusiones

Suhonen et al, estudiaron la relación existente entre la percepción de apoyo a la individualidad proporcionado mediante intervenciones enfermeras y la individualidad percibida en la atención recibida. Encontraron que la percepción del paciente respecto a intervenciones dirigidas específicamente a considerar o apoyar la individualidad durante su atención, se correlacionaba fuertemente con su percepción de individualidad en la atención. Este hallazgo aportó evidencia de que, en la práctica clínica, se realizaban intervenciones orientadas a la individualización del cuidado y de que estas eran pertinentes y necesarias^{19,20}. Además, identificaron una fuerte correlación entre la individualidad de la atención percibida y la satisfacción del paciente y una débil correlación, aunque positiva, con la calidad de vida percibida²⁰.

Para medir cada una de las dimensiones del modelo, se desarrolló y se validó un instrumento, *Individualized Care Scale-patient (ICS-patient)*. El instrumento consta de dos escalas A y B (*ICS-a* *ICS-b*) que exploran distintas dimensiones. Cada escala consta a su vez de tres subescalas. Las dimensiones que exploran son la percepción del apoyo a la individualidad proporcionado a través de intervenciones que realizan las enfermeras (*ICS-a*) y la individualidad del cuidado percibida (*ICS- b*). Las subescalas están referidas a la situación clínica, la situación de vida personal y el control de decisiones¹⁵.

El instrumento original constaba de 20 preguntas por cada dimensión. Las opciones de respuesta oscilaban entre *nunca* (valor 1) a *frecuentemente* (valor 5). Estudios posteriores dieron lugar a una versión modificada, compuesta en la actualidad por 17 ítems para medir cada dimensión. El contenido íntegro de la escala validada y traducida al español se muestra en el Anexo I. Los ítems 1 a 7 se refieren a la situación clínica, del 8 al 11 valoran la individualización respecto a la situación de vida personal del paciente y, finalmente, del 12 al 17 respecto al control de las decisiones sobre sus cuidados. La *ICS-patient* ha sido validada en diferentes lenguas, incluido el

español, y ha demostrado ser un instrumento apropiado para medir la percepción que tienen los pacientes sobre la individualización de los cuidados proporcionados por las enfermeras²¹.

En la traducción al español (Escala de Individualización del Cuidado. EIC), cada ítem se valora mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, donde 1 corresponde a *totalmente en desacuerdo*, 2 a *desacuerdo en cierta medida*, 3, a *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, 4 a *de acuerdo en cierta medida* y 5 a *totalmente de acuerdo*. De este modo permite cuantificar el grado de acuerdo del paciente participante con cada afirmación de la escala²¹.

De forma paralela, se desarrolló un instrumento dirigido a las enfermeras: *Individualized Care Scale-nurse (ICS-nurse)*. Al igual que la *ICS-patient*, se trata de un cuestionario bipartito que explora la opinión de las enfermeras sobre la individualización de los cuidados que proporcionan, estructurado en dos dimensiones o escalas. La escala A indaga en las acciones que las enfermeras realizan para apoyar la individualización del cuidado que proporcionan y la escala B, explora su percepción sobre si la atención que prestan es individualizada. Ambas escalas contienen tres subescalas, equivalentes a las de la versión para pacientes: situación clínica, situación personal y control de decisiones. Constan de 17 ítems, cada uno de ellos se puntúa mediante una escala tipo Likert de cinco opciones, en la que las respuestas oscilan desde a *Totalmente en desacuerdo* (valor 1) a *Totalmente de acuerdo* (valor 5). Esta escala no está traducida ni validada aun, en nuestro contexto. Anexo II.

Ambas escalas han demostrado ser instrumentos de gran utilidad para estudiar la relación entre la individualización del cuidado enfermero y algunos resultados de salud en el paciente. Así mismo, han permitido explorar la relación entre determinadas variables del entorno y la percepción que tienen las enfermeras sobre el grado de individualización presente en su práctica profesional-laboral. También se han empleado en estudios comparativos que analizan el grado de individualización percibido por las enfermeras en diferentes contextos o países, así como las diferencias entre la percepción de las enfermeras y la de los pacientes.

Los estudios realizados con la *ICS-nurse*, han identificado que las enfermeras hospitalarias perciben un menor grado de intervenciones dirigidas a apoyar la individualidad en la dimensión situación personal, mientras que esta percepción es mayor en la individualidad proporcionada respecto a la situación clínica y el control de decisiones. Un patrón similar se observa en relación con la individualidad proporcionada, es decir, perciben que los cuidados proporcionados son individualizados, aunque en general, las enfermeras consideran que en sus cuidados tienen menos en cuenta la situación personal de los pacientes, priorizando su situación clínica en función del momento y del contexto²².

En cuanto al ámbito de práctica, el mismo estudio mostró que las enfermeras de salud mental, en comparación con las que trabajan en otras áreas hospitalarias o en atención primaria, perciben un mayor grado de individualización en la dimensión situación personal²².

También se han observado diferencias significativas entre países en la percepción de las enfermeras sobre la individualización del cuidado que prestan²³. Esta conclusión, es una de las resultantes del *ICProject, International Nurse Study*, un estudio con 1193 enfermeras que ejercían en 91 salas de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología distribuidas en 34 hospitales de diferentes países: Chipre, Finlandia, Grecia, Portugal, Turquía y Estados Unidos. En el estudio se utilizó la *ICS-nurse*, previamente traducida y validada en los idiomas oficiales de los países participantes. En general, las enfermeras percibieron que su trabajo apoyaba la individualidad de la atención, en mayor medida en la dimensión situación clínica. La excepción fueron las enfermeras participantes de Estados Unidos, quienes percibieron un mayor apoyo a la individualización en relación con el control de decisiones. Este patrón también se observó respecto a la percepción de individualidad proporcionada.

Las diferencias observadas entre los diferentes países se atribuyeron a factores como las ratios enfermera-paciente, una mayor participación de la familia en los cuidados y la mayor experiencia, nivel formativo y dedicación profesional de las enfermeras. Todo ello indica la importancia del contexto en

el que se producen los cuidados para el desarrollo de este modelo, así como la notable influencia de los factores socioeconómicos, políticos y culturales²³.

El estudio también sugiere que algunos aspectos como la formación en valores de humanización y en ética profesional, pueden influir en la valoración que las enfermeras realizan sobre su propia práctica, aumentando su percepción de estar proporcionando cuidados individualizados. Asimismo, cuando se utiliza la escala para valorar la práctica en su globalidad, la percepción de individualidad proporcionada es mayor que cuando las preguntas se limitan al turno inmediatamente anterior, en cuyo caso los resultados son inferiores. Los autores sugieren que la *ICS-nurse* puede ser un instrumento de medida útil para que las enfermeras evalúen el grado de individualización presente en la atención que proporcionan.

La individualización del cuidado requiere entornos de práctica adecuados, los cuales están determinados por la estructura de la atención sanitaria, el nivel de formación de las enfermeras y la calidad de las relaciones profesionales. Aunque existía evidencia de la relación entre el entorno de práctica y la posibilidad de ofrecer cuidados enfermeros individualizados, dicha evidencia procedía mayoritariamente de estudios realizados en un único país²⁴.

Papastabrou et al (2015) llevaron a cabo el *ICProject, International Nurse Study*, ampliando el análisis realizado anteriormente²⁵. Realizan una aproximación de la percepción enfermera del entorno de práctica mediante la escala *Revised Professional Practice Environment (RPPE)*. La escala RPPE es un instrumento diseñado para medir la percepción profesional del entorno de práctica que se estructura en ocho dimensiones: gestión de conflictos, liderazgo y autonomía en la práctica clínica, motivación hacia el trabajo, capacidad de control sobre la práctica, trabajo en equipo, comunicación sobre los pacientes, cultura de trabajo y relaciones médico-personal²⁶.

El estudio dirigido por Papastabrou, identificó una relación estadísticamente significativa entre la *ICS-nurse A* y las dimensiones de motivación hacia el trabajo, relaciones médico resto de profesionales y cultura de trabajo²⁵. En el caso de la escala *ICS-nurse B*, la relación significativa se

observó con las dimensiones: motivación hacia el trabajo, capacidad de control sobre la práctica, relaciones médico resto de profesionales, trabajo en equipo y cultura de trabajo. Estos hallazgos refuerzan la asociación entre las características organizacionales del entorno de práctica y la posibilidad y predisposición de las enfermeras a individualizar los cuidados que proporcionan. En este punto adquieren especial relevancia los sistemas de asignación utilizados en la práctica clínica.

Para llevar a cabo la práctica del modelo del cuidado individualizado, se ha empleado el sistema de asignación *Primary Nursing*. Este sistema, como se ha señalado previamente, asigna la responsabilidad del cuidado de cada paciente a una única enfermera cuya denominación puede variar según el contexto. En la literatura relacionada con la individualización aparece como "enfermera nominada o designada" ("*named nursing*"). En el libro *Individualized Care: Theory, Measurement, Research and Practice* se recomienda explícitamente este modelo de asignación para llevar a la práctica la individualización del cuidado en las unidades de Salud Mental. La enfermera nominada es responsable de la toma de decisiones y del cuidado diario del paciente, de la comunicación dentro del equipo que lo atiende y de la calidad de los cuidados proporcionados durante su ingreso²⁷.

La individualización del cuidado se ha asociado también con un mayor nivel de satisfacción respecto a los cuidados enfermeros y con un aumento de la confianza del paciente en la enfermera, tal y como señalan diversos estudios. En una investigación realizada con 286 pacientes hospitalizados durante más de cinco días en distintas unidades médicas de un hospital en Turquía (Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Rehabilitación, Cardiología, Neurología y Cuidados Paliativos) se encontró una relación estadísticamente significativa entre la *ICS-patient (A & B)* y dos escalas que medían la satisfacción con los cuidados enfermeros (*Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale*) y la confianza del paciente en el equipo de enfermería (*Trust in Nurses Scale*). Los resultados mostraron que, a mayor, percepción de individualidad –tanto proporcionada como percibida–, también era mayor la satisfacción con los cuidados proporcionados por las enfermeras y mayor la confianza depositada en estas profesionales²⁸.

De especial relevancia para el presente estudio son los resultados obtenidos en un estudio cualitativo que analizó la experiencia de hospitalización de ocho adolescentes daneses en relación con una cirugía indicada tras el diagnóstico de colitis ulcerosa, a los que se les había realizado una ostomía temporal. En sus relatos, los adolescentes destacaron como aspectos más positivos en las enfermeras, no tanto su competencia técnica sino su amabilidad, la cual relacionaban con la capacidad de la enfermera de comprenderlos, la empatía y la habilidad para hacerles sentir que estaban a su disposición "sin prisas", para escucharlos y atenderlos. Con estas enfermeras, afirmaron, lograron establecer un vínculo que les ayudó a afrontar, manejar y aceptar su proceso. En contraste, describieron haber abandonado el régimen terapéutico cuando la enfermera que les atendía se mostraba distante. Además, señalaron que únicamente cuando existía una relación de confianza se atrevían a expresar a la enfermera miedos y preocupaciones que evitaban hablar con sus padres. Asimismo, demandaron de forma explícita una atención individualizada que tuviera en cuenta las necesidades específicas de su edad²⁹.

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la individualización del cuidado y su relación con la confianza del paciente, lo cual puede tener repercusiones directas en la adherencia al régimen terapéutico.

En relación con los efectos de la individualización sobre las y los profesionales, algunos estudios relacionan la individualización del cuidado con la satisfacción profesional de las enfermeras (Suhonen 2010).

El estudio realizado por Cho et al. (2021) en Estados Unidos, en el que participaron 858 enfermeras clínicas hospitalarias, informó de una relación estadísticamente significativa entre la *ICS-nurse* y la *Occupational Fatigue Exhaustion Recovery (OFER) Scale*. Esta escala mide los niveles de fatiga mental aguda y crónica debido al trabajo, así como la capacidad de recuperación entre turnos. Las enfermeras que manifestaron no haber podido proporcionar cuidados individualizados durante su turno, presentaron niveles más altos de fatiga mental aguda y crónica. Si bien el estudio se llevó a cabo en un contexto de cuidados a pacientes afectados por la COVID-19 y las

participantes podían experimentar niveles de presión laboral superiores a los habituales, sus resultados sugieren que la imposibilidad de individualizar los cuidados puede repercutir de forma negativa en el bienestar emocional de los profesionales³⁰. Ahora bien, estos resultados no son homogéneos. Un estudio realizado en Turquía con 128 enfermeras del ámbito de los cuidados críticos, no encontró relación, entre los niveles de angustia moral de las enfermeras y el grado de percepción de individualización del cuidado proporcionado a través de sus intervenciones³¹.

1.4. El cuidado centrado en la persona

El Marco de la Práctica Centrada en la Persona (MPCP), propuesto por, McCormack y McCance, (2006) está firmemente arraigado en el discurso de la enfermería y de la atención sanitaria, aunque su desarrollo ha sido desigual a nivel internacional³². Considerado desde una concepción moral del cuidado que sitúa la relación terapéutica como meta, sus autores califican al MPCP como un movimiento centrado en la humanización de los servicios sanitarios y en garantizar que el paciente esté en el centro de la prestación de la atención. Lo definen como *"un enfoque de la práctica establecido a través de la formación y el fomento de relaciones terapéuticas entre todos los proveedores de atención sanitaria, los pacientes y otras personas importantes para ellos que se basa en los valores de respeto hacia las personas, el derecho individual a la autodeterminación, el respeto mutuo y la comprensión. Es posible gracias a las culturas de empoderamiento que fomentan entornos apropiados para el desarrollo de la práctica"*³³. Busca trasladar a la realidad clínica de los sistemas sanitarios una atención que sitúe a las personas en su centro tratándolas como los seres humanos que son: con realidades, experiencias y posibilidades únicas; respetando sus derechos; promoviendo la confianza y la comprensión mutua; y desarrollando relaciones positivas³⁴.

El marco teórico del MPCP contempla cinco ámbitos relacionados: requisitos previos; entornos de práctica; procesos de interacción centrados en la persona; resultados de práctica; y factores condicionantes del macro contexto que influyen en el desarrollo de culturas centradas en la persona (Figura I3). Los requisitos para el desarrollo de este modelo incluyen, entre otros, que los profesionales cuenten con competencias específicas que les

permitan el cuidado centrado en la persona. Igualmente requieren el desarrollo de habilidades interpersonales, un compromiso con el trabajo, claridad de valores y conocimientos de sí mismos.

El entorno de cuidados debe facilitar la toma de decisiones compartida y favorecer el aprovechamiento de las habilidades del equipo. Debe contar, además, con sistemas organizativos de apoyo, que promuevan e impulsen este sistema de trabajo, así como sistemas de poder horizontales que permitan la innovación y la asunción de riesgos. Por último, se necesita un espacio adecuado para el desarrollo efectivo de este modelo.

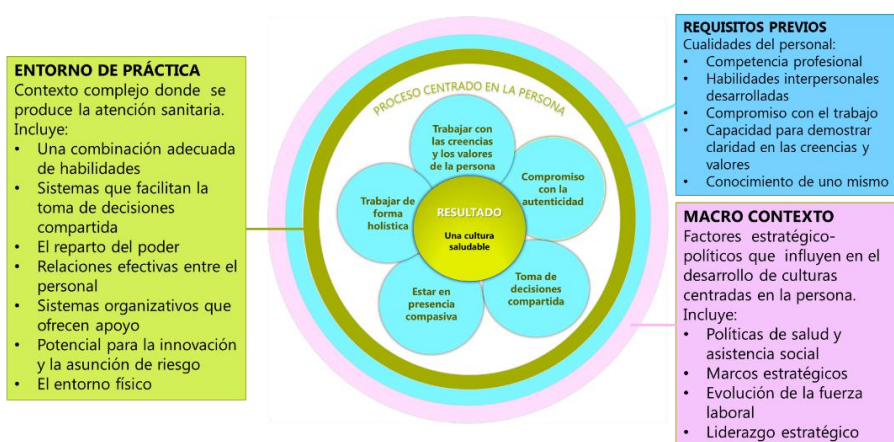


Figura 13. Marco de Práctica Centrada en la Persona. Adaptado de: McCance T, McCormack B, Slater P, McConnell D. Examining the Theoretical Relationship between Constructs in the Person-Centred Practice Framework: A Structural Equation Model. Int J Environ Res Public Health. 2021 Dec 13;18(24):13138. doi: 10.3390/ijerph182413138. PMID: 34948757; PMCID: PMC8701298.

El proceso de cuidados se fundamenta en el desarrollo de intervenciones que tengan en cuenta las preferencias y valores del paciente, un compromiso tanto del paciente con su plan de cuidados como del profesional con el respeto y la toma de decisiones compartidas. Todo ello debe llevarse a cabo en el marco de una relación terapéutica que asegure, por parte de la enfermera, una presencia empática y una visión holística del paciente. Los objetivos que persigue este marco teórico son: la satisfacción y

sensación de bienestar por parte del paciente, incluida su implicación en el cuidado, y la generación de una cultura orientada a la salud.

Este modelo teórico se ha implementado en numerosos contextos. La revisión realizada en 2015 por McCormack et al.³², recoge experiencias sobre el desarrollo de este modelo en diferentes contextos y países, como: Australia, Canadá, Inglaterra, Países Bajos, Irlanda, Noruega, Escocia y Estados Unidos, todos son países de procedencia de los autores participantes. A pesar de esta limitación, reconocida por los autores de la revisión, el texto muestra claramente las diferencias existentes en la implementación de este modelo y la influencia que tiene en su implantación la implicación gubernamental y el desarrollo de políticas estratégicas que la faciliten y fomenten.

En 2009, McCormack et al. sugieren la utilización del *Workplace Culture Critical Analysis Tool* (WCCAT) como herramienta de apoyo para analizar, mediante estudios de observación, los entornos de práctica y su potencial para desarrollar en ellos modelos de atención centrados en la persona³⁵. Asimismo, se ha desarrollado un instrumento, *The Person-centred Climate Questionnaire-Patient* (PCQ-P)³⁶, dirigido a medir si la atención al paciente se ha realizado en un entorno físico y psíquico centrado en la persona. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 17 ítems que evalúa tres dimensiones del entorno de cuidados: seguridad, hospitalidad y cotidianeidad. El cuestionario fue validado en una muestra de 544 pacientes procedentes de 21 salas de tres hospitales del norte de Suecia obteniéndose un α de Cronbach de 0,93. Se ha traducido y validado al inglés. Además, un estudio publicado en 2021, validó el cuestionario en Finlandia y encontró una fuerte correlación entre el PCQ-P y la escala b del ICS-patient³⁷.

En 2010 se desarrolló y validó un instrumento para medir hasta qué punto los profesionales de centros geriátricos y sociosanitarios consideran que el entorno de cuidados en el que trabajan está centrado en la persona. Se trata de un cuestionario autoadministrado con 13 ítems, dirigido a los profesionales que prestan cuidados en estos centros. El instrumento evalúa tres dimensiones: grado de personalización del cuidado (ítems del 1 al 6), nivel de apoyo organizacional (ítems del 8 al 11) y grado de accesibilidad estructural (ítems del 12 al 13). El estudio de sus propiedades psicométricas se desarrolló

en Australia con una población de trabajadores que prestaban cuidados a personas con demencia. Aunque presentó algunas limitaciones, como una baja tasa de respuesta, los resultados relativos a la consistencia interna y fiabilidad del cuestionario global ($\alpha = 0,84$) avalan su utilización. Sin embargo, en la dimensión accesibilidad estructural se obtuvo un valor inferior ($\alpha = 0,31$)³⁸. Este instrumento se ha traducido y validado en Portugal³⁹ y España⁴⁰. Igualmente cabe mencionar que, un estudio realizado en Suecia en 2017⁴¹, validó el instrumento suprimiendo el ítem 13.

Los estudios realizados en torno a este modelo evidencian la relación entre los cuidados centrados en la persona y la percepción positiva de las experiencias de hospitalización⁴². Una revisión sistemática publicada en 2014, que incluyó 24 estudios de tres países, analizó los efectos de la implementación de modelos de cuidados centrados en la persona y su relación con los resultados de salud en residentes de centros de larga estancia. Nueve de los estudios se centraron en residentes con demencia, mientras que el resto incluían población sin deterioro cognitivo o con un deterioro leve. En todos los estudios se observaron efectos positivos sobre el bienestar psicológico de los residentes cuando se introducían modelos de atención centrados en la persona. En los estudios realizados en población con demencia, además, se encontró una disminución en el uso de psicótopos y en la frecuencia de síntomas conductuales o comportamentales⁴³.

En el ámbito hospitalario, se han realizado diversos estudios sobre los resultados y los factores que influyen en el desarrollo de modelos de atención centrados en el paciente. Entre ellos destaca el estudio llevado a cabo por Grealish et al. cuyo objetivo fue conocer la percepción de los profesionales sobre los niveles de atención centrada en la persona, comparando los resultados entre distintas unidades hospitalarias y entre enfermeras con diferente cualificación (*Enrolled Nurse* y *Registered Nurse*) que cuidaban a pacientes mayores con deterioro cognitivo en hospitales australianos⁴⁴.

En este estudio, se empleó la Escala de Atención Centrada en la Persona, de Personas Mayores con Deterioro Cognitivo en Cuidados Agudos (POPAC), un cuestionario compuesto por 15 ítems que evalúa la percepción

del personal sobre el grado de enfoque centrado en la persona. Las enfermeras que trabajaban en unidades con mayor rotación de pacientes y estancias más breves percibían que proporcionaban niveles más bajos de atención centrada en la persona, en comparación con aquellas que trabajaban en unidades con estancias de pacientes más largas. En cuanto a la cualificación profesional de las enfermeras, las *Enrolled nurses*, con menor formación, responsabilidad y autonomía, y cuya actividad se orienta a cuidados básicos, informaron niveles más altos de atención centrada en la persona. Las autoras consideran que la alta rotación de pacientes y la dinámica laboral de las enfermeras con mayor responsabilidad pueden ser una amenaza para el desarrollo efectivo de este modelo de atención⁴⁴.

Por otra parte, una revisión sistemática realizada por Jaensch et al. que incluyó 15 estudios realizados en unidades hospitalarias, hospitales de día o cuidados domiciliarios en América (4 estudios), Europa (10 estudios) y Asia (1 estudio), sintetizó los informes de pacientes y distintos tipos de profesionales sanitarios respecto a los elementos que, según su juicio, contribuían a una experiencia positiva durante la atención sanitaria⁴⁵. Coinciden en identificar como factores positivos para la atención centrada en el paciente: la ausencia de prisas, la presentación adecuada por parte de los profesionales, no sufrir interrupciones durante la atención y la existencia de un dialogo bidireccional que incluya la explicación de las opciones de tratamiento y facilite la toma de decisiones. También señalan que la calidad de vida mejora cuando se tienen en cuenta las preferencias del paciente y se promueve su participación en el manejo de la salud. Por el contrario, las actitudes autoritarias de los profesionales sanitarios dificultan la participación del paciente y se obtienen peores resultados en la interacción. Como elementos divergentes, los pacientes destacan la importancia de la comunicación como medio para sentirse reconocidos como personas, mientras que los profesionales sanitarios tienden a priorizar la comunicación como herramienta para obtener información que facilite el tratamiento. Además, los pacientes valoran la sensibilidad cultural y muestran menor confianza en el tratamiento cuando perciben falta de empatía por parte de los profesionales.

Se produce una comunicación eficaz cuando el profesional sanitario demuestra empatía e interés en el paciente, lo que favorece en el paciente una mejor comprensión de la información y una mayor participación en la toma de decisiones. Los entornos con fácil accesibilidad, privacidad y rapidez en la atención se identifican como facilitadores del enfoque centrado en la persona. Asimismo, disponer de tiempo suficiente para valorar a los pacientes y conocerlos contribuye a este tipo de atención. La revisión realizada concluye que la comunicación eficaz con el paciente es un elemento esencial. La participación en la toma de decisiones por parte del paciente depende del grado percibido de empatía, por lo que los profesionales deben tener en cuenta cómo los pacientes interpretan esa comunicación⁴⁵.

En el campo de los cuidados enfermeros, destaca un estudio realizado por Kullberg et al. en el Departamento de Oncología del Hospital Universitario Karolinska (Estocolmo). Este estudio incluyó a 325 pacientes de tres de las cuatro salas de oncología del centro. En una de las salas se realizó una intervención denominada "Traspaso centrado en el paciente", consistente en realizar el relevo de información entre los turnos de mañana y tarde junto a la cama del paciente, invitándole a participar aportando la información que considerara relevante para sus cuidados. No se trataba de un mero intercambio de información, sino de un proceso que fomentaba un diálogo bidireccional, facilitando el aprendizaje y la comprensión entre los participantes. El diálogo se conducía mediante un guion centrado en la situación clínica del paciente y en aspectos relacionados con la seguridad. En las otras salas, se realizaba un traspaso de información oral y escrito entre la enfermera saliente y la enfermera entrante en una sala aislada de los pacientes y no se seguía ningún guion⁴⁶.

El cambio de turno en los hospitales es un momento crítico en términos de seguridad del paciente^{47,48}. Se han descrito un porcentaje relevante de errores de medicación atribuibles a una transmisión inadecuada de información entre los profesionales durante el cambio de turno. Esto cobra especial relevancia en las unidades donde la medicación que se administra pertenece al ámbito de los llamados medicamentos peligrosos. En el estudio de Kullberg et al, se observaron pequeñas diferencias en la satisfacción de los

pacientes en la unidad de intervención, aunque no alcanzaron significatividad estadística. También se identificó un impacto positivo en la provisión de información entre las enfermeras y una percepción más favorable por parte de los pacientes sobre la transferencia de información relativa a sus cuidados entre los diferentes profesionales⁴⁶. Este estudio presenta la limitación de que no es posible determinar en qué medida los resultados se debieron a la participación del paciente o al uso del guion estructurado, que establecía la información relevante a proporcionar y que no se empleó en las unidades control. No obstante, resulta evidente que la posibilidad real de proporcionar la información delante del paciente y con su participación, mejora su implicación en el proceso de cuidados. Aun así, tal como señalan los autores, se requieren investigaciones más robustas que controlen posibles variables confusoras o modificadoras del efecto.

En el campo cualitativo, se identificó un estudio etnográfico realizado mediante la observación directa de enfermeras mientras prestaban cuidados a pacientes hospitalizados en Holanda. Participaron 30 enfermeras y 102 pacientes. En este estudio se observó que las enfermeras estaban orientadas, en su mayoría, a la realización de tareas y a la atención física mientras que el abordaje de objetivos con el paciente o su participación en la planificación de los cuidados era infrecuente. Este hallazgo refleja el predominio del enfoque biomédico presente en los hospitales. Los investigadores que realizaron la observación objetivaron las continuas interrupciones durante la atención de los pacientes, lo que, como se ha señalado previamente, dificulta la percepción del paciente de una atención centrada en su persona. Asimismo, las conversaciones observadas entre las enfermeras y los pacientes se centraban, con frecuencia, en la acción física que se estaba realizando o en aspectos informales, sin profundizar en elementos personales relevantes para el cuidado. Los autores también destacan que, a pesar de que las enfermeras observadas disponían de oportunidades para proporcionar una atención psicosocial durante la interacción con los pacientes, se limitaron al cuidado físico. Ante este fenómeno, los autores subrayan la necesidad de disponer de más recursos que faciliten ofrecer una atención centrada en la persona, ya que las enfermeras perciben la falta de tiempo como una dificultad para ello. Finalmente, el estudio sugiere la necesidad de ahondar en la relación entre la

capacitación de la enfermera para proporcionar cuidados integrales y su capacidad para realizar un razonamiento clínico eficaz⁴⁹.

El papel del liderazgo de los gestores en el desarrollo de este modelo ha sido estudiado, identificándose efectos positivos que indican que las conductas de liderazgo de los gestores influyen significativamente en la práctica de la atención centrada en la persona y contribuyen al clima psicosocial de las unidades⁵⁰.

I.5. Modelo de Personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario del Servicio Andaluz de Salud

En el ámbito hospitalario del Servicio Andaluz de Salud (SAS), la atención enfermera personalizada se concreta en la necesidad de que cada paciente cuente con una enfermera de referencia durante toda su hospitalización, con quien pueda establecer un vínculo estable e ininterrumpido que favorezca la relación terapéutica y la continuidad de cuidados, tanto intra como interniveles⁵¹. Para su aplicación se emplea el modelo de asignación *Primary Nursing*, que pone el énfasis en el establecimiento de una relación terapéutica con el paciente mediante la delimitación de la responsabilidad del cuidado enfermero en una única profesional: la enfermera referente. Este modelo de asignación refleja una filosofía específica de la Enfermería y una forma de organizar el cuidado enfermero que sitúa al paciente en el centro de la práctica enfermera, potenciando las relaciones personales y la humanización del cuidado. Marie Manthey, su precursora, lo define como un sistema desarrollado por enfermeras que facilita la práctica de la Enfermería profesional en el hospital a pesar de la estructura burocrática que caracteriza a estos entornos⁵².

Para llevarlo a la práctica, se combinaron dos modelos: el modelo de sectorización y el modelo de asignación primaria. La organización de las unidades de hospitalización se basaba, hasta ese momento, en el modelo de sectorización, modelo híbrido en el que cada enfermera era responsable, durante su turno, del cuidado de un grupo de pacientes ingresados en un

sector estructural o geográfico de la unidad. El modelo de asignación primaria se aplicó mediante la designación, en las primeras horas tras el ingreso, de una enfermera como referente de los cuidados del paciente durante toda su estancia en la unidad de hospitalización⁵¹.

De este modo, cada enfermera actuaba como Enfermera referente de un reducido número de pacientes (entre 1 y 5) y como enfermera asociada del resto de pacientes ingresados en su sector. La responsabilidad del cuidado de los pacientes de los que era referente se extendía durante las 24 horas de toda la hospitalización en la unidad, mientras que, para el resto de los pacientes, la responsabilidad del cuidado se limitaba a su turno. El número total de pacientes de los que la enfermera podía ser o referente o asociada durante su turno podía llegar a alcanzar la decena, o más, según el turno de trabajo. (Figura 4).

En el modelo de personalización del S.A.S. la enfermera referente también es la responsable de garantizar la continuidad de los cuidados. Para ello, debe trabajar en colaboración con el médico responsable del paciente, detectar las necesidades que puedan existir fuera del hospital, planificar el alta, o colaborar con otros profesionales cuando la complejidad del caso lo requiera (como enfermeros gestores de casos o trabajadores sociales). También, debe explicar al paciente los cuidados necesarios tras el alta, resolver sus dudas, realizar educación terapéutica en caso necesario y asumir los cuidados directos de mayor complejidad. Asimismo, debe realizar las intervenciones dependientes de la prescripción de otros profesionales.

Por otra parte, cuando la enfermera actúa bajo el rol de enfermera asociada se limita a realizar las intervenciones necesarias marcadas en el plan de cuidados y aquellas otras prescritas por profesionales de distintas disciplinas que no puedan posponerse hasta el turno de trabajo de su enfermera referente (administración de medicación, vigilancia de constantes, realización de pruebas diagnósticas, etc.).

Igualmente, para su implementación, se establecieron criterios para la asignación de la enfermera a cada paciente, basados en aspectos organizativos, características de los profesionales y complejidad de los cuidados del paciente. Entre ellos se incluían: la estancia media prevista; el

sistema de turnos de la enfermera, sus competencias, el número de pacientes de los que ya era referente y la complejidad de los cuidados de los pacientes que tenía a su cargo. En los casos de reingreso, se intentaba asignar a la misma enfermera referente del ingreso anterior.

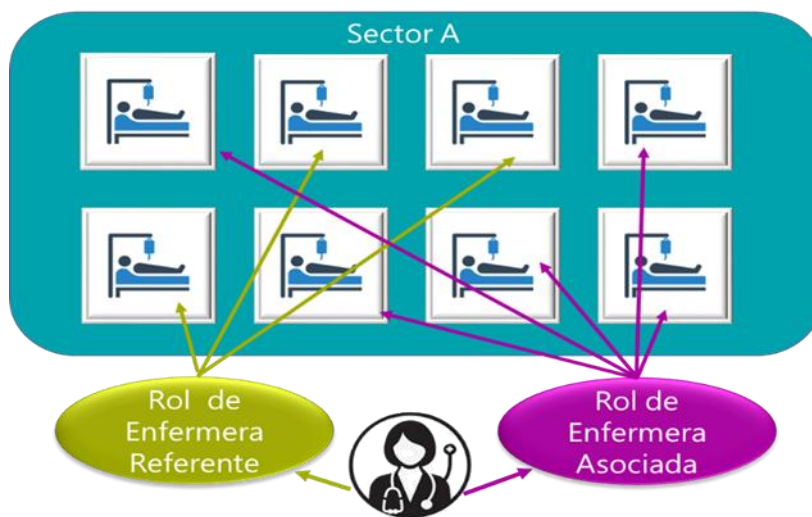


Figura I4. Doble rol de la enfermera en el Modelo de Personalización del SAS.

Fuente. Elaboración propia

Para la difusión e implantación de este modelo, el énfasis se situó en la figura de la enfermera referente y no tanto en la necesidad de fomentar que el paciente participase de manera activa en su cuidado, ni en garantizar que su situación individual y sus creencias y valores se incorporasen al proceso de cuidados. La responsabilidad de la implantación de este modelo de trabajo recayó en los gestores de los hospitales. Se definieron objetivos institucionales destinados a los centros que implicaban la implantación de este modelo:

Objetivo años 2005-2008 - El Hospital garantizará la asignación de una enfermera referente de cuidados del paciente.

Objetivo año 2007 - El Hospital continuará organizando los servicios de enfermería de forma que asegure la personalización de los cuidados y la valoración inicial mediante asignación primaria, en todas las Unidades de Hospitalización.

A las enfermeras gestoras de las unidades (supervisoras) se les asignó la responsabilidad de realizar un plan funcional que contemplara el sistema de asignación y de monitorizar su cumplimiento. Además, se realizaron estrategias formativas dirigidas a los profesionales que se incorporaban a la gestión, y se utilizó la técnica de investigación *acción participativa* para evaluar la primera fase de su implantación.

En esta evaluación participaron 18 unidades de seis hospitales públicos andaluces. La investigación *acción participativa* se diseñó en cinco etapas: acercamiento y sensibilización al tema, inducción (mediante grupos de discusión, análisis DAFO y grupo nominal), interacción (exposición de casos), implementación y sistematización. Como resultado, se identificaron mejoras necesarias en la organización de las unidades, así como características esenciales que, a juicio de los profesionales, debía reunir la enfermera referente, además de barreras y facilitadores para el desarrollo del modelo. En consonancia con estudios internacionales, los profesionales señalaron el entorno de trabajo y el apoyo institucional como factores determinantes, en la implantación de modelos basados en la personalización del cuidado⁵³.

A propósito de dos estudios multicéntricos realizados en cuatro hospitales andaluces, se diseñó y validó un instrumento destinado a medir el grado de la personalización del cuidado dispensado. Se trata del Índice de Personalización de Cuidados (IPC)⁵⁴.

Los resultados de estos estudios relacionan el modelo de personalización del cuidado enfermero ofrecido en hospitales del SAS con niveles superiores de satisfacción con el cuidado y una percepción de confianza en los cuidados enfermeros. Además, sugieren una asociación positiva entre la aplicación del modelo y la calidad del cuidado proporcionado¹².

La personalización de la atención enfermera hospitalaria muestra efectos beneficiosos, independientemente de la estrategia utilizada en su aplicación. Sin embargo, pese al tiempo transcurrido desde la teórica implantación del modelo de personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario del SAS, y a pesar de las ventajas atribuidas a este enfoque, no es posible determinar con precisión el grado real de personalización del cuidado enfermero alcanzado en los centros hospitalarios públicos de Andalucía. Los datos procedentes de los registros enfermeros utilizados en la monitorización de la calidad hospitalaria, y las experiencias relatadas por algunos pacientes, plantean dudas sobre el nivel de personalización que se está ofreciendo^{55,56}.

Como ya se ha señalado, el papel de los gestores es crucial en el desarrollo de modelos de atención personalizada. Igualmente, el liderazgo es un elemento determinante tanto para su implantación como para la percepción que los profesionales tienen respecto a su propio desarrollo profesional⁵⁰. No obstante, en nuestra comunidad autónoma no existen estudios que analicen específicamente el impacto de este liderazgo.

II. Justificación y objetivos

II.1. Justificación

Diversos estudios realizados hasta la fecha, tanto a nivel internacional como nacional incluida la comunidad andaluza, han mostrado la repercusión de los sistemas de trabajo personalizados o individualizados en la atención sanitaria a los pacientes. Los resultados obtenidos avalan la pertinencia de seguir profundizando en el conocimiento de su aplicación en la práctica. Asimismo, respaldan la necesidad de realizar todos los esfuerzos posibles para lograr su total implantación.

Desde la perspectiva de los pacientes, los estudios revisados respaldan este sistema debido a los resultados positivos obtenidos en la mejora de la experiencia de hospitalización, la percepción de confianza en la enfermera y la satisfacción con los cuidados recibidos. Se evidencia, además, una mayor capacidad de asunción de la propia situación de salud, así como una expresión más abierta de temores y dudas cuando existe una relación terapéutica de confianza. Todo ello contribuye a un mejor manejo del proceso de enfermedad y del régimen terapéutico²⁷. Asimismo, se han documentado experiencias que vinculan los modelos de atención centrados en la persona con una comunicación más eficaz y una transmisión de información más precisa⁴⁴. Ambos, son factores que garantizan una mayor seguridad clínica en la atención de procesos asistenciales complejos.

Desde el punto de vista profesional, este modelo de práctica permite a la enfermera desarrollar plenamente su función cuidadora. Lo hace mediante el establecimiento de una relación terapéutica que empodera al paciente y posiciona a la enfermera como agente de cambio en su conducta. Diversos estudios señalan, sin embargo, la existencia de un mayor agotamiento o fatiga profesional derivado de la dificultad para individualizar los cuidados²⁸.

Los estudios realizados en Andalucía en relación a la aplicación de este modelo de práctica no son recientes. Además, los indicadores de calidad relacionados con las características de los sistemas de trabajo personalizados en los hospitales no muestran resultados satisfactorios. Tampoco se han hallado en la literatura investigaciones que describan con claridad las características o atributos de la personalización de los cuidados.

La personalización de los cuidados, siguiendo el modelo de enfermera referente, no está definida de manera explícita más allá de las funciones asignadas a las enfermeras. Consta con claridad que estas funciones se diferencian según actúen como referentes de pacientes o como colaboradoras o asociadas de otra enfermera referente, aunque realmente, se desconoce qué entienden las enfermeras hospitalarias en Andalucía por atención personalizada.

Resulta, por tanto, fundamental identificar las causas que motivan el desarrollo de este modelo de práctica en el entorno hospitalario. Esto es especialmente relevante considerando que las enfermeras poseen las competencias necesarias para su aplicación y que su implantación constituye un objetivo institucional. Asimismo, es preciso indagar en la manera de influir en el entorno hospitalario para favorecer una mayor personalización de los cuidados enfermeros.

En este contexto, se plantea la necesidad de conocer en qué medida se están dispensando cuidados personalizados. Para ello, no basta con utilizar el IPC; es necesario también evaluar los cuidados enfermeros mediante la escala de individualización del cuidado (EIC-paciente). Por otra parte, dado que en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) el modelo se ha limitado

a definir ciertas funciones de las enfermeras referentes y colaboradoras, resulta necesario profundizar en la conceptualización de este sistema de atención. Sería conveniente identificar sus puntos en común con los modelos relacionados; tanto el modelo de atención individualizada como el modelo de cuidado centrado en la persona, desarrollados ambos a nivel internacional. Por último, es importante recoger la opinión tanto de los profesionales como de los pacientes acerca de los requisitos necesarios para su desarrollo.

En síntesis, se hace imprescindible delimitar y cuantificar el conocimiento actual de las enfermeras sobre el concepto de cuidados personalizados y su percepción respecto a la personalización de los cuidados que se ofrecen en el ámbito hospitalario.

El ámbito de estos interrogantes se sitúa en el contexto de las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios. Es necesario comprender de qué manera influye el entorno hospitalario en la prestación de cuidados personalizados, así como conocer las expectativas y necesidades de los pacientes en estas interacciones.

Tras la implementación de la personalización de los cuidados enfermeros en los hospitales del SSPA, se llevaron a cabo algunos estudios locales. Estos evidenciaron la discordancia entre los registros existentes y las acciones realmente ejecutadas por las enfermeras⁵³. Asimismo, se observó que muchos pacientes desconocían la existencia de esta figura profesional de “enfermera referente” en el ámbito hospitalario⁵⁴.

A lo anterior se suma la importancia de los gestores de cuidados –los supervisores y jefes de bloque– en el desarrollo de los modelos de atención personalizada. Desempeñan un papel esencial en el proceso y su liderazgo resulta determinante tanto para la implantación de estos modelos como para la percepción que los profesionales tienen de su propio desarrollo profesional⁴⁸.

En una actividad formativa realizada en nuestra comunidad y dirigida a enfermeras gestoras, se identificaron dudas en torno al concepto de personalización y a las características que definen este modelo. Durante el año 2019, en el marco de tres sesiones formativas impartidas en la Escuela

Andalucía de Salud Pública, solicité a treinta enfermeras supervisoras de diferentes hospitales públicos andaluces que completaran un cuestionario previo a la sesión informativa sobre el modelo de personalización del Servicio Andaluz de Salud.

El objetivo era conocer su nivel de conocimiento sobre la personalización de los cuidados enfermeros. Para ello se les pedía que definiesen brevemente la personalización de cuidados y expresaran su opinión justificada sobre el grado de personalización existente en sus unidades. La mitad de las participantes asoció la personalización únicamente con la existencia de una enfermera referente, sin considerar otros aspectos fundamentales del modelo, como la visión del paciente como ser individual con valores y creencias propios. Además, se les pidió responder a varias preguntas sobre las características de la práctica de la personalización en su unidad (Tabla J1). La respuesta a cada una de las preguntas tenía tres posibles opciones: "sí", "no" o "no aplicable".

Tabla J1. Cuestiones la personalización formuladas a enfermeras gestoras durante un programa formativo.

<i>Personalización en la unidad de gestión</i>
• En la unidad que gestionas se trabaja con el modelo de personalización de cuidados. • Se realiza una valoración enfermera de los pacientes. • Se pregunta específicamente al paciente como quiere que se realicen algunas intervenciones. • Durante la valoración, se indaga acerca de las preocupaciones, miedos e incertidumbres que tienen los pacientes. • Las diferentes enfermeras que intervienen en el cuidado de los pacientes, leen la valoración enfermera realizada al ingreso, antes de interactuar con él. • Se tiene en cuenta las preferencias del paciente a la hora de planificar las intervenciones enfermeras. • Se planifican algunas acciones de la atención conjuntamente con el médico del paciente, por ejemplo: inicio o modificación del plan terapéutico, derivación, ingreso o alta hospitalaria. • Se realizan sesiones clínicas multidisciplinares en las que se abordan aspectos del cuidado de pacientes concretos. • Los pacientes tienen una enfermera referente. • La enfermera referente se presenta al paciente que tiene asignado. • Es esa enfermera la que planifica los cuidados del paciente. • Se facilita al paciente/familia una forma de contacto con su enfermera de referencia.

Fuente: Elaboración propia

En la primera cuestión, referida a si consideraban que en su unidad se administraban cuidados personalizados, el setenta por ciento respondió afirmativamente. Todos los resultados se muestran en la figura J1.

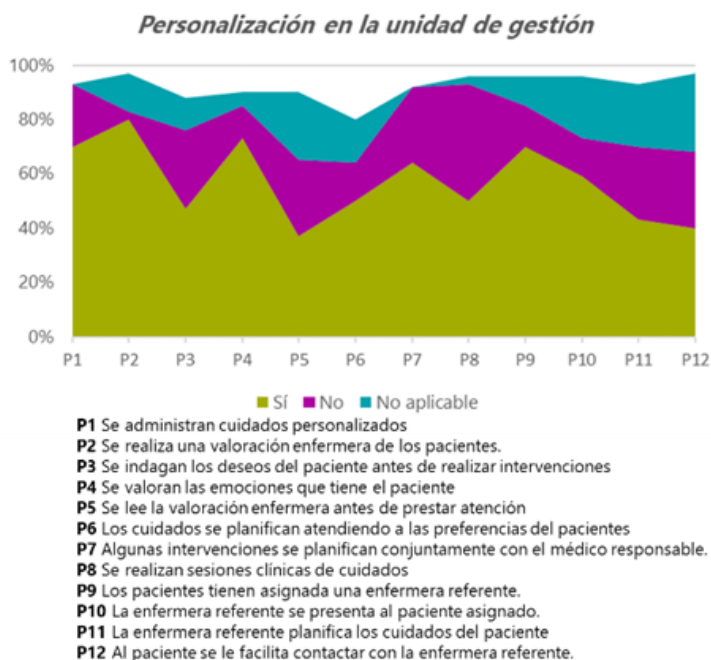


Figura J1. Respuestas de las gestoras al cuestionario inicial sobre características de la personalización de cuidados enfermeros ofrecida en la unidad hospitalaria. Curso EASP.

Fuente: Elaboración propia

Entre las respuestas más destacadas, se observa que sólo el cuarenta y siete por ciento contestó afirmativamente a la pregunta sobre si se solicita al paciente su opinión sobre cómo desea que se realicen sus cuidados. También resulta llamativo el porcentaje de gestoras que consideran “no aplicable” en su unidad que las enfermeras lean la valoración realizada por otra enfermera. Este dato es relevante, ya que, según el modelo de personalización de enfermera referente implantado en el Servicio Andaluz de Salud es, precisamente, la enfermera referente quien debe realizar la

valoración inicial para conocer las necesidades y preferencias del paciente, y quien actúa como interlocutora principal en materia de cuidados.

En cuanto a la planificación, el cuarenta y tres por ciento de las enfermeras gestoras indicó que, en sus unidades, es la enfermera referente quien planifica los cuidados. Además, un cuarenta por ciento afirmó que el paciente dispone de una forma de contactar con dicha profesional tras el alta hospitalaria. En el cincuenta por ciento de los casos se realizaban sesiones clínicas sobre los cuidados del paciente. Igualmente, el cincuenta por ciento afirmaba que se tenían en consideración las preferencias de los pacientes al planificar estos cuidados. Por otro lado, el veintitrés por ciento de las participantes seleccionó la opción “no aplicable en mi unidad” al preguntar si la enfermera referente se presentaba al paciente o planificaba los cuidados. Este resultado es especialmente significativo, dado que todos los cuestionarios procedían de unidades de hospitalización.

A partir de estos hallazgos, se puede considerar que la personalización de los cuidados en nuestra comunidad no constituye aún un concepto claramente definido para las enfermeras gestoras. Este hecho adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta que son ellas quienes deben garantizar la calidad de la atención. Los modelos de atención personalizados son, precisamente, los que ofrecen mejores resultados en términos de calidad de los cuidados y confianza del paciente.

La personalización de cuidados es un objetivo de las distintas estrategias de cuidados que se han desarrollado en nuestra comunidad desde 2007⁵⁷, y se ha recogido como línea estratégica en diferentes planes de calidad.

A partir de esta situación se plantea la necesidad de desarrollar el presente trabajo. En primer lugar, se pretende conocer las causas que impulsan el nivel de desarrollo de este modelo de práctica en el entorno hospitalario, pese a que las enfermeras cuentan con las competencias necesarias para su implementación y a que su aplicación constituye un objetivo institucional. Asimismo, se busca analizar cómo influir en el entorno hospitalario para favorecer la personalización de los cuidados enfermeros.

Es necesario conocer en qué medida estamos dispensando cuidados personalizados y ahondar en la definición de este sistema de atención. Para ello, es necesario identificar atributos que permitan definir un marco conceptual claro a partir del cual poder realizar investigación sobre su impacto en pacientes y profesionales. También es necesario delimitar el nivel de conocimientos actual de las enfermeras respecto al concepto de cuidados personalizados y su percepción sobre la personalización de los cuidados dispensados en el ámbito hospitalario.

Dado que estos interrogantes se sitúan en el contexto de las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios, resulta esencial conocer cómo influye el entorno de la práctica diaria en la prestación de cuidados personalizados. Igualmente, se requiere comprender las expectativas y necesidades que manifiestan los pacientes en relación con estas interacciones

La literatura internacional recoge numerosos estudios sobre la personalización o individualización de los cuidados. Sin embargo, es necesario desarrollar investigaciones que permitan conocer en qué medida se personalizan los cuidados en el contexto hospitalario. Actualmente, no se dispone de una definición explícita del concepto ni de sus atributos en este ámbito, ni se conoce la percepción de las enfermeras sobre la posibilidad real de ofrecer cuidados personalizados. Esta situación motivó el presente estudio, cuyo objetivo es examinar en qué medida se personalizan los cuidados en los hospitales públicos andaluces y conocer la perspectiva de las enfermeras sobre este proceso. Como se ha comentado, los interrogantes planteados se enmarcan en el ámbito de las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios, por lo que también resulta necesario explorar la percepción de los pacientes sobre su interacción con las enfermeras.

II.2. Preguntas de investigación

El estudio pretende responder a las siguientes preguntas:

- ¿Estamos dispensando cuidados personalizados en los hospitales públicos de la provincia de Cádiz? ¿Las enfermeras de los centros públicos de la provincia de Cádiz realizan intervenciones destinadas a personalizar o

individualizar los cuidados? ¿Qué nivel de personalización o individualización del cuidado es percibido por los pacientes?

- ▶ ¿Con qué características identifican las enfermeras el cuidado personalizado? ¿Qué dificultades encuentran para personalizar los cuidados?
- ▶ ¿Qué opinan los pacientes sobre las enfermeras hospitalarias? ¿Es visible la figura de la enfermera referente?

II.2.1. Objetivos de investigación

Atendiendo a la revisión planteada y a las preguntas de investigación expuestas, trazamos los siguientes objetivos:

II.2.1.1. Objetivo General

Caracterizar la personalización de los cuidados enfermeros ofrecidos en las unidades de hospitalización de los centros públicos de la provincia de Cádiz estableciendo las razones que motivan la situación actual y las expectativas de pacientes y profesionales respecto a una atención de calidad segura y eficiente en el marco de una práctica profesional centrada en la persona.

II.2.1.2. Objetivos Específicos

1. Cuantificar el grado de personalización de cuidados enfermeros percibido al alta en el ámbito hospitalario, en nuestra provincia en la actualidad, mediante el Índice de Personalización de Cuidados (IPC) y la Escala de Individualización del Cuidado (EIC).
2. Identificar los factores que favorecen o dificultan la implantación del modelo de asignación de la enfermera referente en el Servicio Andaluz de Salud, según la perspectiva de los pacientes y los profesionales.
3. Identificar las expectativas de pacientes y profesionales hospitalarios respecto a la personalización de cuidados enfermeros en el marco de la atención hospitalaria.

4. Definir un modelo conceptual para la personalización de cuidados en el entorno hospitalario que lleve implícitos sus requisitos, los atributos y los resultados esperados
5. Definir y priorizar estrategias que permitan implantar un modelo de cuidados personalizado en el ámbito hospitalario.

III. Metodología

Para dar respuesta al objetivo principal, se planteó la realización de un estudio de tipo naturalista. A través de él se pretende establecer relaciones entre características emocionales presentes en los participantes y expresadas por ellos durante la investigación, de modo que nos permitan describir y comprender las cualidades de la atención personalizada en el contexto de la hospitalización en los centros participantes.

III.1. Diseño del estudio

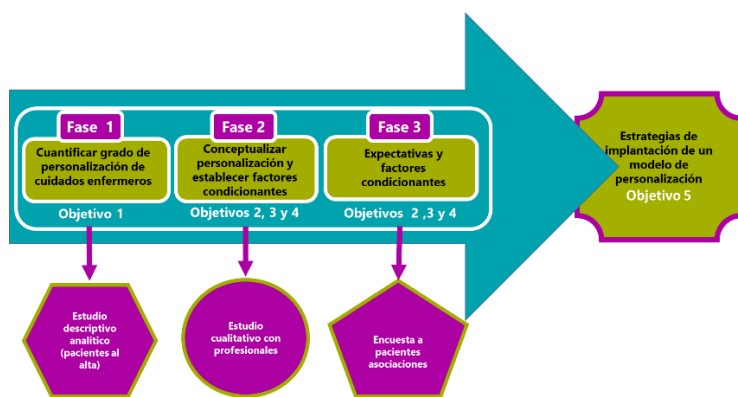


Figura M1. Fases del estudio

Se ha realizado un estudio mixto convergente en tres fases. Inicialmente se realizó un estudio descriptivo y analítico que recopiló datos de pacientes dados de alta en tres centros hospitalarios en los que se cuantificó el grado de personalización percibida. A continuación, siguió un estudio cualitativo en población de enfermeras clínicas y enfermeras gestoras

empleadas en los centros en estudio y, finalmente, una encuesta realizada a miembros de distintas asociaciones de pacientes con presencia en los centros en estudio, con el fin de obtener información sobre las percepciones de los participantes. Figura M1.

A continuación, se describen cada una de las fases del estudio, su metodología, participantes y el análisis realizado.

III.2. Fase 1: Estudio descriptivo y analítico en pacientes tras el alta

La fase 1 incluyó un estudio descriptivo analítico prospectivo en población de pacientes ingresados en tres centros públicos de la provincia de Cádiz, representado en la figura M2.



Figura M2. Fase1: Estudio descriptivo y analítico en pacientes tras el alta

III.2.1. Ámbito

Con el objetivo de cuantificar el grado de personalización de los cuidados enfermeros en el ámbito hospitalario en nuestra provincia en la actualidad, se realizó el estudio en tres hospitales públicos de la provincia de Cádiz. Uno de ellos, el Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM), es un centro de referencia que consta de dos edificios situados en dos poblaciones (Cádiz y San Fernando) con 690 camas. Los otros dos centros, calificados como centros comarcales, son: el Hospital Universitario Puerto Real (HUPR) con 297 camas; y el Hospital Universitario Punta Europa (HUPE), con 260 camas.

Dentro de los hospitales, el estudio se llevó a cabo en las unidades de hospitalización de adultos existentes en cada uno de ellos, a excepción de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

III.2.2. Población de estudio. Muestra. Muestreo

Formaron parte de la población de estudio los pacientes dados de alta en cada uno de los centros tras haber estado ingresados en las unidades de hospitalización de adultos. La población de estudio no incluyó, como se ha comentado anteriormente, pacientes que fueran dados de alta desde las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Al tratarse de una población dinámica y un estudio transversal, se optó por llevar a cabo un muestreo no probabilístico asumiendo que la muestra no se ve afectada por sesgos y es representativa de la población. Ambas asunciones resultan coherentes, dado el elevado número de unidades de hospitalización seleccionadas. Así mismo, de entre las posibles técnicas de muestreo, se decidió utilizar el muestreo consecutivo.

III.2.2.1. Criterios de selección

Para la selección de pacientes al alta, se emplearon los criterios que se detallan a continuación.

- ▶ Criterios de Inclusión de los pacientes:
 - Ingreso con una duración de al menos 48 horas.
 - Edad igual o superior a 18 años.
 - Grado mínimo de alfabetización (lectura y escritura).
 - Capacidad de comprensión y comunicación en idioma español.
 - Acceso a WhatsApp y capacidad de completar un cuestionario enlazado.
 - Haber estado asignado a una enfermera referente (ER) durante la hospitalización.
- ▶ Criterios de exclusión de los pacientes:
 - Motivo de ingreso parto.

- Déficit cognitivo o sensorial o alguna otra circunstancia que pueda impedir la cumplimentación de cuestionarios.

El tamaño muestral, tomando como referencia la población dada de alta de los hospitales en 2021 (Tabla M1), fue de 336 pacientes. Dicho cálculo se realizó con un nivel de confianza del 95%, un error aceptado del 5% y una proporción de personalización con IPC del 67%¹².

Tabla M1. Centros participantes y altas médicas año 2021

Centros	Altas médicas
Hospital Puerta del Mar (HUPM)	15404
Hospital de Puerto Real HUPR)	9681
Hospital Punta de Europa (HUPE)	6327
TOTAL	31412

Adicionalmente se contempló la contingencia de ausencia de respuestas o pérdidas, por lo que a la población muestral inicialmente calculada se sumó un 28%, obteniendo una muestra final de 426 pacientes. Dicha población se consideró estadísticamente representativa de la población de pacientes dados de alta de los tres centros hospitalarios incluidos en el estudio.

III.2.3. Procedimiento de recogida de datos

Previamente a la puesta en marcha del estudio se obtuvieron las autorizaciones oportunas de los centros, se contactó con las direcciones de enfermería y se instruyó a las supervisoras de las unidades de hospitalización de adultos en el reclutamiento de los participantes. La recogida de datos se prolongó durante un periodo de dos años, entre enero de 2022 y diciembre de 2023.

La recogida de datos comenzó en el hospital de referencia (HUPM) y posteriormente, de manera simultánea, en los hospitales comarcales (HUPR y HUPE). El proceso de selección y reclutamiento se llevó a cabo por las/os supervisoras/es de las unidades, una vez se hubiese decidido el alta del potencial participante. A tal fin, se informó a los pacientes del objetivo del estudio en el momento del alta mediante una hoja de información, (Anexo III) y se les invitó a participar en el mismo mediante la cumplimentación de un

cuestionario en formato Google Forms® confeccionado ad-hoc. (Anexo IV). Si el paciente aceptaba participar se le pedía un número de teléfono móvil y se le enviaba un mensaje de WhatsApp con un enlace al formulario. Una vez recibido, el paciente-participante podía cumplimentar el cuestionario posteriormente en el momento deseado. Los resultados de los cuestionarios se almacenaban de manera anonimizada en una base de datos custodiada, con acceso restringido.

III.2.4. Variables de estudio

Las variables incluidas en el estudio fueron: duración de estancia en el centro; unidad de ingreso; personalización de cuidados, operativizado como Índice de personalización de cuidados (IPC); e individualización de cuidados, medida con la escala de individualización del cuidado (EIC). Dichas variables se recogen de forma detallada en la tabla M2.

Debido a la variabilidad de la cartera de servicio de los centros participantes, no todas las especialidades ordenantes de ingresos tenían unidades de hospitalización en todos los centros. Por ese motivo, y a fin de evitar que hubiese unidades con un escaso número de participantes, las unidades donde estuvieron ingresados los pacientes se agruparon en dos tipos: Unidades médicas y Unidades quirúrgicas. Las especialidades presentes en cada tipo de unidad se describen en la tabla M2.

III.2.5. Instrumentos utilizados

Para medir la personalización de los cuidados dispensada se utilizó el Índice de personalización de cuidados (IPC). Se trata de un cuestionario autoadministrado con doce preguntas, todas ellas de respuesta dicotómica. Siete de las cuestiones se dirigen al paciente, dos al médico responsable del mismo y tres relativas a la existencia de registro de cuidados enfermeros en la historia del paciente (Anexo V). Es un instrumento fiable, en el estudio de validación se obtuvo un coeficiente KR-20 de Kuder-Richardson de 0.835 en una escala unitaria⁵⁴. Para este estudio se utilizaron sólo las preguntas dirigidas al paciente, al buscar conocer la realización, sobre ésta persona, de acciones encaminadas a personalizar la atención. El coeficiente KR-20 en la muestra de este estudio fue de 0,904.

Tabla M2. Variables evaluadas y su medición

Variable evaluada	Tipo de variable	Definición	Medición
Estancia en el centro	Cualitativa	Días que ha estado ingresado el paciente en este episodio	Entre 2-5 días Entre 6-10 días Entre 11-29 días Más de 30 días
Unidad de ingreso	Cualitativa	Unidad en la que es dado de alta el paciente	Nombre de la unidad en la que estuvo ingresado el paciente. Clasificándose como unidades médicas a: Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Oncología, Hematología, Nefrología, Enfermedades infecciosas, Neurología y Cardiología; y como unidades quirúrgicas a: las especialidades de: Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía General y Digestiva, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Torácica, Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía, Otorrinolaringología y Urología.
Personalización de cuidados	Cuantitativa	Acciones realizadas por las enfermeras para personalizar los cuidados.	Índice de personalización de cuidados (IPC)
Individualización de los cuidados	Cuantitativa	Percepción del paciente de las acciones enfermeras para individualizar sus cuidados. Percepción del paciente de la individualización del cuidado en su atención.	Escala de Individualización del cuidado versión pacientes A (EIC-a) Escala de individualización del cuidado versión pacientes B (EIC-b)

La individualización del cuidado se midió utilizando las Escalas de Individualización del cuidado versión pacientes A y B. (EIC-a y EIC-b). EIC versión pacientes, como ya se ha comentado, ha sido traducida y validada al

idioma español, consta de dos escalas con 17 ítems cada una de ellas, ambas fiables, con valores de alfa de cronbach de 0,97 y 0,98 en la muestra del presente estudio.

Como se mencionó anteriormente, la escala "EIC-a" evalúa la percepción del paciente sobre la atención enfermera a las necesidades específicas del paciente a través de las intervenciones concretas realizadas por las enfermeras para individualizar los cuidados. Por su parte, la escala "EIC-b" explora la percepción del paciente sobre la individualidad de la atención proporcionada. Ambas escalas contienen tres subescalas que contemplan ítems en relación a tres aspectos: la situación clínica (respuestas a la enfermedad y el significado personal de la misma), la situación de vida personal (creencias y valores, rutinas, actividades, preferencias, relaciones familiares y experiencias tanto en el trabajo como en el hospital) y el control de las decisiones (emociones, pensamientos, deseos, oportunidad para participar en las decisiones relacionadas con los cuidados).

El uso conjunto de estos instrumentos permite identificar la proporción con la que se realizan/perciben las acciones realizadas por las enfermeras para individualizar los cuidados que proporcionan y la percepción que tiene el paciente de la individualización de su atención.

III.2.6. Análisis de los datos

Para la codificación de los datos obtenidos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2016, mientras que para el análisis de los datos recogidos se utilizó el paquete estadístico SPSS 29 (licencia Universidad de Cádiz). En este último caso, se realizaron las diversas medidas descriptivas y de síntesis incluidas en el estudio.

Dentro del estudio, se realizó, por un lado, un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante frecuencias, mientras que para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. En todos los casos se llevó a cabo un análisis de la normalidad de las variables de estudio, mediante la utilización de la prueba de kolmogorov-smirnov. En base a los resultados obtenidos se optó por la utilización de pruebas no paramétricas, seleccionándose la prueba de kruskal-wallis para establecer la

existencia de diferencias entre variables, mientras que los estudios de posibles correlaciones se realizaron mediante la prueba de spearman o coeficiente de correlación de rangos de spearman.

Así mismo, se analizaron las frecuencias de los ítems del IPC y la EIC-a y EIC-b por separado, a fin de establecer las posibles diferencias en la frecuencia con las que se realizan las diferentes intervenciones por las enfermeras.

III.3. Fase 2: Estudio cualitativo con profesionales

Para desarrollar la segunda fase planteada, a continuación se llevó a cabo un estudio utilizando técnicas cualitativas con profesionales de los tres centros. Al igual que en la fase anterior, el estudio se inició en el Hospital Universitario Puerta del Mar, mediante la realización de diversas técnicas grupales, y posteriormente se envió una encuesta escrita a las enfermeras de los tres centros participantes en el estudio, incluyéndose en la misma cuestiones con respuestas de formato abierto.

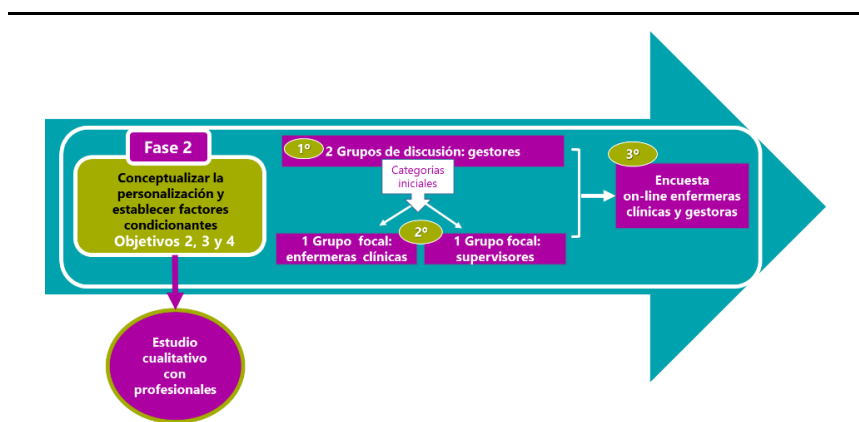


Figura M3. Fase 2 del estudio. Técnicas realizadas

Los tres tipos de técnicas cualitativas utilizados en esta fase fueron: grupos de discusión, grupos focales y la encuesta semiestructurada, comentada anteriormente. Asimismo, durante su desarrollo se utilizó el

análisis comparativo constante para ampliar y refinar las categorías de estudio. En la figura M3 se ofrece una visión global de esta fase del estudio.

III.3.1 Participantes

En esta fase del estudio participaron un total de ciento cuarenta y una enfermeras que se encontraban vinculadas laboralmente con alguno de los tres centros en los que se realizó el estudio. Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo de conveniencia para cada técnica utilizada. (Tabla M3)

Tabla M3. Participantes Fase 2 según la técnica empleada

Técnica empleada	Número de participantes
Grupos de discusión	12
Grupos focales	19
Encuesta online	110
TOTAL	141

III.3.2 Procedimiento

III.3.2.1 Lugar de realización de las técnicas grupales

Para la realización de las técnicas grupales, tanto los grupos de discusión como los grupos focales contó con la colaboración de un profesional que actuaba como observador, anotando comentarios y reacciones de los integrantes de los grupos. Mi papel fue conducir la reunión y moderarla.

Los grupos de discusión y los grupos focales se llevaron a cabo en una sala del hospital seleccionado (HUPM), alejada de la zona asistencial pero dentro del centro, con el fin de facilitar la asistencia a los participantes durante su turno de trabajo. Se utilizó una sala amplia, equipada con dos mesas rectangulares colocadas en línea, con una longitud aproximada de nueve metros y una anchura de dos metros. Con el fin de favorecer el diálogo entre los participantes, dado el tamaño y la disposición del mobiliario, la posición de las mesas se modificó, se unieron para formar una mesa cuadrada (tamaño aproximado de 4,5 m x 4 metros). Los participantes se situaron alrededor de la mesa coordinándose la sesión desde uno de los laterales.

III.3.2.2 Grupos de discusión. Muestra y desarrollo de la técnica

Con el fin de establecer los temas centrales de la personalización de la atención enfermera y su aplicación práctica, se llevaron a cabo dos grupos de discusión. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo de conveniencia, incluyendo a las doce enfermeras gestoras con mayor experiencia en gestión de cuidados en el HUPM.

Se realizaron dos reuniones en el mes de abril de 2022, con un intervalo entre ambas, de dos semanas de diferencia. Los participantes se distribuyeron en dos grupos con composición equivalente; sin embargo, un participante cambió de grupo para garantizar su participación. La convocatoria a la reunión se realizó mediante correo electrónico. A su llegada se les informó sobre el objetivo del estudio y se les entregó una hoja de información (Anexo VI), quedando a su disposición para resolver cualquier duda. Así mismo, se les solicitó el consentimiento informado (Anexo VII) para utilizar sus aportaciones en el estudio.

Durante cada una de las sesiones estuvieron presentes, además de los participantes seleccionados, la autora del presente trabajo que actuó como coordinadora y moderadora, presentando el tema, fomentando la discusión e introduciendo nuevos aspectos a indagar cuando la fluidez del discurso de los asistentes lo requería; y un segundo investigador adicional. Este último recogió la información relevante y anotó la participación de cada asistente en cada una de las reuniones, que tuvieron una duración de sesenta minutos.

El procedimiento fue el mismo en ambas reuniones, debatiéndose en los grupos sobre:

- ▶ El concepto de personalización y las características del cuidado personalizado.
- ▶ Su percepción sobre el desarrollo de la personalización en el centro de forma global.
- ▶ La situación actual y la puesta en práctica de la personalización de los cuidados enfermeros en las unidades a su cargo.

Espontáneamente, sin necesidad de introducción por parte de los investigadores, la discusión condujo a analizar las dificultades percibidas para ofrecer cuidados enfermeros personalizados en sus unidades, así como los puntos débiles observados en este proceso.

A partir de las categorías que emergieron del análisis del discurso, se elaboró el guion empleado posteriormente en los grupos focales.

III.3.2.3. Grupos focales. Muestra y desarrollo de la técnica

Se realizaron dos grupos focales en el primer semestre de 2023, con el fin de explorar la opinión de las enfermeras del centro sobre la personalización de los cuidados enfermeros. Se tomaron como base las categorías emergidas en los grupos de discusión previos, las cuales son consideradas importantes para los objetivos del estudio.

La selección de los participantes se llevó a cabo, al igual que en la técnica realizada anteriormente, mediante un muestreo de conveniencia. El primer grupo estuvo compuesto por enfermeras clínicas cuya labor asistencial se desarrollaba en unidades de hospitalización y trabajaban de forma habitual en turno de mañana. Se seleccionó a este perfil de enfermeras por ser las que, en términos generales, tienen un contacto más continuado con los pacientes y una interacción frecuente con otros profesionales del equipo multidisciplinar que también intervienen en el proceso del paciente. El segundo grupo estuvo integrado por enfermeras gestoras (supervisoras) con reciente incorporación a la gestión, y que por lo tanto conservaban la perspectiva de su etapa como enfermeros asistenciales a la que habían sumado la perspectiva gestora.

En el primer grupo, formado por enfermeras clínicas, se contactó con los participantes a través de sus supervisores. La población de enfermeras en turno de mañana en unidades de hospitalización adultos exceptuando la UCI, ascendía a catorce; de ellas fueron seleccionadas doce. Posteriormente se excluyeron dos personas: la primera por tener una relación personal estrecha con otra participante y la segunda por llevar pocos días en el puesto de trabajo. De este modo, finalmente, participaron diez profesionales.

Este grupo de enfermeras clínicas incluyó profesionales con vinculación laboral estable y otros con contratos temporales, aunque todos

contaban con al menos tres meses de experiencia en el puesto. Así, la experiencia profesional también fue heterogénea.

Para formar el segundo grupo, compuesto por enfermeras gestoras, se informó personalmente a cada uno de los gestores con menos experiencia en gestión del centro, ofreciéndoles participar en el grupo focal. La población de profesionales con estas características ascendía a nueve y todos ellos aceptaron participar.

En ambos grupos había profesionales que se conocían entre sí, por trabajar en el mismo centro, habían hablado entre sí alguna vez o habían coincidido en alguna actividad, pero ninguno tenía especial vinculación con otro.

También en ambos grupos, había profesionales con actividad asistencial/de gestión en unidades pertenecientes tanto al área médica como al área quirúrgica.

Cada sesión tuvo una duración de noventa minutos. En ambos grupos el procedimiento seguido para el desarrollo de la técnica fue el mismo, realizándose en la sala ya descrita, en fechas fijadas con 3 meses de diferencia. La primera sesión tuvo lugar en febrero de dos mil veintitrés y la segunda en mayo del mismo año. A todos los participantes, al llegar a la sala, se les facilitó información oral y escrita sobre el estudio, (Anexo VI). Igualmente, se les informó que la reunión sería grabada y se les pidió el consentimiento informado (Anexo VII), organizándose las intervenciones en orden para facilitar la grabación.

Durante la reunión se enfatizó en el propósito de conocer su opinión en calidad de profesionales que tienen que trabajar con ese modelo de organización. Igualmente se acentuó la importancia de su condición de expertos en la materia, y la relación de dicha experiencia con la importancia de solicitarles su opinión.

El debate se inició preguntando a los participantes qué opinaban sobre la personalización de los cuidados enfermeros como modelo de trabajo, y qué significaba para ellos personalizar. Se indagó específicamente sobre la posibilidad de considerar las preferencias, creencias y valores del paciente

para llevar a cabo sus cuidados. Por último, se preguntó sobre la figura de la enfermera referente, su papel y posible liderazgo dentro del equipo que atiende al paciente, así como por las dificultades para desarrollar cuidados personalizados y por el registro y realización de planes de cuidados.

III.3.2.4. Encuesta a enfermeras. Muestra y procedimiento

A partir de los resultados obtenidos en los grupos focales, se elaboró una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. Una vez elaborada, la encuesta se envió para su revisión a profesionales pertenecientes al ámbito universitario y a dos de los gestores que habían participado en los grupos de discusión. Posteriormente se alojó en Google Forms© para facilitar su distribución y cumplimentación (Anexo VIII).

La encuesta se componía de tres partes:

- Seis preguntas sobre variables sociodemográficas destinadas a caracterizar a la población participante (sexo, centro de trabajo, unidad de trabajo, años de experiencia profesional, puesto –asistencial o gestión- y turno de trabajo).
- Cinco preguntas de respuesta corta orientadas a explorar el concepto de personalización de los cuidados, sus características, dificultades percibidas, el criterio de asignación de la enfermera referente y la opinión sobre la valoración enfermera.
- Quince preguntas de respuesta cerrada, dirigidas a conocer la opinión de los participantes sobre diferentes aspectos relacionados con la personalización de los cuidados hospitalarios. Dichos aspectos pueden ser agrupados en tres categorías: aspectos relacionados con la aplicación práctica de la personalización; aspectos relacionados con los profesionales de referencia en el ámbito hospitalario (médico/a vs enfermera/o) y aspectos relacionados con la valoración enfermera y la anamnesis médica.

Durante los meses de enero a abril de 2024, la encuesta se envió a enfermeras clínicas del HUPM, donde previamente se habían realizado los grupos focales, así como a enfermeras gestoras y clínicas de los otros hospitales (HUPR y HUPE). Se admitieron encuestas hasta la saturación de datos cualitativos.

Para seleccionar a los participantes se contactó con las direcciones de enfermería de los centros y se solicitaron los correos electrónicos y teléfonos de las supervisoras de las unidades de hospitalización. Posteriormente, se realizó contacto telefónico con ellas y se les informó sobre el estudio y se solicitó su participación. Igualmente, se les proporcionó la hoja de información del estudio, y se les solicitó que cumplimentaran el cuestionario y lo distribuyeran entre las enfermeras de sus unidades que tuvieran actividad clínica con pacientes hospitalizados, incluyendo en el envío la información sobre el estudio. La encuesta se envió a un total de doscientos profesionales, aunque se admitieron cuestionarios hasta la saturación de datos, como se ha comentado anteriormente, alcanzándose la cifra de ciento diez.

III.3.3. Análisis de datos

Inicialmente se realizó una triangulación de los datos, empleándose para ello dos procedimientos:

1. Triangulación de la información por estamento, comparando la información procedente de distintos perfiles (clínico y gestión).
2. Triangulación metodológica, entre los diferentes instrumentos utilizados (grupos focales y entrevistas por grupos de participantes).

En la codificación, categorización y análisis del discurso se utilizó el método comparativo constante. Se realizó un análisis de contenido y de discurso de los grupos focales y de las preguntas abiertas de la encuesta, así como un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las frecuencias de las respuestas cerradas. Tanto las transcripciones de los grupos focales como las respuestas abiertas de la encuesta se analizaron mediante un proceso secuencial siguiendo la propuesta de Flick⁵⁸. Este proceso incluyó:

- Codificación abierta.
- Codificación axial, en la que los conceptos se agruparon en categorías.
- Codificación selectiva, dirigida a identificar categorías centrales que conectaran los significados emergentes⁵⁸.

Posteriormente se realizó un análisis código-documento por hospital, en el caso de los textos de las respuestas a la encuesta on-line, con el objetivo de identificar posibles diferencias en el discurso entre los centros

hospitalarios. Así mismo, se llevó a cabo un análisis por técnica de recogida de datos, para valorar si la participación de los investigadores como moderadores en los grupos focales pudo influir en las respuestas. Finalmente, se realizó un análisis código-documento por puesto de trabajo, comparando el discurso de las enfermeras clínicas y el de las enfermeras gestoras. En el análisis por hospital, se diferenciaron también las respuestas de los participantes del Hospital San Carlos (HSC), centro periférico perteneciente al HUPM. Este hospital se encuentra en una localidad diferente, y su personal de enfermeras es exclusivo para ese centro. La hospitalización está limitada a pacientes de Medicina Interna con cuidados de baja complejidad y a pacientes quirúrgicos de corta estancia o cirugía mayor ambulatoria.

III.4 Fase 3: Encuesta a ciudadanos pertenecientes a asociaciones de pacientes

Como tercera y última fase se elaboró una encuesta dirigida a conocer la opinión de los ciudadanos sobre diversos aspectos de la atención hospitalaria relacionados con la personalización de los cuidados, así como sobre la labor de las enfermeras, su posición y su función dentro del equipo asistencial hospitalario. El proceso desarrollado se muestra en la figura M4



Figura M4. Fase 3 del estudio

III.4.1 Diseño

Para esta fase se optó por realizar un estudio descriptivo y transversal con enfoque mixto orientado a dar respuesta a los objetivos 2, 3 y 4.

III.4.2 Ámbito y población

Con el objetivo de recoger las opiniones de pacientes que hubiesen vivido experiencias de hospitalización en estos centros en algún momento, no necesariamente cercano en el tiempo, se contactó con diferentes asociaciones de pacientes con presencia en los hospitales participantes.

III.4.3 Instrumento utilizado

Se empleó una encuesta diseñada ad hoc (Anexo IX), como se indicó previamente, con preguntas dirigidas a conocer las siguientes cuestiones:

- Si durante su ingreso se les asignó una enfermera referente y un médico referente.
- Si recordaban a los profesionales que, en su caso, se les habían asignado.
- Qué características identificaron en las enfermeras asignadas o, en su defecto, en las enfermeras que le atendieron.
- Si la enfermera referente había llevado a cabo actuaciones orientadas a personalizar la atención.

La encuesta además contenía otras cuestiones dirigidas a definir la población participante y conocer la opinión del paciente sobre la atención recibida. La composición de la encuesta era la siguiente:

- Siete preguntas sociodemográficas y sobre el ingreso (centro, unidad, duración).
- Once preguntas de respuesta múltiple sobre los aspectos mencionados anteriormente en relación a los profesionales de referencia asignados.
- Una cuestión con dieciocho posibles características (diez positivas y ocho negativas) que interrogaba sobre la presencia de las mismas, en las

enfermeras que lo atendieron durante la hospitalización. En cada una de ellas, el paciente debía responder “SÍ” o “NO”.

- Una pregunta abierta, en la que se solicitaba su opinión sobre la atención recibida y se le invitaba a aportar sugerencias para la mejora de la atención dispensada en el centro.

III.4.4 Selección de participantes

Para esta fase se seleccionaron personas que hubieran estado ingresadas en algún momento de los últimos cinco años, pertenecieran a asociaciones con presencia en los hospitales participantes y fueran capaces de contestar al cuestionario.

Las asociaciones seleccionadas fueron:

- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC-Cádiz).
- Asociación de Ostomizados de Cádiz (OSTOGADES).
- Asociación de Daño Cerebral Adquirido Cádiz (ADACCA).
- Asociación Trébol de Corazones Cádiz.
- Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU).
- Asociación de Laringuectomizados de Cádiz.
- Asociación Lupus Cádiz y Autoinmunes.

III.4.5 Procedimiento de recogida de datos

Entre los meses de septiembre y noviembre de 2024, se contactó telefónicamente con las asociaciones. En todos los casos, el contacto se realizó a través de sus presidentes o responsables locales en cada una de las tres localidades de los centros participantes (Cádiz, Puerto Real y Algeciras). Se explicó el objetivo del estudio, se respondió a sus dudas y se les solicitó colaboración. Se les invitó a responder la encuesta si ellos mismos cumplían los criterios de inclusión y se les pidió que lo difundieran entre los miembros de la asociación para que, quienes cumplieren los criterios de inclusión, pudieran responderlo si lo estimaban oportuno.

Algunas asociaciones realizaron una presentación del cuestionario a sus miembros y, en su caso, sometieron a aprobación la participación.

Finalmente, todas las asociaciones aceptaron colaborar y distribuir el cuestionario. No se restringió la admisión de cuestionarios.

III.4.6 Análisis de datos

En este caso, se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de frecuencias para las variables cualitativas y preguntas de respuesta de opción múltiple. Finalmente, en el caso de las preguntas de respuesta abierta se realizó un análisis de contenido y análisis del discurso.

IV. RESULTADOS

Para dar respuesta al objetivo principal, del presente trabajo, resulta necesario llevar a cabo la caracterización de la personalización de los cuidados enfermeros ofrecidos en las unidades de hospitalización de los hospitales en estudio. Asimismo, es necesario identificar las razones que determinan la situación actual, y analizar las expectativas que tanto pacientes como enfermeras puedan tener sobre una atención de calidad centrada en la persona. Con este fin se han planteado una serie de estudios secuenciales cuyos resultados se describirán a continuación.

Considerando este enfoque, y de acuerdo con el plan de análisis establecido para cada uno de los estudios, se presentarán los resultados vinculados al objetivo específico al que buscan responder. En todos los casos se comienza describiendo con detalle la muestra y se siguen con precisión las fases consecutivas llevadas a cabo, vinculándolas a los objetivos correspondientes. Dado que se pretende establecer estrategias dirigidas a la implantación de un modelo de personalización de los cuidados enfermeros, la posición adoptada en el análisis y la presentación de resultados, se ha ajustado a este propósito. Los resultados de los diferentes análisis realizados se describirán y se mostrarán mediante la utilización de diferentes tablas y gráficos, todos ellos de elaboración propia.

IV. 1 Fase 1: Estudio descriptivo y analítico en pacientes tras el alta

El objetivo de esta fase fue cuantificar el grado de personalización de cuidados enfermeros en el ámbito hospitalario en nuestra provincia en la actualidad, mediante el Índice de Personalización de Cuidados (IPC) y la Escala de Individualización del Cuidado (EIC). Figura R1.

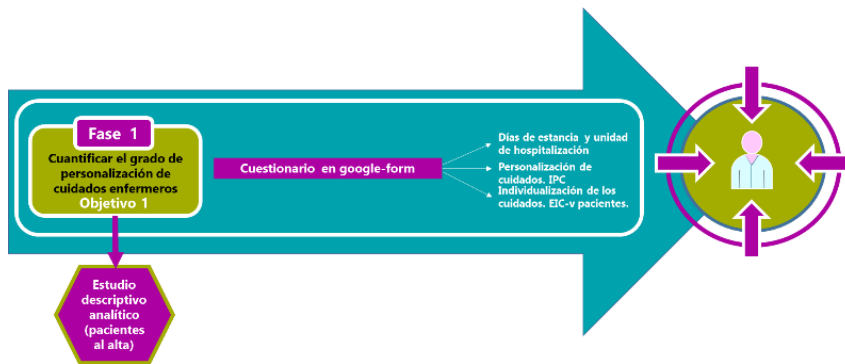


Figura R1. Fase 1: Cuantificar la personalización percibida por los pacientes

IV.1.1 Análisis descriptivo de la muestra

En la primera fase participaron un total de 420 pacientes. El 56% de quienes cumplimentaron el cuestionario había estado ingresado en el Hospital Puerta del Mar, mientras que el porcentaje más bajo correspondió al Hospital Punta de Europa. A continuación, se presenta la distribución de los pacientes incluidos en el estudio. Tabla R1

Tabla R1. Distribución de participantes por hospital

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
HUPE	86	20,2
HUPM	240	56,3
HPR	100	23,5
TOTAL	420	100

HUPE = Hospital Universitario Punta de Europa.

HUPM = Hospital Universitario Puerta del Mar.

HUPR = Hospital Universitario Puerto Real.

IV.1.2 Análisis descriptivo de las variables

En relación con el **tipo de unidad**, se observó un alto porcentaje de pacientes que no indicaron la unidad de ingreso o no identificaron la especialidad médica responsable de su hospitalización. Esto se debió, bien a una ausencia de respuesta en algunos cuestionarios o bien, a que los pacientes consignaron únicamente el nombre de la unidad estructural en la que habían estado ingresados sin especificar la especialidad (por ejemplo, *Unidad Médico-Quirúrgica I, Tercera B*). Esta situación se presentó en el 16% de los pacientes. Más de la mitad de los participantes habían estado ingresados en unidades médicas (54,7%), mientras que un 29,3% lo hizo en unidades quirúrgicas. En la figura R2 se muestra el gráfico de frecuencias de pacientes que participaron en esta fase, por tipo de unidad, médica o quirúrgica.

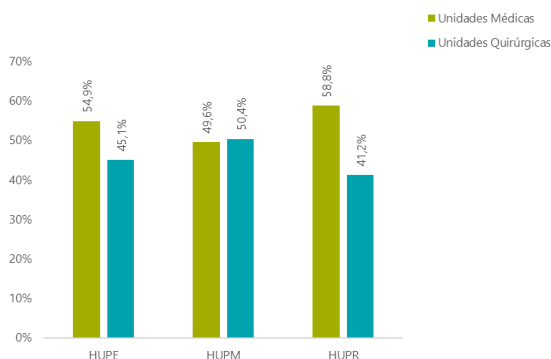


Figura R2. Distribución de pacientes fase 1, por tipo de unidad

En lo que respecta a la **duración del ingreso**, como puede observarse en el gráfico (Figura R3), la mayor parte de los participantes en el estudio tuvo un ingreso de hasta 10 días, distribuidos de forma similar entre ingresos de entre 2 y 5 días o entre 6 y 10 días. Aunque las distribuciones son similares en los tres centros hospitalarios, pueden identificarse algunas tendencias específicas. Así, mientras en los hospitales Puerta del Mar y Puerto Real los

porcentajes de las estancias más cortas son similares, se observa un ligero aumento en el hospital Punta Europa donde el 40% de los ingresados tuvo un ingreso inferior a cinco días. Respecto al porcentaje de pacientes ingresados entre 11 y 30 días el valor inferior se registró en el hospital Puerta del Mar con un 15% mientras que en los hospitales Puerto Real y Punta Europa asciende hasta aproximadamente el 24%. Por último, el porcentaje de pacientes ingresados más de un mes, es minoritario en todos los centros destacando el hospital Puerta del Mar por encima de los otros centros.

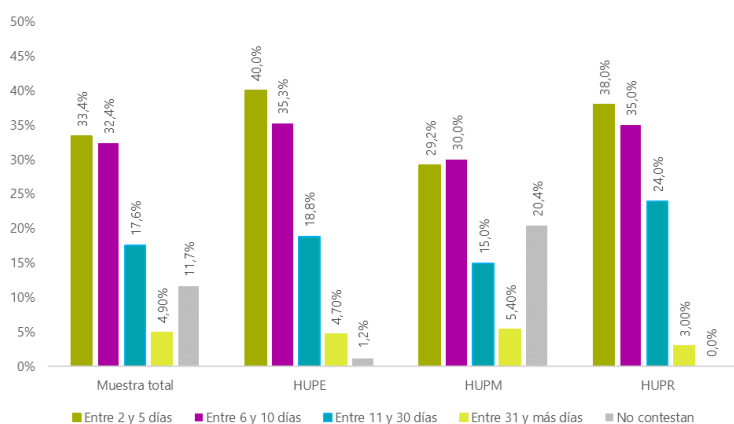


Figura R3. Distribución de pacientes fase 1, por días de estancia y centro.

Con el fin de comprobar el ajuste de los datos a una distribución normal, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para una muestra. Los resultados fueron de $p=0,000$ para cada una de las variables cuantitativas, indicando que no se ajusta a una distribución normal. En consecuencia, se emplearon pruebas no paramétricas al seleccionar los estadísticos de comparación.

Tabla R2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov.

		EIC-a			EIC-b			EIC-a	EIC-b	IPC
		S.C.	V.P.	C.D.	S.C.	V.P.	C.D.	Total	Total	
N		364	365	362	370	376	374	356	365	426
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,73	3,54	3,68	3,86	3,78	3,96	3,65	3,88	5,38
	Desv.	0,98	1,09	1,03	0,96	0,96	0,89	0,97	0,90	2,12
Máximas diferencias extremas	Absoluto	0,13	0,15	0,11	0,15	0,19	0,14	0,09	0,11	0,25
	Positivo	0,10	0,09	0,10	0,12	0,10	0,12	0,08	0,10	0,22
	Negativo	-0,13	-0,15	-0,11	-0,15	-0,14	-0,14	-0,09	-0,11	-0,25
Estadístico de prueba		0,132	0,150	0,109	0,150	0,149	0,149	0,095	0,115	0,25
Significación asintótica bilateral		0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c	0,000 ^c

EIC-a = Escala "a" de individualización del cuidado versión paciente.

EIC-b = Escala "b" de individualización del cuidado versión paciente.

SC = Situación clínica; VP = Vida personal; CD = Control de decisiones.

IPC = Índice de personalización de cuidados.

IV.1.3. Cuantificación de la personalización del cuidado enfermero

IV.1.3.1. Análisis descriptivo de los ítems del IPC

Los resultados del análisis descriptivo de los ítems del IPC permitieron conocer en qué medida se realizan diferentes acciones de la enfermera referente encaminadas a personalizar el cuidado enfermero, globalmente (Figura R4) y en cada uno de los centros (Figuras R5 y R6).

Considerada globalmente, la totalidad de los ítems del IPC obtuvieron una respuesta positiva que se sitúa por encima del 61%. Destaca la percepción de los participantes sobre contar con una enfermera que se presenta como responsable de su cuidado (87%) así como la experiencia de ser cuidados por las distintas enfermeras que le atendieron, de una forma coordinada y similar (86,30%). La enfermera responsable se identificó como tal y le dio información previamente al alta (78,10% para ambas acciones). Se han obtenido puntuaciones menores, aunque altas (70,60%) respecto a si la enfermera referente trató de conocer sus dudas, sus preocupaciones. La acción de la

enfermera referente que recuerdan los pacientes en menor medida (61,90%) es si trató de conocer sus preferencias sobre algunos aspectos de su cuidado.

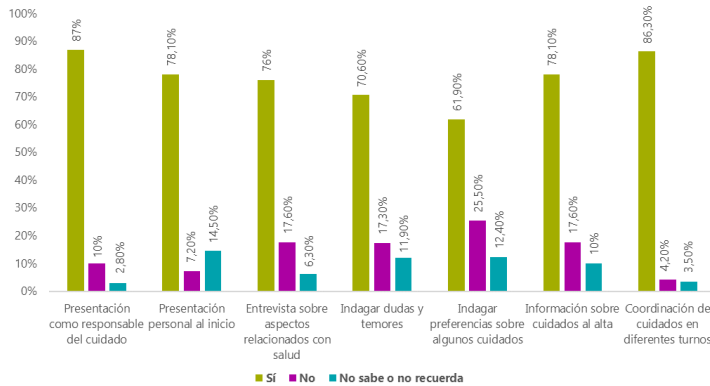


Figura R4. Acciones de la enfermera referente dirigidas a la personalización que son percibidas y recordadas por los pacientes al alta. IPC.

A continuación, se informa de los hallazgos obtenidos considerando las puntuaciones de cada uno de los centros participantes (figuras R5 y R6). El análisis de frecuencias muestra una frecuencia menor en la realización de acciones de la enfermera referente dirigidas a personalizar en el hospital Puerta del Mar y unos valores más altos en el hospital Puerto Real.

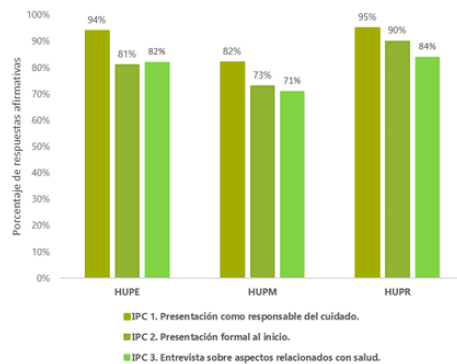


Figura R5. Acciones de la enfermera referente dirigidas a la personalización que son percibidas y recordadas por los pacientes al alta. Ítems 1, 2 y 3 del IPC

Existe una mayor proporción de pacientes que han percibido las acciones que debe realizar la enfermera referente para personalizar sus cuidados en los hospitales Puerto Real y Punta Europa. Las proporciones mayores corresponden a los ítems 1 y 7. Las enfermeras se presentan como responsables del cuidado del paciente en un porcentaje alto, cercano a la totalidad en los hospitales comarcales (94% HUPE y 95% HUPR) y el paciente percibe coordinación entre ellas también en alta proporción en los tres centros (95% HUPE, 85% HUPM, 85% HUPR). Sucede de igual modo con el ítem 6 pues en los tres centros un porcentaje de pacientes mayor o igual al 85% indican que una enfermera les ofreció información antes del alta.

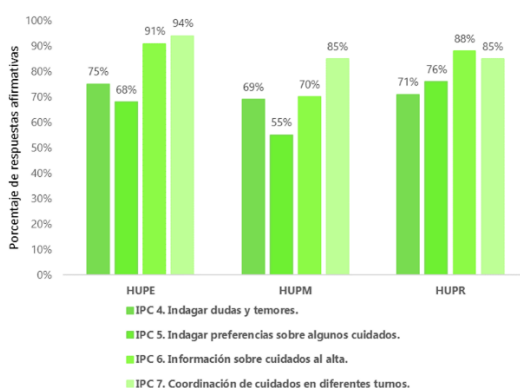


Figura R6. Acciones de la enfermera referente dirigidas a la personalización, que son percibidas y recordadas por los pacientes al alta. Ítems 4, 5, 6 y 7 de IPC

Asimismo, hay un porcentaje alto de enfermeras que se presentan con su nombre para que el paciente pueda preguntar por ella y dirigirse por igual a ella, sobre todo en HUPR; en el caso de HUPM y HUPE este porcentaje disminuye.

En los ítems referentes a la valoración (ítems 3,4), en general, aunque en porcentajes inferiores a los anteriores, los pacientes sienten que las enfermeras valoran los aspectos necesarios para su cuidado. Sin embargo, cuando se trata el plano emocional y las preferencias del paciente (ítem 5) los

porcentajes disminuyen, aunque superan la media de la población estudiada (68% HUPE, 55% HUPM, 76% HUPR). Este ítem está encaminado a explorar el respeto a las preferencias del paciente y la posibilidad de que éste participe en sus cuidados. Se encuentran porcentajes altos sobre el papel de la enfermera con respecto a la continuidad de cuidados. Las enfermeras de los tres centros hospitalarios ofrecen información, proporcionando asesoramiento sobre los cuidados que el paciente debe tener en el domicilio una vez abandone el centro y favoreciendo que realice un correcto seguimiento de las indicaciones para la recuperación de su proceso.

IV.1.3.2. Análisis descriptivo de los ítems de la EIC en la muestra total

Las escalas a y b de la versión pacientes de la EIC se responden mediante un formato Likert de cinco categorías (desde 1= totalmente en desacuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo), por lo que presentan un nivel de medida ordinal. Sin embargo, de acuerdo a las consideraciones metodológicas de Norman (2010) sobre la posibilidad de emplear estadísticos paramétricos con datos obtenidos mediante escalas Likert cuando el número de categorías es igual o superior a cinco, y el tamaño de la muestra es grande, estos ítems se pueden tratar como variables cuantitativas para su análisis descriptivo⁵⁹. Por consiguiente, en este estudio, a pesar de que el análisis de normalidad ha mostrado que la distribución de los ítems no sigue una distribución normal, se han calculado las medias y las desviaciones estándar, además de las frecuencias, para describir las puntuaciones. Esta decisión también está motivada por razones de comparación al ser esta una estrategia analítica habitual en investigaciones previas que validan y aplican la EIC^{20,28}. Asimismo, con relación a las diferentes subescalas y a las puntuaciones totales, se han calculado las medidas de tendencia central correspondientes. Aunque según Norman (2010), las medias en escala Likert de cinco o más niveles de respuesta han demostrado ser robustas, incluso en condiciones de no normalidad, para los análisis comparativos inferenciales se han empleado pruebas no paramétricas. De este modo se han respetado tanto el nivel ordinal de las medidas como la ausencia de normalidad en las distribuciones.

Tabla R3. Estadísticos descriptivos de los ítems de EIC-a e EIC-b

Muestra global									
	EIC "a"	N	M	DT	N	M	DT	EIC "b"	
SITUACIÓN CLÍNICA	1. Han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad.	368	3,78	1,08	377	3,80	1,09	1. Se han tenido en cuenta para mis cuidados las sensaciones que he tenido sobre mi enfermedad/estado de salud.	
	2. Han hablado conmigo sobre mis necesidades que requieren cuidados.	368	3,92	1,07	378	3,96	1,06	2. Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis necesidades que requieren cuidados y atención.	
	3. Me han dado la oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido.	368	3,96	1,02	376	4,18	0,90	3. He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido.	
	4. Han identificado los cambios en mis sentimientos.	366	3,67	1,13	374	3,75	1,10	4. Se han tenido en cuenta para mi cuidado los cambios en mis sentimientos.	
	5. Han hablado conmigo sobre mis miedos y mis preocupaciones	367	3,60	1,19	378	3,78	1,10	5. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones.	
	6. Han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad.	368	3,66	1,18	377	3,84	1,07	6. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud.	
	7. Han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mi enfermedad	367	3,60	1,16	378	3,77	1,09	7. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.	
SITUACIÓN PERSONAL	8. Me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital.	368	3,55	1,23	378	3,64	1,15	8. Se ha tenido en cuenta para mi cuidado mi vida cotidiana fuera del hospital (trabajo, actividades de ocio).	
	9. Me han preguntado sobre mis experiencias anteriores de hospitalización.	366	3,49	1,21	378	3,66	1,11	9. Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis anteriores experiencias de hospitalización.	
	10. Me han preguntado sobre mis hábitos diarios (por ejemplo higiene personal).	366	3,50	1,22	377	3,65	1,20	10. Durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios (por ejemplo, higiene personal).	
	11. Me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados.	367	3,64	1,19	377	4,18	0,98	11. Mi familia ha participado en mis cuidados si yo he querido que lo hagan.	
CONTROL DECISIONES	12. Se han asegurado de que he entendido las instrucciones recibidas en el hospital.	367	3,96	1,05	378	4,27	0,88	12. He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital.	
	13. Me han preguntado sobre qué quiero saber acerca de mi enfermedad .	366	3,65	1,18	376	4,07	1,03	13. He recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad / estado de salud.	
	14. Han escuchado mis deseos personales sobre mis cuidados.	365	3,79	1,11	376	3,95	1,06	14. Se han tenido en cuenta en mi cuidado los deseos que he expresado.	
	15. Me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado.	367	3,74	1,08	378	3,89	1,04	15. He participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado.	
	16. Me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado.	366	3,69	1,12	378	3,95	1,01	16. Se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado.	
	17. Me han preguntado en qué momento prefería lavarme.	366	3,33	1,29	378	3,63	1,26	17. He podido decidir cuándo lavarme.	

EIC-a = Escala de individualización del cuidado, versión paciente A

EIC-b = Escala de individualización del cuidado, versión paciente B

N = número de respuestas a la pregunta; M = Media; DT = Desviación Estándar.

En la tabla R3 se presenta la descripción de las variables, tanto para al EIC-a como para la EIC-b.

IV.1.3.3. Resultados sobre la EIC-a

En el caso de la EIC-a, los ítems con menor puntuación fueron las preguntas relativas a la subescala situación de vida personal del paciente mientras que las preguntas de las subescalas situación clínica o control de las decisiones del paciente sobre sus cuidados, obtuvieron mejores resultados. Respecto a la subescala "situación clínica" (ítems 1-7. Figura R7), los ítems en los que se obtuvieron mejores resultados fueron el ítem 2 donde el 77,99% (Media =3,92, DE =1,07) de los pacientes participantes informaron estar de acuerdo en percibir esta conducta, y el ítem 3, donde el 78,18% (Media=3,96, DE=1,02) de los pacientes participantes informaron estar de acuerdo en haber observado esta conducta de cuidado en quienes los atendieron.

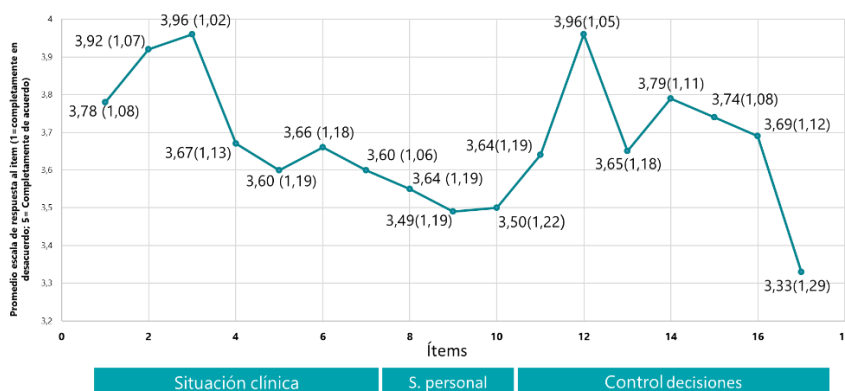


Figura R7. Fase 1: Promedio de respuesta de la muestra total a los ítems de la EIC-a (Situación clínica 1-7; Situación personal 8-10; Control decisiones 11-17). En la figura se muestran los valores medios y, entre paréntesis, sus desviaciones estándar

En relación con la subescala "situación de vida personal" (ítems 8–10; Figura R7), el ítem con mayor promedio fue el ítem 8 donde el 63,85% de los participantes muestran acuerdo sobre que *los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital*. Con respecto a la dimensión "control de decisiones" (ítems 11-17; Figura R7), el

ítem mejor valorado fue el 11 donde se afirma: *los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados*. El 63,38% (Media=3,64, DE=1,19) de los participantes informan haber percibido esa conducta de cuidado. El ítem peor valorado (51,35%) fue el 17 (Media=3,33; DE=1,29), que se corresponde con el ítem *los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería lavarme*.

IV.1.3.4. Resultados sobre la EIC-b

En relación con la experiencia vivida por el paciente según la puntuación obtenida en la EIC-b, los resultados son heterogéneos (Figura R8), siendo las puntuaciones promedio superiores a 3,50. En líneas generales, el ítem con peor puntuación es el B17 *He podido decidir cuándo lavarme*, de la subescala "control de decisiones"; tan solo el 48,6% de los participantes (Media=3,63, DE=1,26) mostró acuerdo con la afirmación expresada en el ítem.

Los ítems con puntuaciones más altas (un promedio igual o superior a 4,18) se relacionaron con la participación en el cuidado: B03 *He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido* y B11 *Mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo haga*. Así mismo el 74,1% de participantes expresa su acuerdo (Media=4,27; DE=0,88) con la afirmación del ítem B012 *He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital*.

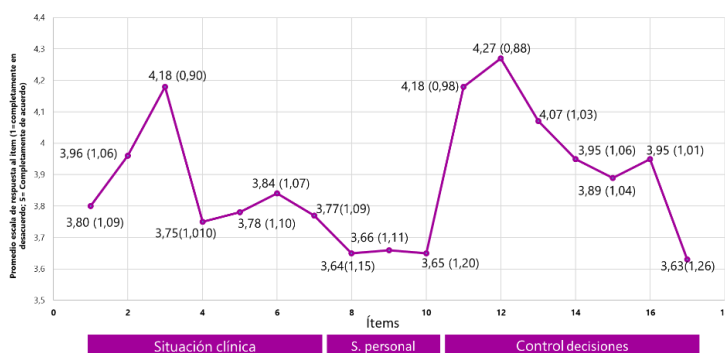


Figura R8. Promedio de respuesta de la muestra total a los ítems de la EIC-b (Situación clínica 1-7; situación personal 8-10; Control decisiones 11-17). En la figura se muestran los valores medios y, entre paréntesis, sus desviaciones estándar

IV.1.3.5 Comparación de resultados EIC-a y EIC-b

En la figura R9 se presentan los resultados de la comparación sobre la percepción de los participantes respecto a las actuaciones de las enfermeras orientadas a la individualización del proceso de cuidados (escala EIC-a) y el grado de individualización experimentado por los pacientes participantes como resultado de dicho proceso (escala EIC-b).

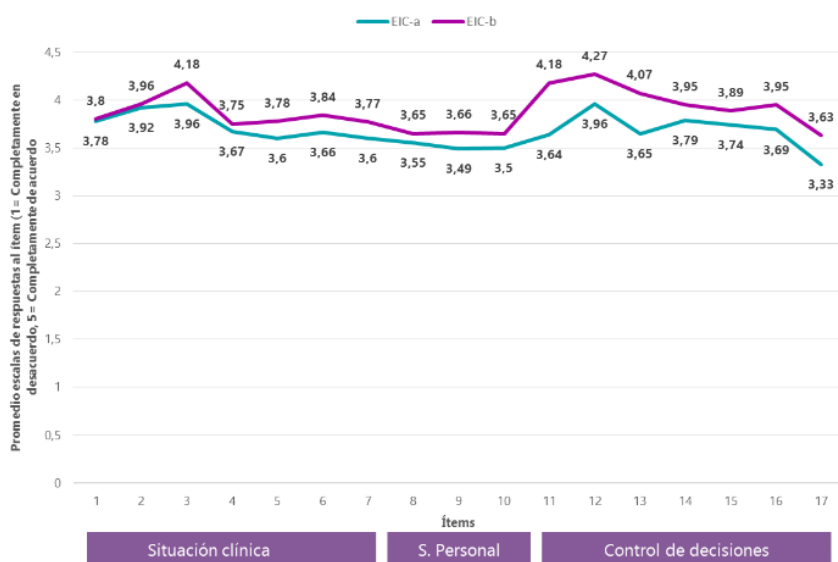


Figura R9. Comparación del promedio de respuesta de la muestra total a los ítems de la EIC-a y EIC-b.

Aun siendo conscientes de que las escalas EIC-a y EIC-b versión pacientes, no son medidas equivalentes, con el fin de identificar de forma general las posibles brechas entre la práctica de las enfermeras observada por el paciente y su propia experiencia de individualización del cuidado proporcionada, se ha llevado a cabo una lectura conjunta de los resultados (Figura R9). En ella se observa que en la mayoría de los ítems los participantes expresan una experiencia del grado de individualización que le ha sido

proporcionada ligeramente superior a la percepción que informan sobre las acciones realizadas por las enfermeras para promover dicha individualización. Las mayores diferencias se sitúan en los ítems 3,11,12 y 13, con puntuaciones superiores a 4 en la escala b, muy por encima de las obtenidas en esos ítems en la escala a.

Por otra parte, existen algunos ítems donde ambas escalas presentan valores más próximos, como ocurre con los valores promedio de los ítems 1, 4, 8 y 10. La valoración de los participantes sobre su percepción del proceso de individualización (acciones o intervenciones para proporcionar cuidados individualizados) realizado por parte de las enfermeras (EIC-a) se sitúa en torno a los promedios 3,5 y 3,78. Y los resultados de tal esfuerzo, es decir, la percepción del paciente de la individualización que se ha proporcionado por las enfermeras durante sus cuidados (EIC-b), se sitúa en promedios similares, en concreto entre 3,55 y 3,8.

IV.1.3.6 Análisis descriptivo ítems de la EIC por centros participantes

En la tabla R4 se presentan los estadísticos descriptivos de los ítems de la EIC-a y de la EIC-b para cada uno de los centros participantes. Los resultados muestran puntuaciones medias moderadas (3,5) y altas (4 o más) en algunos ítems en los tres centros.

Observamos también algunas diferencias entre ellos, en concreto, en HUPM y HUPE, la percepción de individualización proporcionada por las enfermeras (EIC-b) es mayor a la percepción de las intervenciones que realizan las enfermeras encaminadas a apoyar la individualización del cuidado (EIC-a). Sin embargo, en HUPR, aunque los valores promedio de la percepción de algunas intervenciones enfermeras dirigidas a individualizar (EIC-a) son superiores a los obtenidos en los otros dos centros, no todos los pacientes experimentan mayor individualización proporcionada, observando valores promedios inferiores en los correspondientes ítems de la escala EIC-b.

Tabla R4. Estadísticos descriptivos de las escalas EIC-a y EIC-b con las subescalas por centro

	HUPM						HUPR						HUPE					
	EIC-a			EIC-b			EIC-a			EIC-b			EIC-a			EIC-b		
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT
1. Sentimientos sobre mi enfermedad.	184	3,8	1,1	100	3,7	1	84	3,7	1,1	197	4	1,1	97	3,4	1	183	3,8	1
2. Necesidades que requieren cuidados.	184	3,9	1,2	100	3,9	1	84	4	1	197	4	1,1	98	3,7	1	183	4,1	0,9
3. Asumir responsabilidad de mi cuidado.	184	4	1,1	100	3,9	0,9	84	4	1	197	4,2	0,9	97	4,1	0,9	182	4,1	0,8
4. Cambios en mis sentimientos.	183	3,7	1,2	99	3,6	1,1	84	3,7	1	195	3,9	1,1	97	3,5	1	182	3,8	1,1
5. Miedos y mis preocupaciones.	184	3,7	1,3	99	3,4	1,1	84	3,6	1,2	197	3,9	1,2	98	3,5	1	183	3,8	1
6. Cómo me afecta la enfermedad.	184	3,7	1,3	100	3,5	1	84	3,7	1,1	197	4	1,1	97	3,5	1	183	4	0,9
7. Significado de mi enfermedad.	184	3,7	1,3	99	3,4	1	84	3,8	1,1	197	3,9	1,1	98	3,4	1	183	3,9	1
8. Vida cotidiana fuera del hospital.	184	3,5	1,3	100	3,6	1,1	84	3,6	1,2	197	3,8	1,2	98	3,3	1,1	183	3,8	1,1
9. Experiencias previas de hospitalización.	183	3,4	1,3	99	3,6	1	84	3,5	1,2	197	3,7	1,2	98	3,5	1	183	3,9	1
10. Mis hábitos diarios.	184	3,5	1,3	99	3,5	1,1	83	3,6	1,1	197	3,8	1,2	97	3	1,2	183	4	0,9
11. Participación de mi familia.	184	3,6	1,3	99	3,8	1,1	84	3,6	1,1	196	4,2	1,1	98	4,2	0,9	183	4,1	0,9
12. Comprensión de instrucciones.	184	3,9	1,2	99	4	1	84	4	0,9	197	4,3	0,9	98	4,3	0,9	183	4,2	0,9
13. Información sobre mi enfermedad.	183	3,6	1,3	99	3,6	1,1	84	3,8	1	197	4,1	1,1	97	4	1	182	4,2	0,9
14. Deseos personales sobre cuidados.	183	3,8	1,2	98	3,7	1	84	3,9	1	197	4	1,1	97	3,7	1,1	182	4,1	0,9
15. Participación en decisiones cuidado.	184	3,8	1,2	99	3,6	1	84	3,8	1	197	3,9	1,1	98	3,8	1	183	4	0,9
16. Expresar opiniones sobre cuidado.	184	3,7	1,2	99	3,6	1	83	3,8	1	197	4	1,1	98	3,8	1	183	4,1	0,8
17. Preferencia momento higiene.	183	3,4	1,3	100	3	1,3	83	3,6	1,1	197	3,9	1,1	98	2,8	1,3	183	4	0,9

HUPM = Hospital Puerta del Mar; HUPR = Hospital Puerto Real; HUPE = Hospital Punta Europa.

EIC-a = Escala de Individualización del cuidado a; EIC-b = Escala de individualización del cuidado b.

N = Número de pacientes que responden a la pregunta; M = Media; DT = Desviación estándar.

Situación clínica = Subescala situación clínica; Vida Pers = Subescala situación de vida personal; Control de decisiones = Subescala control de decisiones de cuidados.

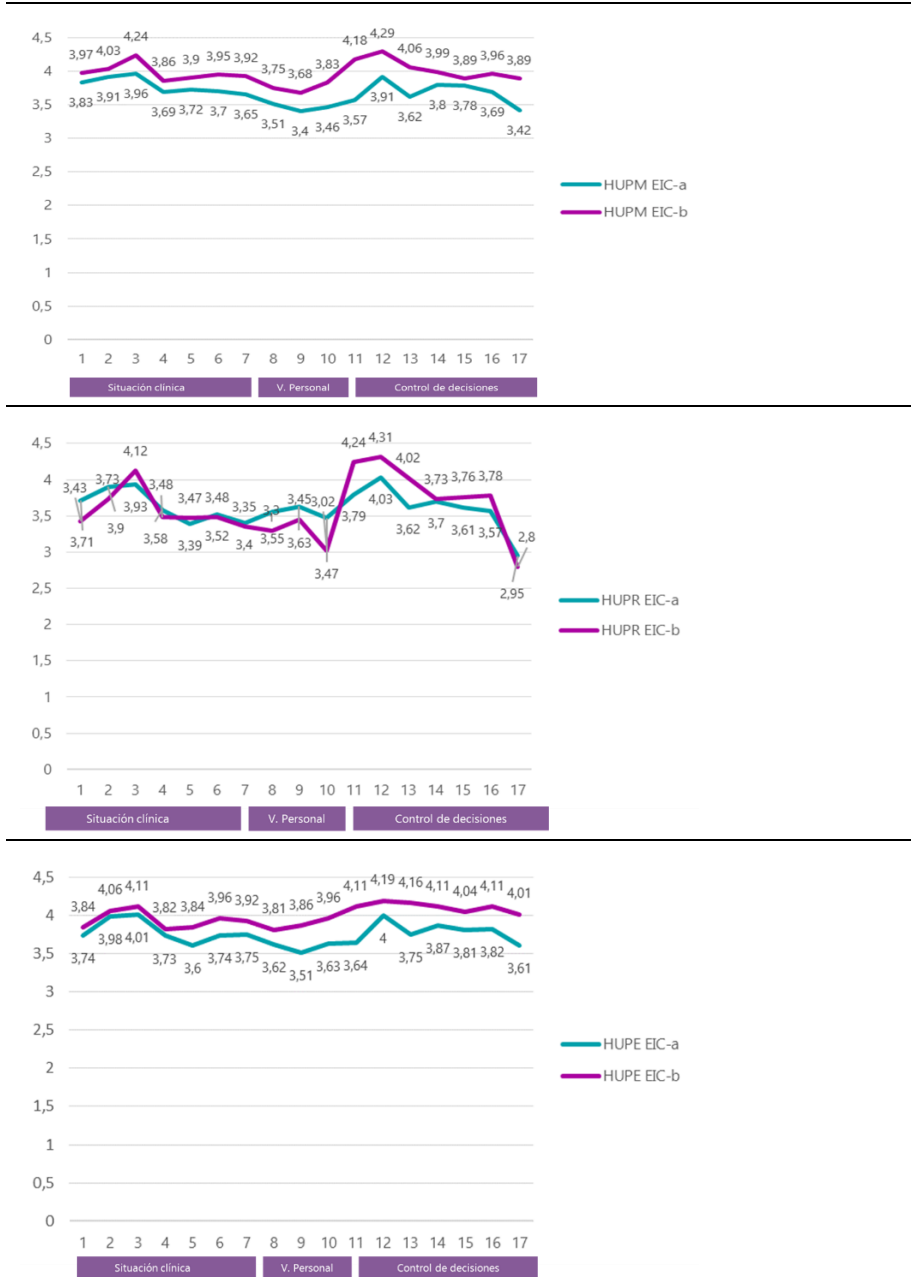


Figura R10. Comparación del promedio de respuesta en los diferentes hospitales a los ítems de la EIC-a y EIC-b

La figura R10 presenta la comparación de los promedios de respuesta en los diferentes hospitales a los ítems de la EIC-a y EIC-b. Se observa un patrón similar, en las puntuaciones medias de la escala EIC-a en los hospitales Puerta del Mar y Punta Europa, donde las puntuaciones medias de los ítems de la escala EIC-a son inferiores a los correspondientes de la escala EIC-b. Sin embargo, en el hospital Puerto Real, las medias no siguen la misma distribución, los gráficos se superponen en algunos ítems y en otros las puntuaciones de los de la escala b son inferiores a los de la escala a.

En los tres centros la puntuación más baja en la media se observa en los ítems número 17 de ambas escalas, más aún en HUPR donde ambos valores promedio (17a y 17b) son inferiores a 3 (2,95 y 2,80 respectivamente) y las desviaciones estándar son altas (1,29 y 1,34 respectivamente), es decir hubo más pacientes que no percibieron que se hubiese individualizado la atención en este aspecto, pero hubo pacientes que percibieron individualización alta en este mismo ítem. Ambos ítems se refieren a la posibilidad que ha tenido el paciente de decidir en qué momento deseaba lavarse (EIC-b), o al hecho de haber sido consultado acerca de esta cuestión (EIC-a). La excepción es el ítem 17b en HUPE que es superior a 4.

Atendiendo a los resultados en los diferentes centros, se observa que en HUPM las puntuaciones más altas aparecen en ítems referidos a la *situación clínica* y al *control de decisiones* por parte del paciente. Este centro presenta, además, la puntuación media más alta de toda la muestra. En concreto esta media corresponde al ítem número 3 de la escala b *"He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido"*. También se observan otros valores por encima de 4 en la escala b. Las puntuaciones medias más bajas, junto con la ya comentada de preferencia del momento de higiene, corresponden a los ítems 9 y 10 correspondientes a la subescala *situación de vida personal* y que se refieren a sus experiencias previas en hospitalización y a sus hábitos diarios.

En general, las puntuaciones más altas se encuentran en los ítems 2 y 3 ambos de la subescala *situación clínica*, y en los ítems 11, 12, y 13, de la subescala *control de decisiones* referidos a la participación de su familia en su

proceso según su deseo, su comprensión de las instrucciones recibidas en el hospital y la información sobre su estado de salud que le ha sido facilitada por parte de las enfermeras.

En HUPR cinco de los siete ítems de la EIC-a, subescala *situación clínica* obtienen puntuaciones ligeramente inferiores con respecto a los otros centros. Se trata de los ítems número 1, 4, 5, 6 y 7, que evalúan si se ha hablado con ellos y se han identificado cambios en sus sentimientos sobre su enfermedad, se han abordado sus miedos y preocupaciones, o cómo le afecta la enfermedad o qué significado tiene esta para ellos. Igualmente, los valores medios son inferiores en los ítems referidos a la percepción de individualización (EIC-b) en la subescala *situación de vida personal*, aunque las puntuaciones medias de la EIC-a en esta subescala son mayores. Respecto a los ítems con mayor valoración positiva, estos se corresponden con la asunción de responsabilidad en su propio cuidado, el respeto a los deseos sobre la participación de la familia en el cuidado, la comprensión de instrucciones y la información recibida.

En este centro, como se ha señalado, se observa un patrón inverso al de los otros hospitales en los que las puntuaciones medias de la escala EIC-b son superiores a las de la escala EIC-a. Sin embargo, en HUPR existen 9 ítems cuyos valores medios en la escala EIC-a son superiores a la escala EIC-b. En concreto son los ítems números 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10 y 17. Cinco ítems de la subescala *situación clínica*, los tres que integran la subescala *situación personal* y uno de la subescala *control de decisiones*, en concreto este último es el ítem 17 ya mencionado. La mayor diferencia entre los valores de ambas escalas, se observa en el ítem 10 referido a conocer los hábitos diarios del paciente a la hora de planificar su cuidado.

Por último, en los gráficos correspondientes a HUPE, en general, las puntuaciones medias obtenidas son más altas que en el resto de centros. Este hospital presenta las mayores puntuaciones medias de la muestra en la escala EIC-b. En el caso de la subescala *situación clínica*, esto ocurre con los ítems referidos a respetar las necesidades de cuidados y asumir la responsabilidad

por parte del paciente. Y en el caso de la subescala *control de decisiones* ocurre en todos los ítems, todos presentan valores medios superiores a 4.

IV.1.3.7. Análisis comparativo de las dimensiones de EIC y del IPC, por centros participantes

La descripción de los datos, sobre la EIC y el IPC, agrupados por centros muestra que la totalidad de las medias se sitúan por encima de los 3,5 puntos, indicando que los participantes han experimentado una atención enfermera personalizada. De igual modo, el IPC, con una puntuación superior a 5 en los tres centros, muestra que el sistema de organización de la enfermera referente, está implantado.

Con el fin de analizar las posibles diferencias en el grado de individualización del cuidado enfermero ofrecido en los distintos centros estudiados, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, complementada con comparaciones post hoc. De este modo se compararon los rangos promedio de las distintas dimensiones de la EIC "a" y "b", versión pacientes, y del IPC. (Tablas R5 y R6)

Tabla R5. Estadísticos descriptivos de las variables dependientes agrupados por hospital

	HUPM			HUPR			HUPE		
	N	M	DE	N	M	DE	N	M	DE
EIC-a SC	183	3,77	1,07	97	3,61	0,87	84	3,79	0,90
EIC-a VP	183	3,48	1,22	99	3,62	0,91	83	3,59	1,00
EIC-a CD	182	3,70	1,13	98	3,58	0,93	82	3,79	0,89
EIC-a Total	180	3,67	1,08	95	3,60	0,84	81	3,71	0,87
EIC-b SC	195	3,99	1,01	94	3,56	0,86	81	3,93	0,89
EIC-b VP	196	3,87	1,01	97	3,49	0,87	83	3,93	0,88
EIC-b CD	197	4,02	0,96	96	3,73	0,85	81	4,13	0,72
EIC-b Total	194	3,98	0,96	92	3,60	0,83	79	4,01	0,75
IPC	240	5,04	2,33	100	5,87	1,79	86	5,80	1,65

EIC-a = Escala "a" de individualización del cuidado versión paciente.

EIC-b = Escala "b" de individualización del cuidado versión paciente.

SC = Situación clínica; VP = Situación de vida personal; CD = Control de decisiones.

IPC = Índice de personalización de cuidados.

Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis indican la ausencia de diferencias significativas entre los tres centros en las tres dimensiones de la EIC-a ($p > 0,05$). Los pacientes participantes ofrecen una opinión similar sobre las acciones de la enfermera referente dirigidas a

individualizar el cuidado. En cuanto a la EIC-b se observan diferencias significativas para la situación clínica y la situación de vida personal ($p<0,001$) y para el control de decisiones ($p=0,002$), mostrando que la experiencia del paciente difiere según el centro donde estuvo hospitalizado.

Tabla R6. Estadístico de Kruskal-Wallis para las variables dependientes agrupadas por hospital

	EIC-a SC	EIC-a VP	EIC-a CD	EIC-b SC	EIC-b VP	EIC-b CD	IPC
H de Kruskal-Wallis	4,58	0,24	2,50	20,47	14,86	12,12	12,04
Gl	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asíntotica	0,101	0,885	0,286	<0,001	<0,001	0,002	<0,001

EIC-a = Escala "a" de individualización del cuidado, versión paciente.

EIC-b = Escala "b" de individualización del cuidado, versión paciente.

SC = Situación clínica; VP = Situación de vida personal; CD = Control de decisiones.

IPC = Índice de personalización de cuidados.

Respecto al IPC, se observan diferencias significativas ($p<0,001$) entre hospitales indicando la presencia de diferencias entre ellos en aspectos de organización o estructura relacionados con la personalización.

Con el fin de identificar la orientación de tales diferencias, en la tabla R7 se muestran los rangos promedio en las dimensiones de las escalas significativas. Los rangos más altos se encuentran en HUPM y en HUPE. En HUPR los rangos promedio son los más bajos.

Tabla R7. Rangos promedio por hospital

	EIC-b SC		EIC-b VP		EIC-b CD		IPC	
	N	Rango promedio	N	Rango promedio	N	Rango promedio	N	Rango promedio
HUPM	195	204,55	196	201,18	201	197,62	201	213,40
HUPR	94	144,47	97	152,30	100	154,86	100	113,17
HUPE	81	187,25	83	200,86	86	201,57	86	242,65
Total	370		376		387		387	

EIC b = Escala "b" de individualización del cuidado, versión paciente.

SC = Situación clínica; VP = Situación de vida personal; CD = Control de decisiones.

IPC = Índice de personalización de cuidados.

Para establecer las diferencias específicas se llevaron a cabo comparaciones por pares de hospitales mediante la prueba de U Mann-Whitney. Los resultados se muestran en las tablas R8a, R8b y R8c.

En la comparación HUPM y HUPR (Tabla R8a) existen diferencias significativas en la totalidad de las dimensiones exploradas y en el IPC. El HUPM presenta puntuaciones superiores al HUPR.

En la comparación HUPM y HUPE (Tabla R8b) las diferencias observadas se sitúan en el IPC, cuyo valor es superior en el HUPE.

Tabla R8a Comparaciones entre hospitales HUPM-HUPR

	EIC-b SC	EIC-b VP	EIC-b CD	IPC
U de Mann-Whitney	6245.00	7078.50	7357.50	4687.50
Z	-4.43	-3.600	-3.116	-7.759
Sig. asintótica	<0.001	<0.001	0.002	<0.001

Tabla R8b Comparaciones entre hospitales: HUPM-HUPE

	EIC-b SC	EIC-b VP	EIC-b CD	IPC
U de Mann-Whitney	7102.00	8075.50	7874.00	7180.00
Z	-1.33	-0.09	-0.174	-2.383
Sig. asintótica	0.18	0.92	0.86	0.017

Tabla R8c Comparaciones entre hospitales HUPR-HUPE

	EIC-b SC	EIC-b VP	EIC-b CD	IPC
U de Mann-Whitney	2870.00	2941.50	2853.00	1579.50
Z	-2.827	-3.149	-3.077	-7.730
Sig. asintótica	0.005	0.002	0.002	<0.001

EIC b = Escala "b" de individualización del cuidado, versión pacientes; "b" = experiencia del paciente respecto a la acción del profesional, recordada e informada por el paciente al alta.

SC = Situación clínica; VP = Vida personal; CD = Control de decisiones.

IPC = Índice de personalización de cuidados.

Por último, en la comparación entre HUPR y HUPE (tabla R8c) se identifican diferencias significativas en todas las dimensiones exploradas, siendo superiores las puntuaciones en HUPE.

Consideradas en su conjunto, HUPR es el centro con una valoración más baja respecto a la experiencia de individualización del cuidado enfermero vivida por los pacientes. HUPM y HUPE presentan resultados más elevados, siendo HUPE el centro con una mejor valoración de la experiencia de individualización durante la hospitalización.

Finalmente, se calculó la correlación de Spearman entre el IPC y la EIC-a y EIC-b versión paciente (Tabla R9). Se observaron correlaciones débiles, pero positivas y significativas.

Tabla R9. Correlaciones de rango entre la EIC-a y EIC-b versión paciente y el IPC

			EIC-a			EIC-b			IPC
			SC	VP	CD	SC	VP	CD	
Rho de Spearman	EIC-a SC	ρ	--						
		p	.						
		N	364						
	EIC-a SP	ρ	0,79**	--					
		p	<0,001	.					
		N	361	365					
	EIC-a CD	ρ	0,86**	0,84**	--				
		p	<0,001	<0,001	.				
		N	358	360	362				
	EIC-b SC	ρ	0,14**	0,11*	0,15**	--			
		p	0,01	0,05	0,01	.			
		N	354	354	351	370			
	EIC-b SP	ρ	0,15**	0,13*	0,17**	0,88**	--		
		p	0,00	0,01	0,00	<0,001	.		
		N	359	360	357	369	376		
	EIC-b CD	ρ	0,13*	0,10*	0,12*	0,87**	0,84**	--	
		p	0,02	0,05	0,03	<,001	<,001	.	
		N	357	358	355	366	372	374	
	IPC	ρ	0,13*	0,02	0,10	0,19**	0,17**	0,13*	--
		p	0,02	0,70	0,05	<0,001	<0,001	0,01	.
		N	364	365	362	370	376	374	387

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

EIC-a = Escala "a" de individualización del cuidado, versión paciente.

EIC-b = Escala "b" de individualización del cuidado, versión paciente.

SC = Situación clínica; VP = Vida personal; CD = Control de decisiones.

IPC = Índice de personalización de cuidados.

No obstante, hay que tomar estos resultados con cautela pues la convergencia entre las escalas es limitada, los datos proceden de instrumentos

que utilizan medidas de autoinforme y se han administrado en el mismo momento. Todo ello podría estar afectando a los resultados.

IV.2. Fase 2: Estudio cualitativo con profesionales

La Fase 2 del estudio buscó comprender la personalización de los cuidados según el punto de vista de los profesionales, así como detectar los factores que, desde su experiencia, influyen en la puesta en práctica del modelo de enfermera referente impulsado por el SAS en los hospitales. Este acercamiento cualitativo, además, podría ayudar a comprender la realidad observada en el estudio cuantitativo ofreciendo claves para su interpretación, en especial con respecto a las expectativas de los pacientes y los profesionales sobre la personalización. Asimismo, esta fase persiguió delimitar los atributos que definen la personalización, las dinámicas de trabajo que la sostienen y las condiciones organizativas que afectan a los resultados del modelo de personalización en el marco hospitalario, en la medida en que configuran cómo las enfermeras entienden la personalización de los cuidados y la traducen en su práctica laboral. Todo ello buscando establecer estrategias eficaces para favorecer la individualización de los cuidados en el ámbito hospitalario.

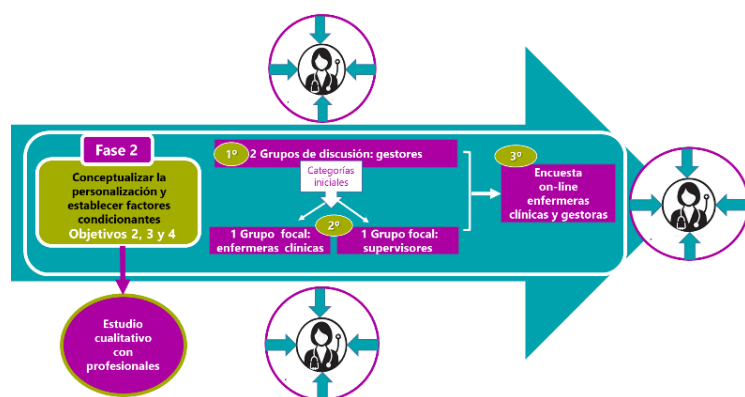


Figura R11. Fase 2. Conocer el concepto de personalización de cuidados que tienen los profesionales y los factores que, a juicio de ellos, condicionan esta personalización

A tal fin se diseñó un acercamiento multimétodo empleando tres técnicas cualitativas -grupos de discusión, grupos focales y una encuesta con preguntas abiertas y cerradas-, cuyos resultados se presentan a continuación, siguiendo un orden secuencial coherente con el desarrollo del trabajo de campo. (Figura R11)

IV.2.1. Descriptivos de las variables sociodemográficas

En esta fase participaron un total de 141 enfermeras. Los participantes en los grupos de discusión fueron 12, 19 en los grupos focales y 110 en la encuesta on-line.

Tabla R10. Características de los participantes en los grupos de discusión

	N	Puesto	Sexo	Edad en años	Experiencia en gestión	Unidad/es de trabajo
Grupo de discusión 1	1	Jefe de bloque	Hombre	60	20 años	Hospitalización quirúrgica excepto Ginecología
	2	Jefe de bloque	Hombre	49	6,5 años	Apoyo al diagnóstico, hospital de día y consultas externas
	3	Jefe de bloque	Mujer	53	10 años	Hospitalización médica excepto Oncología y Hematología
	4	Supervisora	Mujer	52	5 años	Neumología y Medicina Interna
	5	Supervisor	Hombre	48	10 años	Nefrología (hospitalización y diálisis)
	6	Supervisora	Mujer	62	13 años	Cirugía General y Digestiva, Torácica, Plástica y Maxilofacial
	7	Supervisor	Mujer	53	3 años	Cirugía Ortopédica y Traumatología
Grupo de discusión 2	8	Jefe de bloque	Mujer	48	7 años	Área Oncología y Hematología
	9	Supervisor	Hombre	57	5 años	Neurocirugía
	10	Supervisora	Mujer	42	3 años	Urología y Otorrinolaringología
	11	Supervisora	Mujer	56	7 años	Hospital de día médico y CCEE
	12	Supervisor	Mujer	50	5 años	M. Interna (Hospital San Carlos)

En los grupos de discusión participaron 4 hombres (33%) y 8 mujeres (66%). La edad media fue de 52,5 años (DE = 5,3). La experiencia en gestión fue heterogénea. Mientras un participante tenía 20 años de experiencia en puestos de gestión hospitalaria 5 tenían entre 3 y 5 años, otros 5 entre 6 y 10

años y 1 entre 11 y 15 años. Las características de los participantes, así como las unidades en las que desarrollaban su labor de gestión se detallan en la tabla R10.

En el **grupo focal de enfermeras clínicas** participaron 9 mujeres y 1 hombre. La edad media fue de 41,7años (DE = 6,3). Respecto a su experiencia laboral en el Servicio Andaluz de Salud, 5 participantes contaban con 5 años o menos de experiencia, 3 contaban con más de 20 años de experiencia, 1 entre 6 y 10 años y otro entre 16 y 20 años. Las características de los integrantes del grupo focal: edad, sexo, años de experiencia y unidad en la que estaban desarrollando su labor clínica en el momento de participar en la técnica se detallan en la tabla R11.

Tabla R11. Características de los participantes en grupo focal 1

N	Sexo	Edad	Experiencia S.A.S.	Unidad/es de trabajo.
1	Mujer	56	29 años	M. Interna
2	Mujer	42	4,5 años	Neumología y M. Interna
3	Mujer	49	16 años	Oncología
4	Mujer	50	25 años	Neurocirugía
5	Mujer	37	2 años	M. Interna y E. Infecciosas
6	Mujer	52	31 años	Cirugía General y Digestiva
7	Mujer	38	10 años	Cardiología
8	Mujer	32	3 años	Cirugía Cardíaca
9	Hombre	25	2 años	Cirugía Vascular
10	Mujer	36	5 años	Cirugía Ortopédica y Traumatología.

El **grupo focal de supervisores o gestores** estuvo compuesto por 7 mujeres y 2 hombres. La edad media fue de 49,7 años (DE = 6,3). La experiencia en gestión se midió en meses debido al criterio de inclusión (menos de 2 años en el puesto). En el momento de la recogida de datos, 3 participantes llevaban menos de 6 meses en el puesto, 4 entre 12 y 18 meses y 2 estaban próximos a cumplir 2 años (23 meses). Al igual que en el caso anterior, las características de los integrantes de este grupo focal (edad, sexo,

meses de experiencia en gestión y unidad en la que realizaban la labor de gestión en el momento de celebración de la técnica), se muestran en la tabla R12.

Tabla R12. Características de los participantes en grupo focal 2

N	Sexo	Edad	Experiencia en gestión	Unidad/es de trabajo
1	Hombre	44	15 meses	Enfermedades Infecciosas
2	Hombre	57	5 meses	Neurología
3	Mujer	46	2 meses	Neumología
4	Mujer	40	23 meses	Hematología
5	Mujer	52	23 meses	UCI pediátrica y pediatría
6	Mujer	47	5 meses	Cardiología
7	Mujer	62	18 meses	Obstetricia y Ginecología
8	Mujer	52	18 meses	M. Interna (Puerta del Mar)
9	Mujer	48	18 meses	Cuidados Paliativos

Con respecto a las **enfermeras que cumplimentaron la encuesta**, el 81% de los encuestados eran mujeres y el 19%, hombres. Sobre su actividad laboral en el momento de cumplimentar la encuesta, el 86,4% eran enfermeras clínicas, el 11% eran enfermeras gestoras y un 2,5% eligió la opción otro para responder a esta pregunta. (Figura R12) En cuanto a los años de experiencia profesional, el 59% llevaba más de 20 años de ejercicio, el 19% entre 15 y 20 años, otro 19% entre 5 y 10 años, y el 3% restante menos de 5 años. Los participantes pertenecían mayoritariamente a HUPM, al ser el hospital con un mayor número de profesionales, un 70% pertenecían a este centro, el 16% al HUPR y el 13% a HPE. (Figura R13)



Figura R12. Género y puesto de trabajo de las enfermeras que cumplimentaron la encuesta

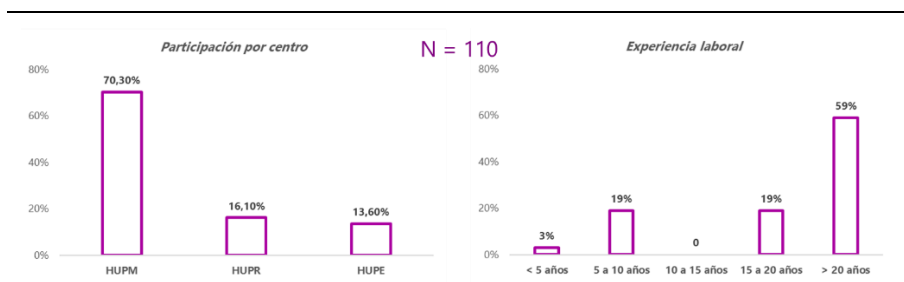


Figura R13. Distribución de frecuencias: encuestadas por centro y según años de experiencia laboral

Respecto al tipo de unidad donde trabajaban, el 67% de las enfermeras que cumplimentaron la encuesta trabajaban en una unidad de hospitalización médica, el 18% en una unidad quirúrgica y el 14,5% trabajaba en unidades en las que ingresaban tanto pacientes aquejados por procesos médicos como otros para procedimientos quirúrgicos. A estas unidades la hemos llamado misceláneas. El turno de trabajo que tenía el 35,5% de la muestra, consistía en turnos de siete horas, en horario de mañana o tarde. Otro 35,5% trabajaba en turno rotatorio que combinaba turnos de siete horas en horario de mañana y tarde con turnos de diez horas en horario nocturno, un 25,5% trabajaba en turno rotatorio que combinaba diurnos y nocturnos de 12 horas de duración y el 3,5% trabajaba habitualmente en turnos de diez horas nocturnos. Estas características se representan en la figura R14.

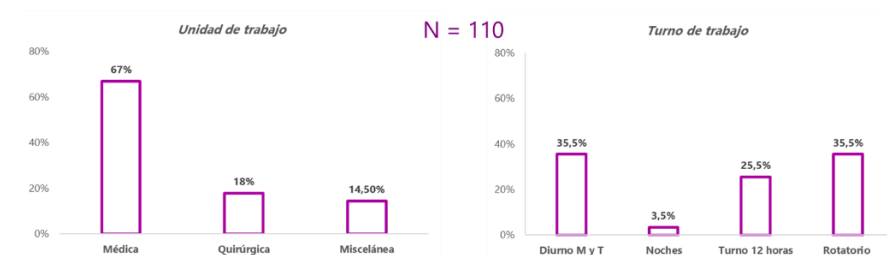


Figura R14. Distribución de frecuencias encuestadas según unidad de trabajo y turno de trabajo

IV. 2.2. Resultados obtenidos en cada una de las técnicas empleadas

IV.2.2.1. Encuesta a profesionales: respuesta a las preguntas cerradas

El 54,5% de las encuestadas expresó que en su centro de trabajo era posible personalizar los cuidados, un 37,5% opinó que esto era posible sólo en ocasiones, mientras un 8% expresó que no lo era. A la pregunta sobre si era posible que dicha atención personalizada incorporara las preferencias de los pacientes, el 11,8% respondió que *no*, y el porcentaje de respuestas afirmativas descendió al 42,7%. Sin embargo, el 53,2% expresó que, en su práctica diaria llegaba a conocer suficientemente a los pacientes como para respetar sus valores. Asimismo, el 50% afirmó poder respetar las preferencias de los pacientes sobre la participación de su familia en el cuidado. El 28,2% de las enfermeras participantes expresó encontrar dificultades para personalizar los cuidados, un 17,3 % afirmó no tenerlas y el 54,5% indicó que tales dificultades ocurrían sólo en ocasiones. (Figura R15)

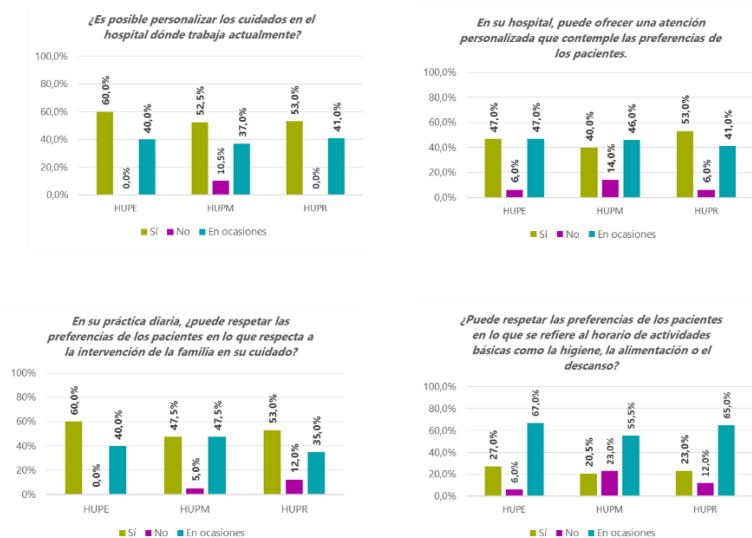


Figura R15. Distribución de frecuencias por centro, de las respuestas a las preguntas cerradas sobre la aplicación real de la personalización de la encuesta. Porcentajes calculados sobre respuestas emitidas.

En relación a la existencia en la unidad, del encuestado, de la figura de la enfermera referente, el 79% respondió afirmativamente. Sin embargo, en la pregunta dirigida a consultar su opinión sobre si el paciente conocía quien era su enfermera referente, únicamente el 33,6% respondieron afirmativamente, un 24,5% respondió negativamente, y el 33,6% respondió “a veces”.

Respecto a la figura del médico referente del paciente, los resultados ofrecen respuestas similares a las expresadas en relación con la figura de la enfermera referente. El 72,9% de las enfermeras participantes indicó que en su unidad existía esta figura, mientras el 27,1% respondió negativamente. Sin embargo, sólo el 50,5% expresó que el paciente conocía a su médico referente, mientras el 37,6% indicó que esto sucedía “a veces” y el 7,5% expresó que no lo conocían. (Figura R16)

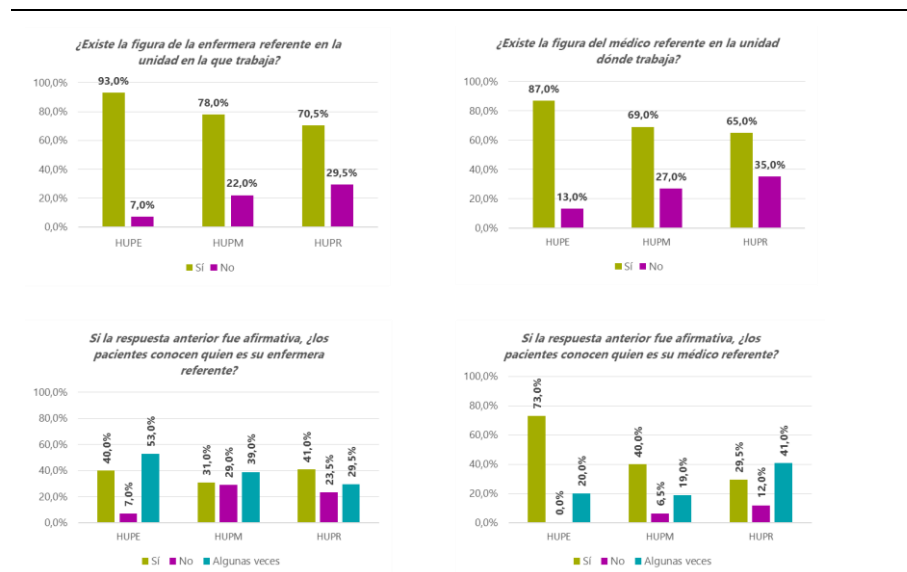


Figura R16. Distribución de frecuencias por centro, de las respuestas a las preguntas cerradas sobre la existencia de profesionales de referencia de la encuesta. Porcentajes calculados sobre el total de respuestas emitidas

Respecto a la figura de la enfermera referente, el 90,7% consideró imprescindible esta figura para personalizar los cuidados. (Figura R17)

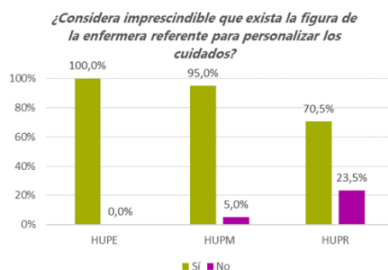


Figura R17. Distribución de frecuencias por centro, de participantes que consideran imprescindible la figura de la enfermera referente para personalizar los cuidados. Porcentajes calculados sobre el total de respuestas emitidas

Asimismo, un 91% indicó igualmente imprescindible la realización de una valoración enfermera. Pese a ello, sólo el 35,8% refirió leerla antes de su primer contacto con el paciente si había sido realizada por otra compañera/o. En relación con la necesidad de que los pacientes contasen con una anamnesis médica, el 97,3% lo consideró imprescindible, y el 61,1% expresó leerla previamente al primer contacto con el paciente. (Figura R18).

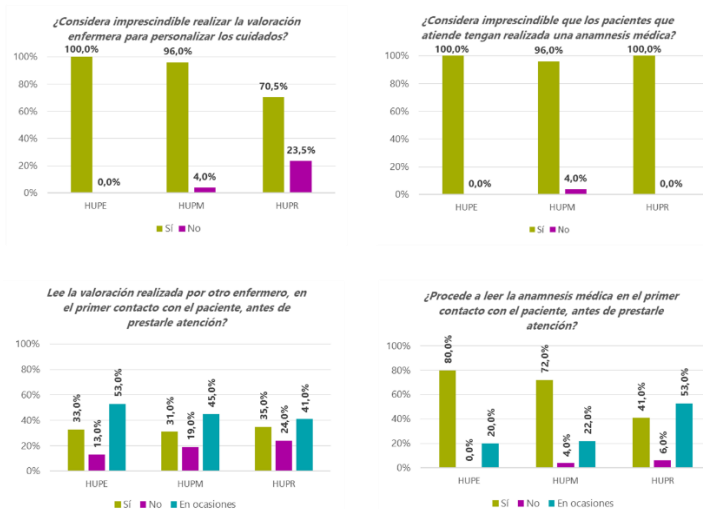


Figura R18. Distribución de frecuencias por centro, de las respuestas a las preguntas cerradas sobre la valoración enfermera frente a la anamnesis médica. Porcentajes calculados sobre el total de respuestas emitidas

IV.2.2.2. Análisis de contenido y análisis del discurso: grupos de discusión, grupos focales, preguntas abiertas de la encuesta

Se realizó el análisis siguiendo un enfoque mixto, teniendo presentes las categorías derivadas del marco teórico sobre personalización e incorporando las emergentes del discurso de los profesionales participantes. Tras el análisis, se identificaron un total de 8 categorías y 1 subcategoría específica en el discurso de los 141 participantes en esta fase de la investigación. Las categorías fueron:

1. Creencias sobre la personalización.
2. Concepto de personalización.
3. Características de la personalización.
4. Condicionantes o factores influyentes en la personalización.
5. Dificultades para personalizar.
6. Requisitos necesarios para personalizar (con una subcategoría específica).
7. Resultados que se obtienen cuando se personaliza.
8. La enfermera referente: asignación y características.

En todas las categorías se elaboró un mapa de red con el fin de identificar y analizar la asociación entre los códigos identificados en el discurso, agrupándolos y reduciéndolos de forma progresiva hasta generar una teoría que integrara el significado de las diferentes intervenciones. A continuación, dentro de la explicación detallada de las diferentes categorías identificadas, se muestran los diferentes mapas de red elaborados. Las diferentes figuras correspondientes con dichos mapas muestran los códigos asignados a cada categoría, la densidad o número de vínculos entre ellos, en caso de haber sido identificados, y la fundamentación o número de citas codificadas con ese código.

Los verbatims se recogen literalmente, aparecen insertados en los párrafos que explican los hallazgos en relación con las diferentes categorías. Aparecen en letra cursiva y a continuación aparece el informante entre paréntesis ("E seguido de un número" cuando se trata de un encuestado/a o

“GFec” si fue informado en el grupo focal de enfermeras clínica o “GFg” cuando se ha extraído del grupo focal de supervisores o gestores).

IV.2.2.2.1. Creencias sobre la personalización

Esta categoría agrupa los códigos vinculados al juicio de valor de los participantes sobre el modelo de atención personalizada y respecto a su aplicación práctica en el contexto asistencial hospitalario.

Por un lado, entre los participantes se observa un discurso mayoritario que describe la personalización como un modelo positivo de organización de la atención sanitaria en el hospital, que aporta valor al quehacer de la enfermera y beneficios al paciente. No obstante, esta valoración incluye una percepción del modelo como algo teórico, en el sentido de irreal, pues para muchos participantes en las condiciones actuales su aplicación es difícil o imposible. *“En la teoría, todo es maravilloso, pero en la práctica es imposible realizar papeleo, atención personalizada de calidad, con la ratio y la carga de trabajo que llevamos el personal de enfermería...”* (E28). Quienes expresan esta perspectiva sostienen que, en la realidad de la práctica diaria, la atención difiere mucho de una atención personalizada, negando que existan figuras como la enfermera y el médico referentes. *“Por desgracia actualmente eso no es posible...”* (E15).

Por otro lado, otros participantes consideran que la personalización es real, positiva y está presente en la práctica clínica de las enfermeras. No obstante, reconocen que es mejorable y difícil de llevar a cabo siendo necesario superar numerosos obstáculos para ello. *“A lo mejor no se sigue un modelo, pero hacerse se hace. Porque, ¡hombre!, normalmente se tiene en cuenta las preferencias del paciente, se tienen en cuenta. Y las necesidades se tienen en cuenta. O sea, que hacerse se hace...”* (GFec). Sólo tres participantes, afirmaron con rotundidad que en su práctica diaria personalizan los cuidados. *“Así es como lo hacemos en nuestra unidad...”* (E68).

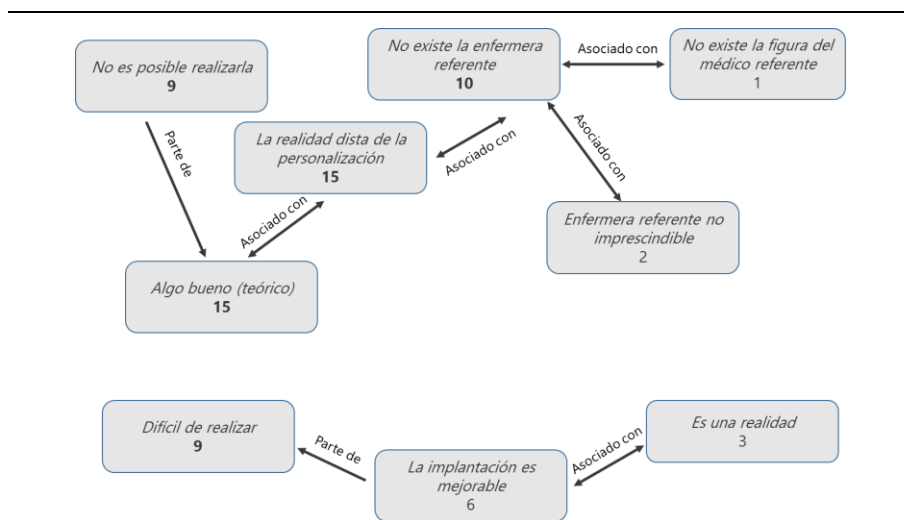


Figura R19. Mapa de red Categoría "Creencias sobre la personalización". Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

IV.2.2.2.2. Concepto de personalización

El concepto de personalización expresado mayoritariamente por los participantes se refiere a la adaptación del cuidado a las características individuales de cada paciente concreto; es decir, a la aplicación de un cuidado individualizado a la persona que se atiende. *"Implica adaptar la atención y los tratamientos a las necesidades específicas e individuales de cada paciente..."* (E18); *"Tras una charla con el paciente, más allá de síntomas y anamnesis enfermera, y con su acompañante habitual, es posible saber qué le inquieta y precisa, independientemente del tratamiento..."* (E19). No obstante, este significado, aunque compartido por la mayoría, se matiza en algunos discursos, donde la personalización también se concibe como un sistema de organización del cuidado. *"Organizar el trabajo de manera individualizada y sistemática..."* (E93). *"Es un sistema utilizado por las enfermeras/os para organizar y proveer cuidados a la ciudadanía..."* (E46).

Un elemento presente en las descripciones es que la personalización tiene como motivación esencial responder a las necesidades del paciente. *"Ajustar nuestros cuidados según las necesidades del paciente..."* (E15). En este sentido los informantes emplean términos como individualización, cuidados

holísticos y cuidados centrados en el paciente como sinónimos o expresiones que son equivalentes o inherentes a personalización. *“Cuidados a la persona en su integridad. Cuidado holístico de la persona...”* (E13); *“Unos cuidados enfermeros de calidad, individualizados y adecuados para cada paciente...”* (E77).

La asignación de una enfermera referente a cada paciente aparece en algunos discursos, aunque de manera minoritaria, como puede verse en el mapa de red. *“Yo creo que la personalización de cuidados es la asignación de una enfermera como referente del cuidado del paciente...”* (GFg); *“Con la asignación de una enfermera a cada paciente...”* (E85); *“Lo de la personalización yo lo entiendo como que: llega un paciente, tú te presentas no como la enfermera de la planta sino como María...”* (GFec).

Para un pequeño número de participantes, en cambio, la personalización se identifica con cuidar al paciente, sin atribuirle otros atributos. *“Cuidados realizados para curar o mejorar la salud de un paciente...”* (E41). (Figura R20)

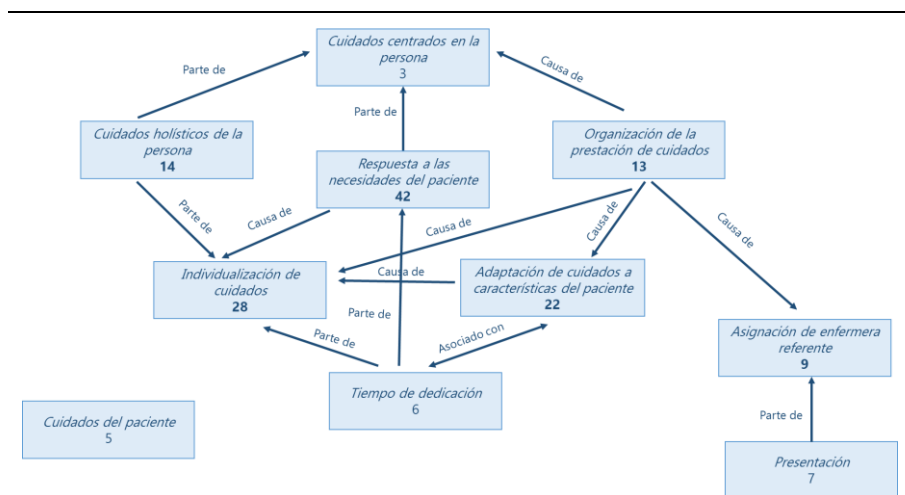


Figura R20. Mapa de red Categoría “Concepto de personalización”. Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

IV.2.2.2.3. Características de la personalización de cuidados

En el discurso de las enfermeras participantes no emerge un criterio único ni siquiera una característica ampliamente compartida que permita reconocer cuándo el cuidado que prestan es un cuidado personalizado. Las participantes nombran numerosas y diversas características, tanto en las encuestas como en los grupos, todas ellas coherentes con los atributos vinculados a los modelos de personalización descritos en la literatura. Sin embargo, ninguna de ellas aparece con la frecuencia suficiente para permitir considerarla una característica definitoria para la mayoría.

La característica que aparece con mayor frecuencia en el discurso de los participantes es la respuesta a las necesidades del paciente. *“El cuidado es personalizado cuando especifica las necesidades del individuo. En el momento que no cubre las necesidades del individuo deja de ser personalizado...”* (E46). Es, a su vez, el código con mayor fundamentación en el discurso de los participantes, ya se trate de respuesta a necesidades fisiológicas, o a las dudas o temores expresados por el paciente.; *“...no ceñirnos sólo al diagnóstico que motiva el ingreso; preocuparnos en conocer todo lo que le afecta, le preocupa, sus miedos, sus temores, su día a día...”* (E56); *“Cuando se realiza un plan individual del paciente que especifica las necesidades individuales, atendiéndolas en todos los ámbitos que sea posible, ofreciéndole seguridad, bienestar emocional...”* (E63).

Algunas enfermeras identifican que están personalizando cuando proporcionan atención al paciente y a su familia y dan respuesta a sus necesidades a través de cuidados flexibles. *“Cuando se satisfacen todas las necesidades personales del paciente. La diferencia es que no está protocolizado y se atiende a la persona según su estado actual, según su evolución, es flexible ante los cambios de estado de salud...”* (E87).

Para un grupo de participantes, la personalización se expresa también mediante el establecimiento de una relación terapéutica enfermera-paciente basada en la comunicación y la cercanía. Se establece cuando la enfermera responde a los temores, necesidades y dudas del paciente a través de un proceso de enseñanza de los cuidados necesarios para su problema de salud. *“Porque son cuidados en los que hablas con el paciente, te expresan dudas y le ayudas en su autocuidado...”* (E98); *“Una relación más estrecha con el paciente y el familiar,*

enseñarle a manejar la enfermedad, que conozca la sintomatología, cómo manejarla, en caso de empeoramiento, qué hacer, quién es su enfermera, cómo se tiene que dirigir, las dudas que tenga..." (GFg); "...e intentamos llegar a tener una relación de confianza con el paciente, que creo que es lo principal para nosotros..." (GFec). Esta relación se produce en el seno de un equipo multidisciplinar donde existe la figura de las enfermeras asociadas que continúan el cuidado al paciente cuando su enfermera referente no está presente, asegurando así la continuidad del cuidado.

Igualmente, se nombra la participación del paciente en las decisiones relacionadas con sus cuidados respetando sus preferencias "en la medida de lo posible". "El cuidado prestado está consensuado con el paciente haciéndolo participe del proceso y respetando sus decisiones...la participación activa del paciente y su entorno..." (E54) Esta matización de que no siempre es posible respetar las preferencias, se enfatiza en el discurso de algunos profesionales, sobre todo en los grupos focales. "...respetando, en la medida de lo posible, las preferencias del paciente..." (E53).

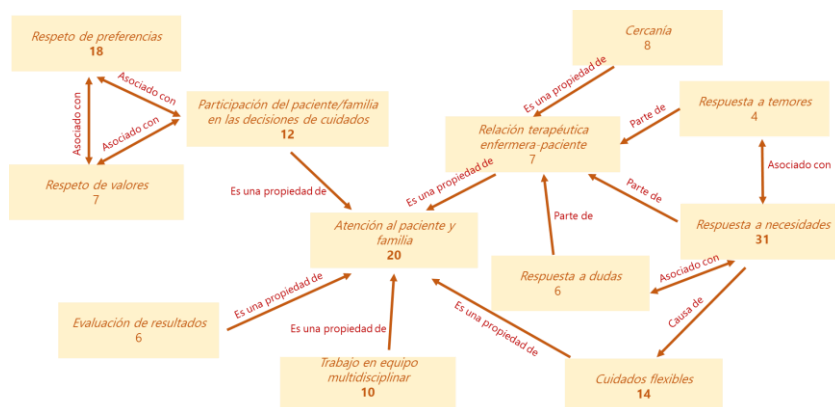


Figura R21. Mapa de red Categoría "Características de la personalización". Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

El respeto por los valores y creencias del paciente también está presente en el discurso, aunque con menor frecuencia. "Sus preferencias, claro. Él ve más importante tomarse su comunión a que yo le haga su glucemia capilar. Entonces, ¿qué hacemos...?" (GFec).

Por último, señalaron que el cuidado personalizado implicar evaluar los resultados en el paciente para verificar si realmente se ha respondido a sus necesidades. *“pero. ¡claro! Todo esto tenemos que evaluarlo, día tras día, día tras día, si no, ni individualizamos, ni personalizamos, ni nada”*. (E96). (Figura R21)

IV.2.2.2.4. Condicionantes o factores que influyen en la personalización de cuidados

Se consideraron condicionantes de la personalización aquellas situaciones, personas o estructuras que, según el discurso de los participantes, influían en las actividades dirigidas a la personalización bien fuera por su naturaleza, frecuencia, intensidad o por la forma de presentación. Estos factores podían facilitar o dificultar la personalización de los cuidados y, según la circunstancia en que se daban o el profesional que los percibía, convertirse en obstáculos. (Figura 22)

Los condicionantes expresados por los informantes se agrupan en tres subcategorías: (i) los relacionados con el contexto clínico del paciente, (ii) los ligados a la interacción del equipo multiprofesional de atención, y (iii) los vinculados a la competencia o los valores profesionales de la enfermera.

(i) Condicionantes relacionados con el contexto clínico del paciente.

Los participantes consideran que la especialidad médica de ingreso condiciona la posibilidad de personalizar el cuidado. Señalan que la personalización del cuidado es más viable en pacientes complejos o con estancias prolongadas, siempre que el aumento de necesidades de atención se acompañe de ratios de personal adecuadas. *“...en las salas quirúrgicas en las que, a lo mejor, hay más movimiento yo veo eso más dificultoso...”* (GFec); *“En cirugía concretamente la estancia hospitalaria es relativamente corta para poder individualizar cuidados.”* (E15); *“Aunque actualmente hay muchos profesionales implicados en ofrecer un cuidado personalizado, la carga asistencial, el elevado número de pacientes ectópicos...sectorización y reparto de tareas, la dificultan”* (E53).

También se destaca que las unidades con habitaciones individuales para sus pacientes favorecen la personalización. El entorno que ofrece una habitación individual permite respetar mejor las preferencias del paciente. Esta realidad se identifica en unidades donde ya sea por la patología del paciente o por el equipamiento que requiere su cuidado, éste ingresa en una habitación individual. *“...a las doce de la noche se ponía con la musiquita en cuanto se tumbaba. Entonces, está compartiendo habitación y a las 12 de la noche no son horas, ¿hasta dónde respetas tú sus creencias?”* (GFec).

(ii) Condicionantes relacionados con la interacción de los profesionales en el equipo multiprofesional de atención

Otro conjunto de condicionantes identificados deriva de la interacción entre los diferentes profesionales y servicios implicados en la atención al paciente, necesaria dentro de la atención hospitalaria. El factor más citado es la relación médico-enfermera, seguido de la comunicación con otros servicios hospitalarios implicados en el proceso del paciente (urgencias, cuidados intensivos). Mientras la buena comunicación se percibe como un facilitador, su ausencia dificulta el proceso de personalización. Desde la percepción de los participantes, la colaboración y el trabajo en equipo favorecen la personalización, mientras su disminución la dificulta. *“el hecho de que el médico pregunte quién lleva a funalito, no significa que haya una relación estrecha sino, ¡Ah!, ¿tu llevas a funalito?, pues sácale una analítica para mañana... El médico se debería sentar con la enfermera y compartir cosas sobre ese paciente, temas de cuidados. Eso no lo hacen”*. (GFg); *“...es una relación más estrecha en el sentido de que yo me puedo dirigir todos los días a ellos y comentarlo, o ellos a nosotros y decirme pues mira ha surgido esto, vamos a intentar arreglarlo o este paciente necesita..., es una relación más cercana”*. (GFg en relación a la comunicación médico-enfermera en la unidad de cuidados paliativos); *“...la comunicación con el resto de los equipos: si yo tengo un paciente que me entra en quirófano y luego en la URP se me queda otros dos días..., llega a mí cuando ingresa, llega a otro cuando llega a URP, pues es un poco complicado...”* (GFec).

En menor medida se identifica al gestor de cuidados como elemento condicionante, a pesar de ser una figura importante en el modelo de personalización de enfermera referente. *“Veo imprescindible que el supervisor del servicio haga reuniones eventuales para unificación de criterios de cuidados en el*

servicio..." (E19). Se menciona el papel de la figura del médico responsable del paciente, cuya ausencia favorece la comunicación sobre los problemas del paciente. En algunos discursos se compara el liderazgo médico como algo positivo frente a la débil figura de la enfermera referente.

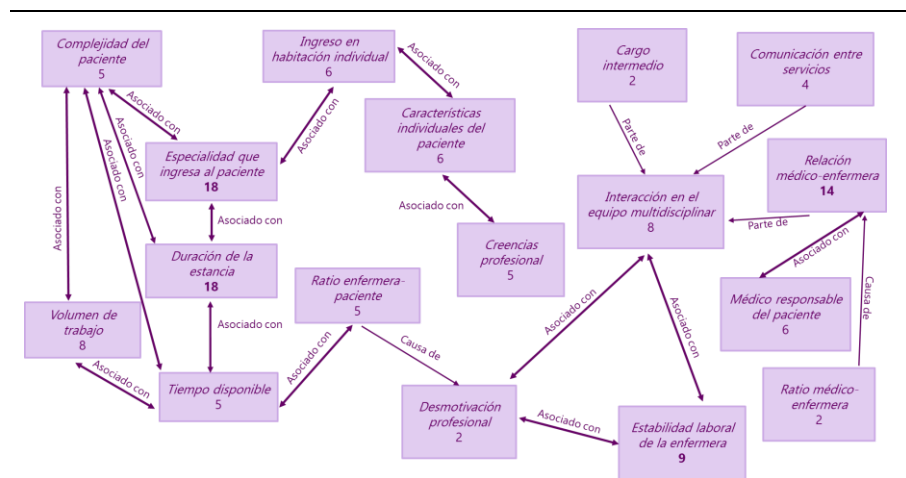


Figura R22. Mapa de red Categoría "Condiciones o factores que influyen en la personalización". Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

(iii) **Condiciones vinculadas a la competencia o los valores profesionales de la enfermera**

Los participantes expresan que la valoración de la necesidad de cuidados enfermeros, la valoración enfermera, es un elemento teórico. Sus relatos reflejan que a menudo se realiza por obligación institucional. *"Mi opinión personal es que las valoraciones, el personal las hace porque tiene que hacerlas. No porque crea en ellas."* (GFg). Algunos participantes sostuvieron que, a menudo, este documento no plasma la realidad del paciente ni resulta de un proceso real de comunicación con el paciente. *"Recuerdo enfermeros que me dicen, bueno me ha llegado el paciente pues pico, pico y pico (a la vez que golpea con el dedo índice la mesa, a modo de elegir un ítem en el programa informático donde se realiza la valoración) y sigo con lo mío"* (GFec).

En otras ocasiones, los participantes identificaron las creencias de los profesionales como un obstáculo para la personalización. Entre ellas, la percepción de que las características individuales del paciente, en especial su conocimiento sanitario, limitan el respeto a sus preferencias cuestionándose la capacidad del paciente para tomar decisiones adecuadas a su circunstancia clínica. *“El paciente no tiene conocimientos suficientes como para determinar ciertos aspectos de la sanidad o de la salud.”* (GFg).

La concepción del cuidado del profesional es otro condicionante al orientar la priorización. Cuando se prioriza la ejecución de tareas en el turno sobre la planificación o la comunicación con el paciente, la personalización se hace inviable. *“...uno de los problemas gordos es que el concepto de enfermería, lógicamente ha cambiado... pero en la cabeza de los profesionales no todos han cambiado, mantienen el concepto antiguo de la enfermería.”* (GFg).

Finalmente, la estabilidad laboral de las enfermeras es también un factor clave en la personalización al favorecer en las profesionales motivación e implicación con el trabajo. *“...darle cierta seguridad es, en ese sentido, no llegar todos los días una persona diferente. Por lo menos, ciertas personas que estén en los turnos concretos y que a esas se acoja el paciente. Es una manera de darle también a él seguridad, no puede ver todos los días en todos los turnos caras diferentes, y eso es lo que suele pasar con los contratos. Un día aquí, otro día allí...”* (GFec).

IV.2.2.2.5. Dificultades para personalizar los cuidados

Las dificultades para personalizar los cuidados se refieren a los factores que, según las enfermeras participantes, impiden llevar a cabo el proceso de personalización total o parcialmente. Todas ellas guardan relación directa o indirectamente con la organización hospitalaria, aspecto que constituye uno de los códigos más frecuentes en el discurso. Igualmente, relacionados con ella, aparecen tres elementos interdependientes que limitan la capacidad de personalizar: las ratios de personal, la elevada carga de trabajo y la falta de tiempo. *“No puedes administrar medicación a cada paciente a una hora diferente, no puedes sentar o acostar a cada uno según lo necesite el paciente porque no hay personal suficiente y además hay muchos otros aspectos que atender en un servicio, como ingresos, gestionar altas, etc.”* (E29); *“Nosotros intentamos que el paciente se sienta lo más cómodo posible, pero dependiendo también de las*

circunstancias. Por ejemplo, lo que ha comentado la compañera, el ejemplo de la glucemia, que si también empezamos ya con las barreras de la falta de tiempo, la carga de trabajo y que no nos va a dar tiempo luego de hacerle la glucemia, ¡que en ése momento es cuando tenemos el momento!, ahora ¿qué haces tú?, ¿te pones a comprender al paciente y su situación o dejas tú el trabajo y llegan las tres y no te ha dado tiempo?, es que ya entramos en muchas situaciones que dependiendo del trabajo son dificultades... es muy complicado” (GFec). “Aunque actualmente hay muchos profesionales implicados en ofrecer un cuidado personalizado, la carga asistencial, el elevado número de pacientes ectópicos (que conlleva a continuas interrupciones por parte de los facultativos), sumado a la sectorización y reparto de tareas, la dificultan en muchas ocasiones.” (E53); “Ratio de pacientes elevado, múltiples unidades de atención (ectópicos), poca, y a veces nula comunicación médico-enfermero; poca intimidad con tres pacientes por habitación y un sólo aseo; mal funcionamiento del Servicio de Farmacia, etc. etc...” (E70); “Intentar personalizar los cuidados es difícil porque choca, a veces, con las normas del hospital o con la dotación de diferentes profesionales por turno de trabajo”. (GFg).

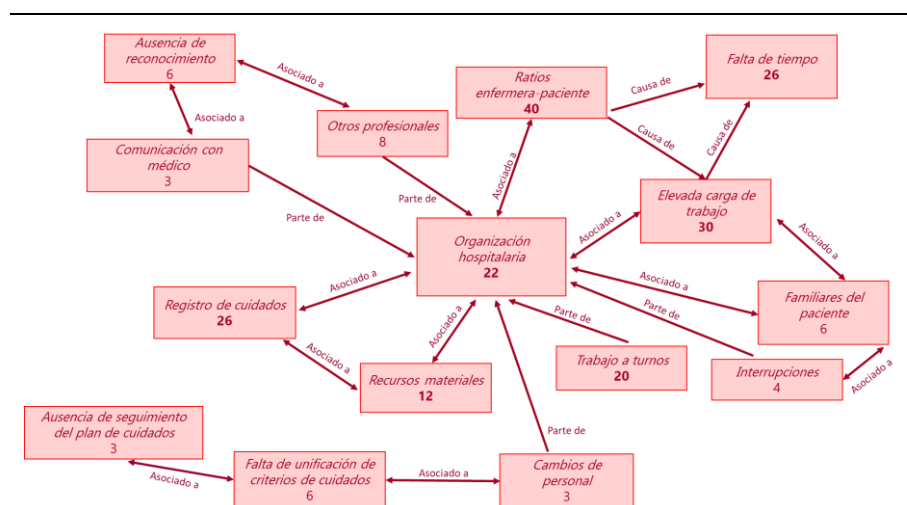


Figura R23. Mapa de red Categoría “Dificultades para personalizar los cuidados en hospitalización”. Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

Otra dificultad que ampliamente se pone de manifiesto es el trabajo a turnos, que, además de interrumpir la continuidad de la relación enfermera-paciente, impide a la enfermera referir una relación estable con su paciente. La rotación inherente a los turnos entorpece o imposibilita a la enfermera

referente la consolidación del necesario vínculo terapéutico, así como una perspectiva global del proceso y evolución del paciente. *“Como vamos cambiando de turno, tú no puedes decirle a alguien yo soy la responsable de tus cuidados y cada vez que tengas un problema acércate a mí y pregunta por mí porque, a veces estoy y, a veces no estoy...”* (GFec).

El registro de los cuidados también se identifica como una barrera relevante. Los participantes lo describen como una actividad compleja y poco operativa, condicionada por el diseño de la historia clínica, el funcionamiento del programa informático y por diversos problemas técnicos, entre otros, la disponibilidad limitada de equipos. Estas limitaciones afectan a la documentación de las acciones. En su conjunto hace que se pierda el sentido esencial de la acción como instrumento para reflejar la atención planificada y la prestada, favorecer la continuidad de cuidados y facilitar la personalización. En su lugar se utiliza como un trámite administrativo. *“El plan de cuidados es bastante complejo, tiene bastantes ítems a rellenar, es muy largo, se les hace muy arduo el rellenar el plan de cuidados y se hace como un mero trámite administrativo, para que conste informáticamente, pero en realidad, luego, no se revisa, no se actualiza, no se hacen cambios en los cuidados, no sé...como que no es muy práctico a la hora de trabajar en el día a día.”* (GFg); *“Otra cosa son los recursos materiales. El programa informático, muchas veces estás haciendo una valoración que a lo mejor en 10 minutos o un cuarto de hora, si te centras, la haces en condiciones. Entonces, si se te cuelga el ordenador te tiras tres horas, entonces muchas veces el personal de enfermería dice: ¡a la porra!”*. (GFg).

A estas dificultades se añaden otras menos frecuentes, pero igualmente significativas para la personalización. Entre ellas se encuentran: los cambios de unidad por decisión propia, que generan variabilidad en los criterios de cuidados y desconfianza en los pacientes; las interrupciones constantes durante el cuidado al paciente debidas a tareas administrativas, demandas de familiares o de otros profesionales que también atienden al paciente; escaso reconocimiento de la figura de la enfermera referente; y problemas de comunicación con el médico responsable del paciente. *“Nula, (refiriéndose a la comunicación con los médicos) hasta tal grado que dudo mucho que los médicos sepan cual es el enfermero referente del paciente que llevan. Dudo, ¡eh!. NO estoy diciendo que no los haya, pero dudo que el médico sepa que tal paciente, el enfermero referente es tal. Con lo cual, si no lo sabe, no hay coordinación.”* (GFg). (Figura R23)

IV.2.2.2.6. Requisitos para personalizar los cuidados (y subcategoría)

Los requisitos se definieron como aquellas situaciones que debían estar presentes para poder ofrecer una atención personalizada, sin las cuales esta no es posible.

El requisito principal identificado por las enfermeras participantes es la valoración del paciente, junto con una planificación de los cuidados adecuada. *"La personalización se basa en la valoración exhaustiva y global del paciente y su acompañante para poder cubrir sus necesidades dentro de la autonomía de cada persona y tener empatía ante todas las necesidades y problemas"* (E50). Para ello consideraron imprescindible conocer al paciente y comunicarse con él, de forma que se pueda establecer un vínculo que permita identificar sus fortalezas, sus problemas y sus necesidades. *"Yo podría aportar, establecer un plan de cuidados en base a una buena valoración de enfermería. Una valoración integral de la enfermería, entonces ahí se podría también personalizar los cuidados con el paciente."* (GFg). Este vínculo debería generar la confianza necesaria para que el paciente exprese sus temores con respecto al proceso que está viviendo y plantee las dudas que tenga con respecto a sus cuidados. *"Si no le conoces, difícilmente puedas ayudar."* (E77). Para que esto ocurra, las participantes señalaron la necesidad de disponer del tiempo necesario de atención directa. *"...pero hacer una valoración en cinco minutos es... ¡¡¡IMPOSIBLE, NI EN CINCO MINUTOS NI EN UNA HORA!!! Tú tienes que hacer una valoración poco a poco... pero aquí en un hospital, al menos en la zona quirúrgica, no te da tiempo a nada..."* (GFec); *"Siempre y cuando tengas tiempo de valorar sus necesidades y poder actuar en la mejora de ellas"* (E15).

Consideraron necesario, asimismo, que exista un traspaso efectivo de información entre los enfermeros que cuidan del paciente en los distintos turnos de trabajo, para garantizar la continuidad asistencial. *"Es imposible si el resto de compañeros no se comunican con la enfermera referente, ni comparten los criterios asistenciales de los cuidados del paciente."* (E19); *"Aunque se haga todo el plan de cuidados es muy importante también el cambio de turno, que se haga un buen cambio de turno, la información. Porque así vas a contar lo que necesita el paciente para los cuidados, ya sea por la mañana, por la tarde o por la noche; y eso facilita la continuidad de cuidados, es muy importante también..."* (GFg).

Aunque identificado por un reducido número de participantes, también aparecen como requisito para personalizar el cuidado la implicación profesional, la formación y el compromiso con el trabajo. *“Lo diferencia tu implicación y entrega. Cada Paciente tiene unas necesidades diferentes. ¿Se ven cumplidas dichas necesidades? Si es afirmativo, significa que estás dando un cuidado personalizado...”* (E77).

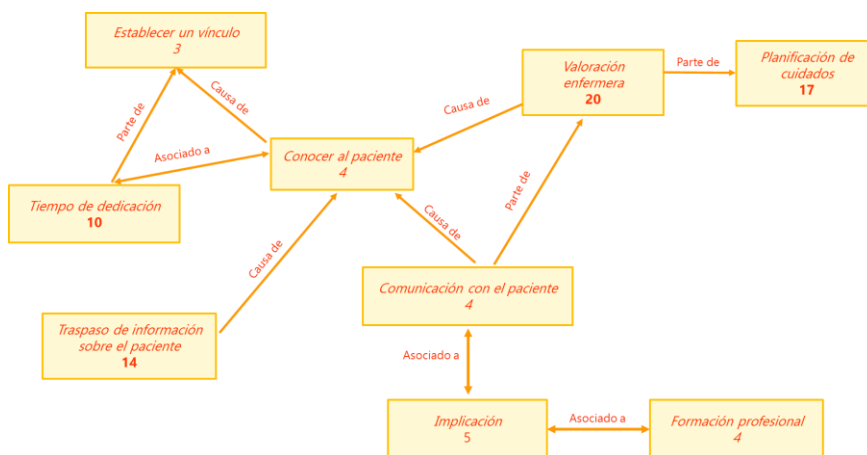


Figura R24. Mapa de red Categoría “Requisitos para personalizar los cuidados en hospitalización”. Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

Subcategoría: La valoración del paciente por parte de la enfermera

El término valoración emerge constantemente en el discurso de los grupos focales y de los grupos de discusión como un requisito indispensable para personalizar los cuidados. Para las participantes constituye un elemento de gran relevancia pues permite identificar las necesidades y recursos del paciente y, por tanto, está estrechamente vinculado al concepto de personalización. *“Porque se hace valoración de necesidades, en el no personalizado actúa sobre problemas concretos no teniendo en cuenta otros aspectos necesarios para que el paciente pueda llegar a su autocuidado.”* (E6).

Esta importancia justificó la inclusión en la encuesta destinada a las enfermeras de una pregunta específica sobre si la valoración se consideraba un componente imprescindible para personalizar los cuidados, acompañada de un ítem abierto para recoger las razones que sustentaban tanto las

respuestas afirmativas como las negativas. La información obtenida se analizó como una subcategoría propia y se agruparon en ella los códigos identificados en el análisis, tal como aparecen en la figura del mapa de red. (Figura R24a)

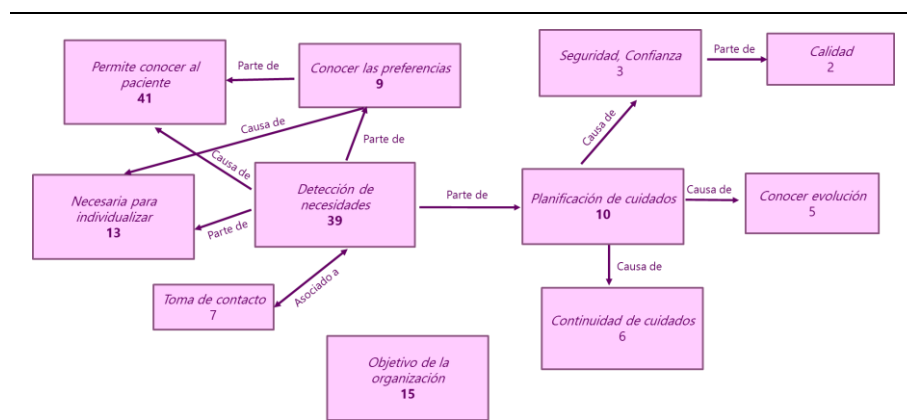


Figura R24a. Mapa de red subcategoría “La valoración enfermera”. Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

Mayoritariamente la valoración se describe como un instrumento que permite conocer al paciente y detectar sus necesidades, reforzando así su papel como requisito previo para la planificación de cuidados. A través de ella es posible identificar las preferencias del paciente, establecer objetivos individualizados, definir los resultados esperados y evaluar los resultados de las intervenciones planificadas con el paciente. *“Valorar adecuadamente las necesidades del paciente permite realizar el consiguiente plan de cuidados adaptado a los valores y preferencias del paciente. Cuando no se puedan respetar estas preferencias será necesario llegar a un acuerdo que beneficie a las dos partes. De esta forma, paciente y cuidadores se implicarán satisfactoriamente en su cuidado, que beneficiará de forma importante a la continuidad de cuidados.”* (E53).

Además, se considera también un instrumento que aporta calidad, seguridad, confianza y continuidad al cuidado. Su adecuada realización favorece intervenciones ajustadas y coherencia en las acciones de los distintos profesionales que participan en su cuidado. *“A la hora de seguir la evolución del paciente es necesario tener la valoración inicial a la llegada al servicio. Para continuar con sus cuidados...”* (E63).

IV.2.2.2.7. Resultados derivados de la personalización

Los participantes en el estudio relacionan la atención personalizada con la calidad de cuidados. *"Ahora, desde luego, una personalización de los cuidados mejora sustancialmente los cuidados..."* (GFg). Esta calidad se expresa de forma explícita y a través de dimensiones asociadas, como: la seguridad del paciente; el mayor conocimiento que la enfermera adquiere sobre él; la confianza que se establece en la relación terapéutica; la eficiencia que favorece el autocuidado; y la satisfacción o el bienestar emocional del paciente. *"Un paciente satisfecho y agradecido es la señal de que se están prestando cuidados de calidad."* (E58). *"Se adapta a las necesidades únicas de cada individuo, mejora del bienestar emocional, reduce el estrés y promueve un sentido de independencia."* (E96). Sólo dos participantes mencionaron la satisfacción profesional. *"En la satisfacción tanto del paciente y acompañante, como del enfermero."* (E50). Mapa de red en figura R25.

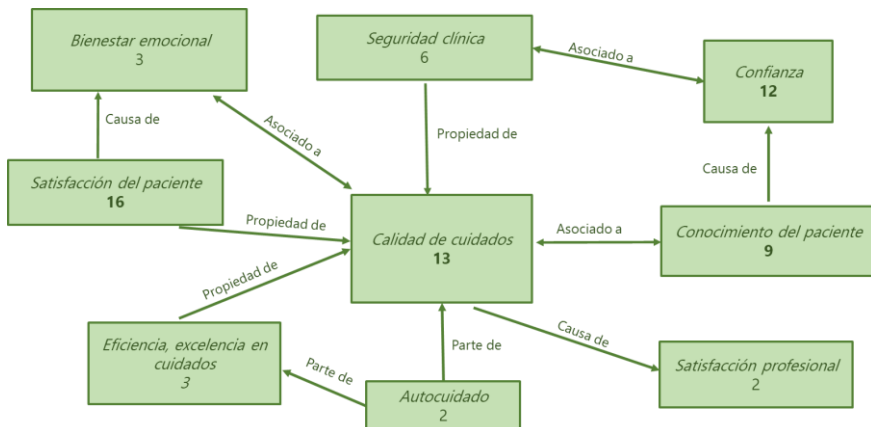


Figura R25. Mapa de red Categoría "Resultados". Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

IV.2.2.2.8. La enfermera referente: asignación y características

IV.2.2.2.8.1. Sobre la asignación de la enfermera referente

La mayor parte de los participantes señaló que la asignación de la enfermera referente se realizaba según el turno de trabajo o el momento de ingreso, coincidiendo con la valoración del paciente. En estas circunstancias, la enfermera que se encontraba en ese momento de turno y tenía asignada la

cama correspondiente en su sector de cuidados, se convertía automáticamente en la enfermera referente del paciente. En muy pocos casos se hablaba de una asignación en base a necesidades del paciente, definida mediante un protocolo o realizada directamente por la gestora de cuidados. *“Por asignación de habitaciones. Los pacientes que ingresan en esas habitaciones y en su turno, es la enfermera referente y colaboradora del resto se los cuidados de las demás pacientes.”* (E21). (Figura R26)

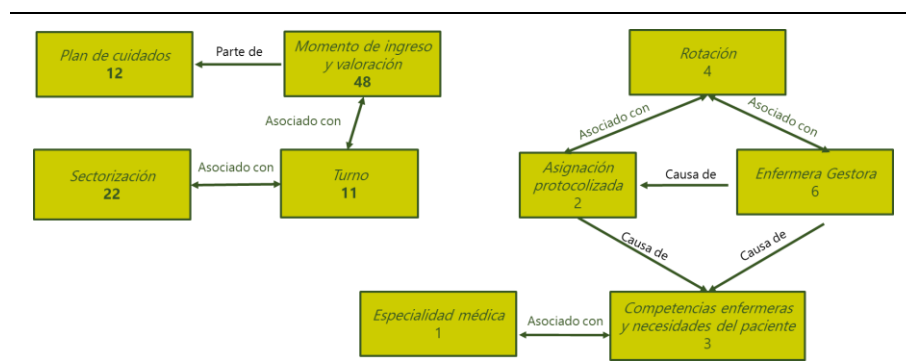


Figura R26. Mapa de red: "Asignación de la enfermera referente". Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

IV.2.2.2.8.2. Respecto a las características de la enfermera referente

Aunque de forma minoritaria, algunos discursos hicieron referencia a las características que debe reunir la enfermera que presta una atención personalizada, lo que permitió considerar este aspecto como una categoría emergente. Las participantes describen a la enfermera referente como una profesional que cuenta con las competencias necesarias para detectar y responder a las necesidades del paciente. Se convierte en referente cuando es capaz de iniciar, desarrollar y mantener una relación terapéutica con el paciente desde un uso positivo de la empatía. Es un vector de comunicación dentro del equipo. Los pacientes acuden a ella ante las dudas que sienten. *“Con dudas se quedan muchos. Cuando habla el facultativo, se quedan con muchísimas dudas y después se dirigen a la enfermera, a su enfermera.”* (GFg). Facilita la comunicación dentro del equipo multiprofesional y se coordina con otros profesionales y niveles de atención. *“Se establece una relación terapéutica entre la enfermera referente y el paciente, a través de la cual éste reconoce en la enfermera a una profesional capacitada para responder a sus demandas y para acompañarlo en su proceso de adaptación a su nueva situación de salud.”* (E8).

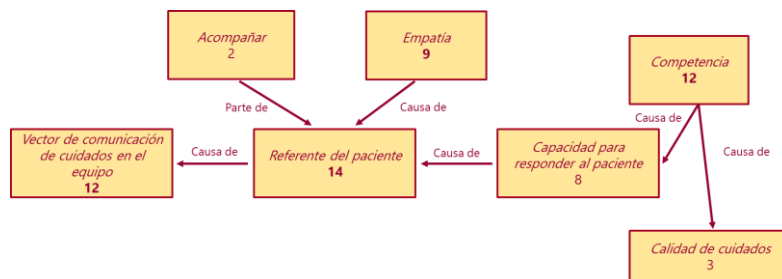


Figura R27. Mapa de red: "Características de la enfermera referente". Códigos identificados, densidad entre códigos y fundamentación

Entre las cualidades señaladas como esenciales destacan las habilidades de comunicación, la capacidad de establecer una relación terapéutica con el paciente generando confianza y comprensión empática, todos ellos elementos fundamentales para personalizar los cuidados y aportar calidad a los mismos. *"La enfermera referente tiene que tener también una serie de cualidades como empatía con ese paciente, establecer una relación de confianza como tú dices (mirando a otro) con el paciente. Que ese paciente vea en esa persona al referente de su cuidado."* (GFg).

IV.2.2.3. Análisis de contenido y análisis del discurso: grupos focales y preguntas abiertas de la encuesta. Resultados por hospitales

Aunque algunos elementos del discurso de las enfermeras en las encuestas realizadas son comunes en los hospitales estudiados, existen diferencias en el discurso de los participantes en algunas categorías según el centro de trabajo.

IV.2.2.3.1 Concepto y características

En todos los centros participantes la personalización se relaciona mayoritariamente con la respuesta a las necesidades del paciente y con la individualización de los cuidados. (Figura R28)

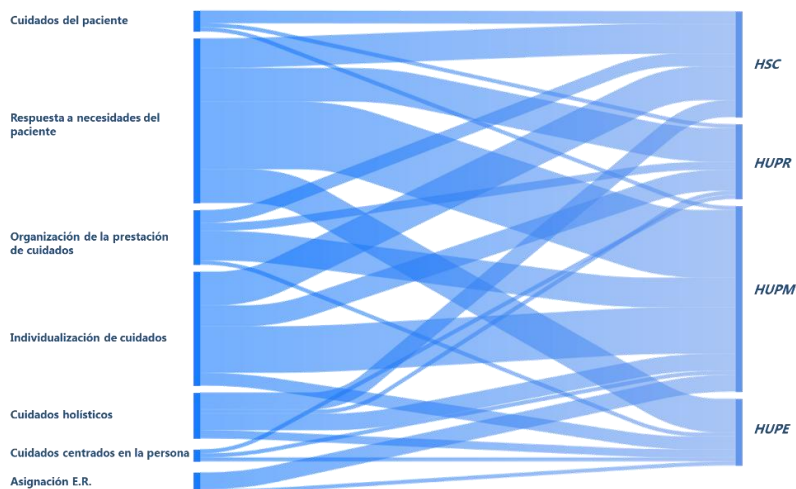


Figura R28. Diagrama de Sankey, análisis código-documento "concepto de personalización-hospital". Se muestran distribución y densidad de los códigos asignados a la categoría "concepto de personalización" en el discurso de las enfermeras encuestadas en los distintos hospitales en estudio. Los flujos anchos indican una mayor frecuencia en la aparición del código. Los flujos estrechos representan aspectos marginales, mencionados con menor frecuencia. El diagrama permite observar qué códigos aparecen con mayor frecuencia y cuáles de ellos se distribuyen de forma desigual entre los hospitales estudiados.

No obstante, emergen matices diferenciadores. En HUPM, HUPE y HUPR el concepto de personalización como respuesta a las necesidades del paciente es la respuesta que alcanza una mayor frecuencia de respuesta. Sin embargo, no ocurre igual en HSC centro en el que la individualización de cuidados es la respuesta con un porcentaje mayor. (Tabla R13 en **negrita** la respuesta con mayor frecuencia relativa en el centro).

En lo que respecta a las características del cuidado personalizado. En HUPE, la flexibilidad en los cuidados aparece como la característica más destacada. En el resto de centros la flexibilidad se integra en el concepto de personalización y en sus características distintivas, apareciendo la respuesta a las necesidades como la característica nombrada con más frecuencia en HUPM y HSC, en este último cercana al 60%. En HUPR ninguna característica destaca sobre las demás en la frecuencia en que aparece en el discurso de las enfermeras.

Tabla R13. Análisis código-documento "Concepto de personalización-hospitales en respuestas a encuestas. Frecuencias absolutas y relativas de los códigos identificados en las respuestas de los participantes.

	HUPE Gr=79; GS=15		HUPM Gr=260; GS=51		HUPR Gr=80; GS=17		HSC Gr=109; GS=27		Totales Absoluto
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	
• Asignación E.R. Gr=9	1	6,25%	4	8,89%	0	0,00%	0	0,00%	5
• Cuidados centrados en la persona Gr=3	1	6,25%	1	2,22%	1	5,26%	0	0,00%	3
• Cuidados del paciente Gr=5	0	0,00%	1	2,22%	1	5,26%	3	12,00%	5
• Cuidados holísticos Gr=14	2	12,50%	4	8,89%	1	5,26%	4	16,00%	11
• Individualización de cuidados Gr=28	3	18,75%	11	24,44%	5	26,32%	8	32,00%	27
• Organización de la prestación de cuidados Gr=13	1	6,25%	7	15,56%	2	10,53%	3	12,00%	13
• Respuesta a necesidades paciente Gr=42	8	50,00%	16	35,56%	8	42,11%	7	28,00%	39
• Tiempo de dedicación Gr=6	0	0,00%	1	2,22%	1	5,26%	0	0,00%	2
TOTALES	16	100,00%	45	100,00%	19	100,00%	25	100,00%	105

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el centro hospitalario: Número de citas identificadas en todos los documentos (totalidad de respuestas de las encuestas) procedentes de ese centro hospitalario.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de ese centro hospitalario.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Otro hallazgo digno de mención, con respecto a las características de la personalización, lo constituye el hecho de que únicamente en HUPM las participantes mencionan el establecimiento de una relación terapéutica entre el paciente y su enfermera referente. Asimismo, el único hospital dónde no se hace referencia a la cercanía en relación con la personalización es HUPR. La participación del paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado, no aparece en el discurso de los participantes procedentes de HSC y se menciona de forma marginal en las participantes procedentes tanto de HUPE como de HUPR. Sin embargo, en HUPM es la segunda característica en relación a la frecuencia de aparición, junto con la atención al paciente y familia.

El código atención al paciente y familia, aparece con una frecuencia relevante en todos los centros excepto HSC. (Tabla R14)

Tabla R14. Análisis código-documento "Características de la personalización-hospitales en respuestas a encuestas.

	HUPE Gr=79; GS=15		HUPM Gr=260; GS=51		HUPR Gr=80; GS=17		HSC Gr=109; GS=27		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	Absoluto
• Atención paciente/familia Gr=20	2	14,29%	7	15,22%	4	20,00%	1	8,33%	14
• Cercanía Gr=8	1	7,14%	1	2,17%	0	0,00%	2	16,67%	4
• Flexibilidad de cuidados Gr=14	5	35,71%	3	6,52%	4	20,00%	0	0,00%	12
• Evaluación de resultados Gr=6	0	0,00%	2	4,35%	2	10,00%	1	8,33%	5
• Participación paciente/familia en las decisiones de su cuidado Gr=12	1	7,14%	7	15,22%	2	10,00%	0	0,00%	10
• Relación terapéutica Gr=7	0	0,00%	2	4,35%	0	0,00%	0	0,00%	2
• Respeto de preferencias Gr=18	1	7,14%	5	10,87%	1	5,00%	1	8,33%	8
• Respeto de valores Gr=7	0	0,00%	1	2,17%	0	0,00%	0	0,00%	1
• Respuesta a dudas Gr=6	0	0,00%	1	2,17%	2	10,00%	0	0,00%	3
• Respuesta a necesidades Gr=31	3	21,43%	15	32,61%	4	20,00%	7	58,33%	29
• Respuesta a temores Gr=4	1	7,14%	1	2,17%	1	5,00%	0	0,00%	3
• Trabajo en equipo multidisciplinar Gr=10	0	0,00%	1	2,17%	0	0,00%	0	0,00%	1
TOTALES	14	100,00%	46	100,00%	20	100,00%	12	100,00%	92

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el centro hospitalario: Número de citas identificadas en todos los documentos (totalidad de respuestas de las encuestas) procedentes de ese centro hospitalario.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de ese centro hospitalario.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

IV.2.2.3.2 Requisitos necesarios para personalizar los cuidados

El HUPM es el centro donde las enfermeras participantes identifican un mayor número de requisitos para personalizar los cuidados. En los demás hospitales, los requisitos que se nombran son la valoración inicial y la planificación de los cuidados. Solo en casos puntuales se alude a la exigencia de conocer con la profundidad necesaria al paciente o de disponer del tiempo de dedicación adecuado, como se muestra en la figura R29 con el diagrama de Sankey correspondiente. La tabla de frecuencias puede consultarse en Anexos X.

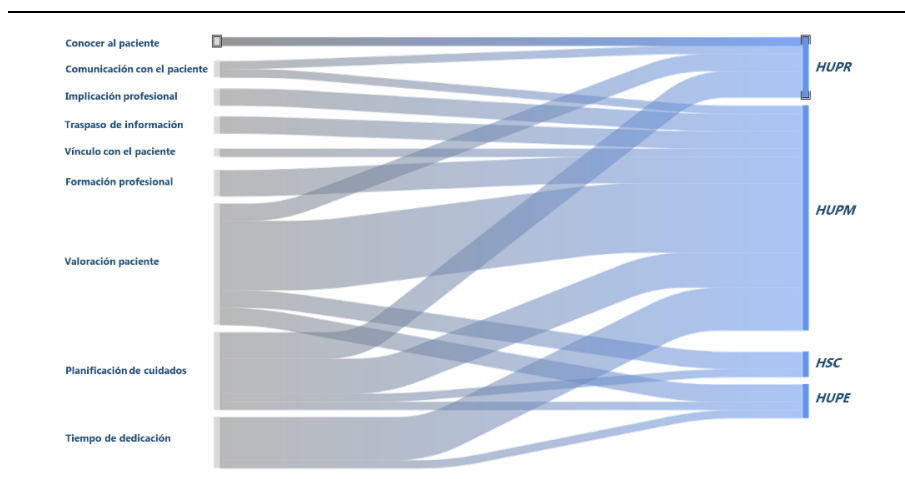


Figura R29. Diagrama de Sankey, análisis código-documento “Requisitos para personalizar-hospital” en las respuestas de las encuestas a enfermeras.

Se muestran distribución y densidad de los códigos asignados a la categoría “requisitos” en el discurso de las enfermeras participantes en los distintos hospitales en estudio. Véase pie de figura 27.

El análisis efectuado en relación con los resultados previsibles de la atención personalizada y con los condicionantes para la personalización en el discurso de las enfermeras participantes muestra resultados similares en todos los centros.

Con respecto a las dificultades identificadas por los profesionales para personalizar los cuidados, el análisis muestra un patrón homogéneo en todos los centros hospitalarios. Como se refleja en el diagrama de Sankey (figura R30), las dificultades mencionadas son numerosas y coincidentes en todos los hospitales. La elevada carga de trabajo, la falta de tiempo, las ratios enfermera-paciente existentes y la organización hospitalaria presentan un grosor similar en los cuatro centros indicando que las participantes mencionan estos obstáculos con una frecuencia equivalente en todos ellos. Las barreras identificadas, reflejadas en los flujos más gruesos, se corresponden con dificultades ligadas a aspectos organizativos. Los flujos más delgados se relacionan con barreras que tienen un impacto menor o bien son específicas para centros concretos.

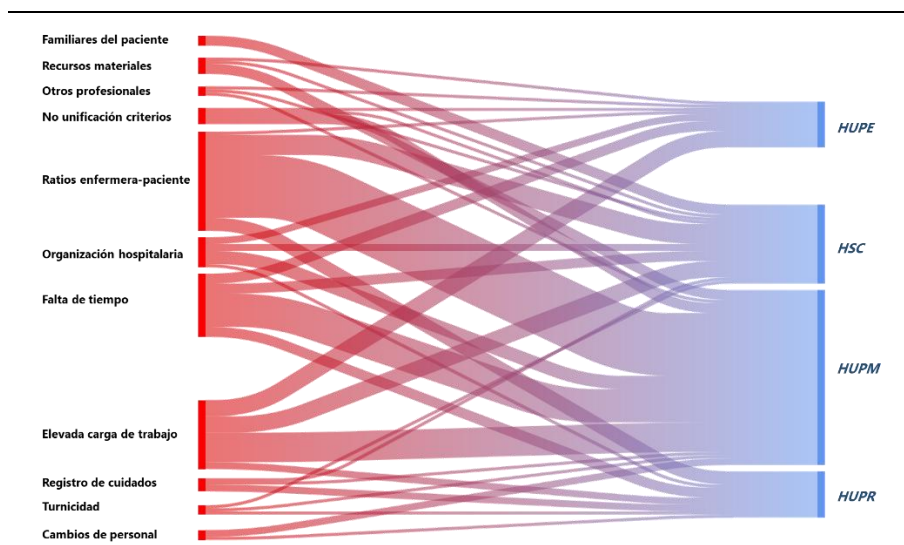


Figura R30. Diagrama de Sankey, análisis código-documento "dificultades percibidas para personalizar-hospital" en las respuestas de las encuestas a enfermeras.

Se muestran distribución y densidad de los códigos asignados a la categoría "dificultades" en el discurso de las enfermeras participantes en los distintos hospitales en estudio. Ver pie de figura R27.

En la tabla R15 puede observarse cómo en HUPR, HUPM y HSC la principal dificultad manifestada a la hora de personalizar la atención es la ratio enfermera-paciente existente en el centro. En HUPE las enfermeras identifican como principal dificultad la elevada carga de trabajo seguida de la falta de tiempo. Estas dos dificultades son las que siguen a la ratio en frecuencia en el resto de los centros participantes, observación lógica dada la relación existente entre ellas. Todas ellas se encuentran relacionadas con la organización hospitalaria que, en todos los centros, también es un código nombrado explícitamente por las enfermeras en sus respuestas a las encuestas. Únicamente en HSC se nombra a los familiares del paciente como una dificultad para personalizar los cuidados enfermeros. El sistema de trabajo a turnos apenas es nombrado como dificultad en las respuestas de las encuestadas.

Tabla R15. Análisis código-documento "Dificultades para personalizar-hospital en respuestas a encuestas

	HUPE Gr=79; GS=15		HUPM Gr=260; GS=51		HUPR Gr=80; GS=17		HSC Gr=109; GS=27		Totales Absoluto
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	
• Sistema de trabajo a turnos Gr=20	0	0,00%	1	2,00%	1	7,14%	1	4,35%	3
• Cambios de personal Gr=3	0	0,00%	2	4,00%	1	7,14%	0	0,00%	3
• Elevada carga de trabajo Gr=30	5	38,46%	9	18,00%	2	14,29%	5	21,74%	21
• Falta de tiempo Gr=26	3	23,08%	10	20,00%	3	21,43%	3	13,04%	19
• Familiares del paciente Gr=6	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	13,04%	3
• Organización hospitalaria Gr=22	2	15,39%	4	8,00%	1	7,14%	2	8,70%	9
• Otros profesionales Gr=9	1	7,69%	1	2,00%	0	0,00%	1	4,35%	3
• Ratios existentes Gr=40	1	7,69%	19	38,00%	4	28,57%	6	26,09%	30
• Recursos materiales Gr=12	1	7,69%	3	6,00%	0	0,00%	1	4,35%	5
• Registro de los cuidados Gr=26	0	0,00%	1	2,00%	2	14,29%	1	4,35%	4
TOTALES	13	100,00%	50	100,00%	14	100,00%	23	100,00%	100

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el centro hospitalario: Número de citas identificadas en todos los documentos (totalidad de respuestas de las encuestas) procedentes de ese centro hospitalario.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de ese centro hospitalario.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

IV.2.2.4. Análisis del discurso: grupos focales. Resultados por puesto de trabajo

El análisis de los grupos focales, diferenciando entre el grupo de supervisores (enfermeras gestoras) y el grupo de enfermeras clínicas o asistenciales, muestra diferencias en el discurso de ambos grupos de participantes. La distribución de las categorías identificadas en el discurso de los dos grupos focales se representa mediante diagramas de Sankey y las tablas de frecuencias puede consultarse en Anexos X.

IV.2.2.4.1 Respecto al concepto de la personalización

En el grupo de supervisores, el concepto de personalización se vincula principalmente con la asignación de una enfermera referente del paciente y, por extensión, con la aplicación del modelo de enfermera referente. Así mismo, aunque con menor frecuencia, se asocia con el concepto de atención integral, holística. En cambio, en el grupo de enfermeras clínicas, la

personalización se relaciona con acciones concretas como presentarse al paciente y responder a sus necesidades. No existe una referencia explícita a la responsabilidad continuada que la enfermera referente asume en relación con el cuidado de un paciente concreto, ni se alude a la asignación de desempeñar el papel de la enfermera referente y hacerse cargo de dicho rol. (Figura R31)



Figura R31. Análisis concepto de personalización-grupos focales. Se muestran distribución y densidad de los códigos asignados a la categoría "concepto de personalización" en el discurso de los participantes en los grupos focales. Ver pie de figura R27.

IV.2.2.4.2 Sobre las características de la personalización

En líneas generales, el discurso de las participantes que desarrollan el perfil de enfermeras asistenciales, se muestra amplio y con matices respecto a las características. Emergen elementos como: la respuesta a los temores del paciente; la evaluación de los resultados de las intervenciones; así como, el respeto a los valores y preferencias del paciente. Estas características no aparecen en el discurso de las participantes que desarrollan el perfil de enfermeras supervisoras.

Sin embargo, en el grupo focal de enfermeras supervisoras emergen algunos aspectos adicionales no expresados en el grupo de enfermeras asistenciales. Es el caso de los vinculados a la organización del trabajo, el trabajo en equipo, o la flexibilidad de los cuidados. También hacen referencia a otros elementos como la participación del paciente en las decisiones sobre su cuidado, aunque cuestionan su capacidad para decidir.

El diagrama de Sankey sobre características de la personalización (Figura R32) mencionadas en los grupos focales y evidenciadas por el grosor de los flujos, muestra la frecuencia con la que cada grupo expresó las características recogidas en la figura. Mientras las gestoras centran su discurso en aspectos organizativos y relacionales más ajustados a su rol (perspectiva macro), las enfermeras clínicas destacan características relacionales y prácticas ligadas al cuidado directo del paciente (perspectiva micro). Ambos grupos comparten características como respeto por las preferencias, respuesta a dudas y trabajo en equipo. Sus distintos enfoques son fundamentales para alcanzar una correcta personalización en el ámbito hospitalario.

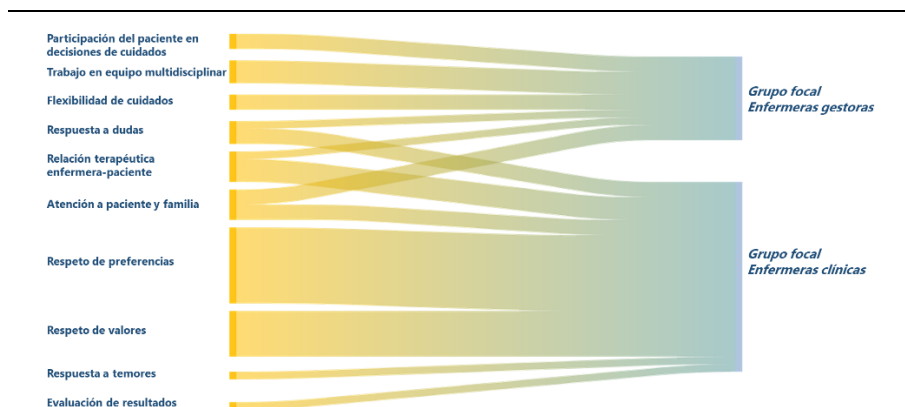


Figura R32. Diagrama de Sankey. Características de la personalización mencionadas por las enfermeras clínicas y gestoras participantes en los grupos focales

IV.2.2.4.3 Requisitos para la personalización

Ambos grupos focales coinciden en identificar como condiciones necesarias para la personalización: la valoración del paciente; la planificación de los cuidados; y el traspaso de información. Aunque ambos grupos reconocen la valoración del paciente como un requisito esencial, al indagar sobre ésta, en ambos grupos se destaca que, en la práctica, se percibe principalmente como un objetivo institucional. También, consideran requisitos el tiempo de dedicación al paciente y el establecimiento de un vínculo

terapéutico, Sin embargo, se observan diferencias entre los grupos: las gestoras identifican la implicación profesional como algo necesario para personalizar, sin embargo, las enfermeras asistenciales no mencionan este requisito. Para ellas una condición esencial para la personalización es poder conocer al paciente y disponer de tiempo de dedicación. En la figura R33 se observan las tres condiciones compartidas (valoración del paciente, planificación de cuidados y traspaso de información) y las singularidades identificadas en ambos roles. Mientras las gestoras enfatizan en aspectos organizativos y actitudinales, las asistenciales lo hacen en aspectos operativos y terapéuticos.

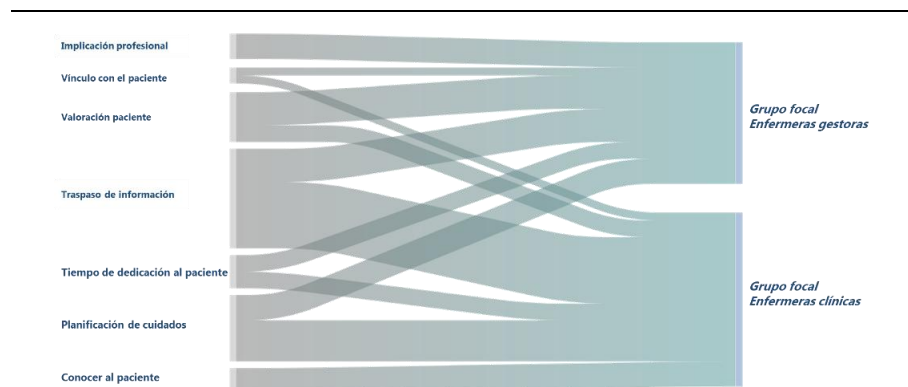


Figura R33. Diagrama de Sankey. Requisitos para la personalización expresados por enfermeras gestoras y enfermeras asistenciales en los grupos focales

Respecto al análisis específico sobre los significados asignados a la valoración de la necesidad de cuidados del paciente, expresada como valoración enfermera, en ambos grupos focales se observan tanto convergencias como divergencias (Figura R34). Ambos grupos coinciden en que la valoración del paciente es un requisito inherente a la atención sanitaria. En consecuencia, detectar las necesidades de cuidados es un objetivo tanto de la organización como del profesional. Enfermeras gestoras y asistenciales la contemplan como una parte fundamental del proceso de cuidados, cuya realización se requiere para poder planificarlos correctamente.

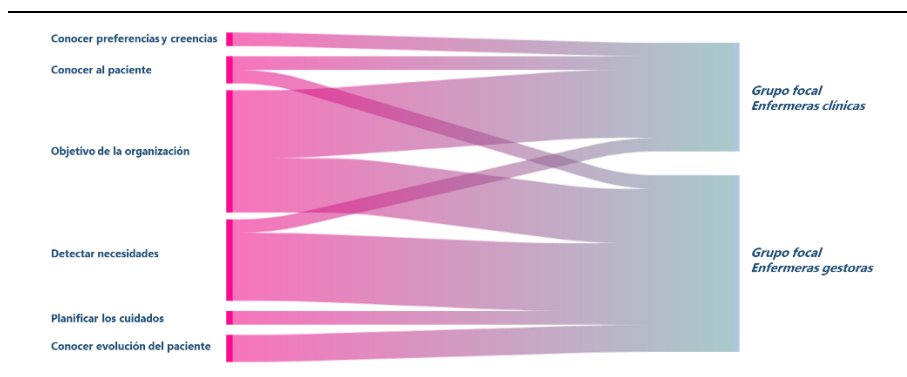


Figura R34. Diagrama de Sankey sobre los significados atribuidos a la valoración enfermera como una condición esencial para la personalización en enfermeras gestoras y enfermeras asistenciales participantes en grupos focales

Para las enfermeras clínicas la valoración del paciente tiene un elevado componente relacional y de individualización, al permitirles conocer al paciente e identificar sus valores y preferencias. Sin embargo, para las enfermeras gestoras es, además, un objetivo institucional que permite identificar problemas, así como evaluar los resultados y evolución del paciente. El análisis muestra la diferencia de perspectiva asociada al rol: para las enfermeras clínicas tiene un sentido ligado al proceso de cuidados y para las enfermeras gestoras lo tiene asociado a la supervisión del proceso de cuidados y a metas de la organización.

IV.2.2.4.4 Condicionantes y dificultades

IV.2.2.4.4.1. Condicionantes

Ambos grupos aluden a múltiples factores como condicionantes de la personalización (Figura R35). Comparten en su discurso el identificar características relacionadas con el contexto clínico y la singularidad del paciente, tales como la duración de la estancia; la complejidad de los cuidados; la especialidad médica de ingreso; y los conocimientos sanitarios del paciente. Además, reconocen condicionantes vinculados a las relaciones dentro del equipo, en especial a la relación médico-enfermera; el médico responsable del paciente; y las ratios enfermera-paciente.

A su vez, se observan diferencias en relación con los condicionantes y las dificultades según su rol. Las enfermeras gestoras enfatizan en aspectos

asociados a una perspectiva organizacional, como la interacción del equipo multidisciplinar; la relación médico-enfermera; el tiempo disponible; y la variabilidad asistencial. Las enfermeras asistenciales añaden otros elementos condicionantes, tales como la estabilidad laboral de las enfermeras, al considerar que permanecer asignadas a la misma unidad facilita la personalización; la posibilidad de que el paciente disponga de una habitación individual; el volumen de trabajo; y la comunicación con otros servicios.

Aunque ambos grupos coinciden en factores clínicos, estructurales y relacionales, las enfermeras gestoras resaltan aspectos organizativos y las enfermeras asistenciales enfatizan en factores relacionados con la práctica cotidiana y la estabilidad del personal.

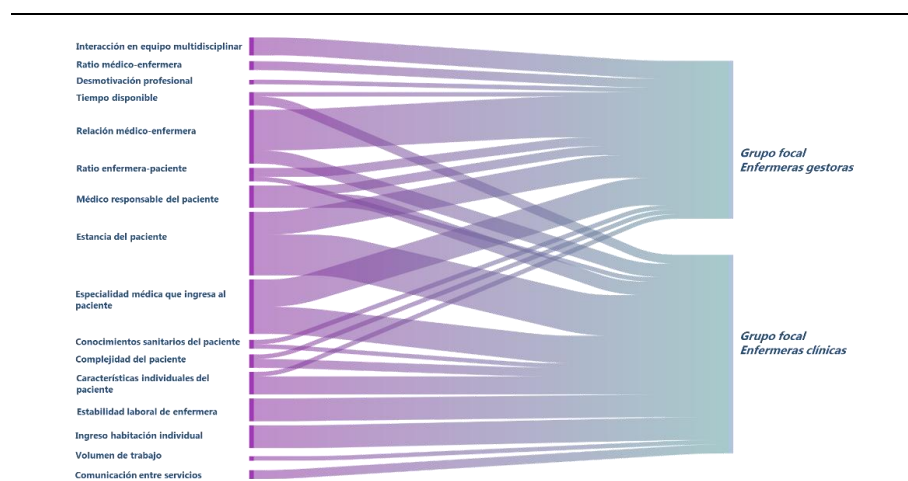


Figura R35. Diagrama de Sankey. Condicionantes de la personalización identificados por enfermeras gestoras y enfermeras asistenciales participantes en grupos focales

IV.2.2.4.4.2 Dificultades

En el discurso de enfermeras gestoras y enfermeras asistenciales sobre las dificultades para personalizar los cuidados encontramos coincidencias. Ambos grupos coinciden en considerar dificultades importantes al sistema de trabajo a turnos, el registro de los cuidados y a la organización hospitalaria. Asimismo, se refieren a otras como los recursos disponibles, la falta de

tiempo, los familiares de los pacientes, la relación con otros profesionales, la comunicación con el médico y la elevada carga de trabajo.

No obstante, emergen diferencias entre ambos grupos. Para las enfermeras asistenciales una dificultad es la falta de seguimiento del plan de cuidados por parte de las compañera. Para las enfermeras gestoras son relevantes las interrupciones durante la valoración enfermera o la planificación de cuidados, el escaso reconocimiento por parte de otros profesionales (principalmente médicos y técnicos de cuidados auxiliares) de la figura de la enfermera referente, y las ratios enfermera-paciente existentes. Esta última dificultad no aparece en el grupo de enfermeras asistenciales. Las enfermeras gestoras enfatizan en mayor medida aspectos organizativos mientras las enfermeras asistenciales lo hacen sobre dificultades operativas. (Figura 36)

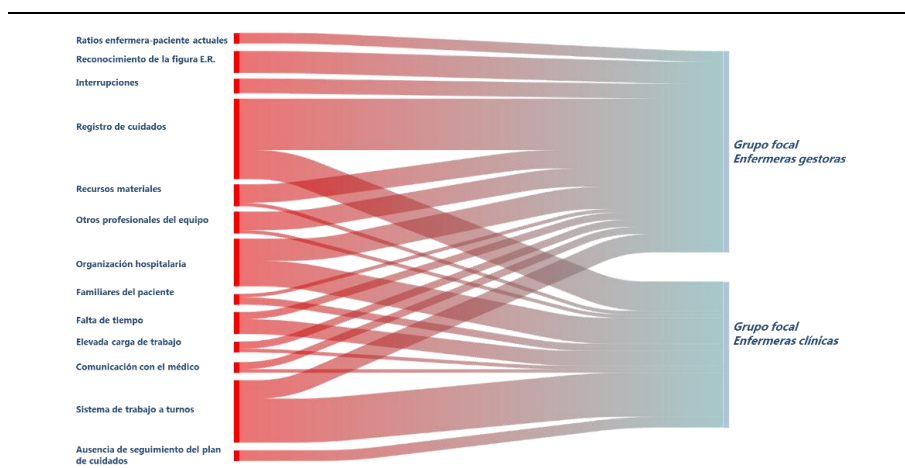


Figura R36. Diagrama de Sankey. Dificultades para la personalización identificadas por enfermeras gestoras y enfermeras clínicas en los grupos focales

IV.2.2.4.5 Características de la enfermera referente

Por último, en relación con las características de las enfermeras cuando personalizan el cuidado, ambos grupos coinciden en señalar que estas profesionales actúan como referentes para el paciente, muestran empatía

positiva y son el vector de comunicación sobre los cuidados de ese paciente dentro del equipo. Las enfermeras clínicas señalan que son las que responden a las necesidades del paciente, mientras que las gestoras ven en esta figura la forma de garantizar cuidados de calidad.

En la Figura R37 se observa la existencia de una idea central compartida sobre características esenciales de la enfermera referente. A su vez, se aprecian diferencias ligadas al rol.

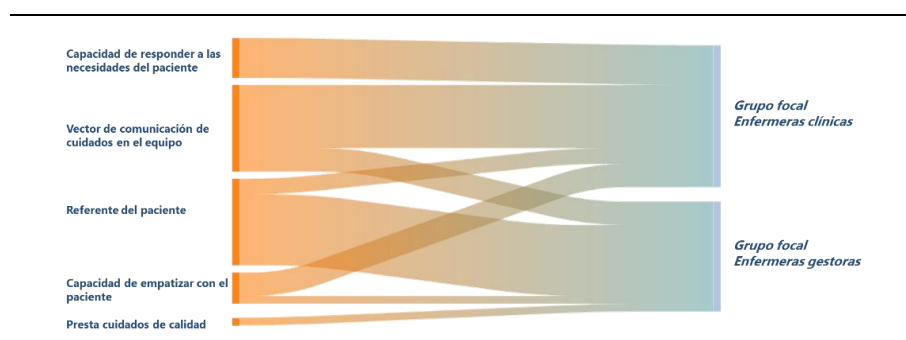


Figura R37. Diagrama de Sankey. Características de la enfermera que personaliza el cuidado

IV.2.2.5. Análisis de contenido y análisis del discurso: encuesta. Resultados por puesto de trabajo

Igual que en apartados previos, se comparó el discurso de las enfermeras clínicas (puesto de trabajo asistencial) con el de las gestoras (puesto de trabajo cargo intermedio) que cumplimentaron la encuesta.

IV.2.2.5.1 Concepto y características

La comparación entre enfermeras gestoras y enfermeras clínicas, se representa en la figura R38. Al comparar el discurso reflejado en las encuestas se observa que tanto enfermeras clínicas como enfermeras gestoras coinciden al entender la personalización como un instrumento para la organización de los cuidados orientado a individualizar su prestación. Se concibe como un cuidado centrado en la persona que responde a las necesidades concretas de los pacientes. Algunas enfermeras lo identifican explícitamente como la

asignación de una enfermera referente. Este cuidado se caracteriza por estar dirigido al paciente y familia, ser flexible y contar con la participación del paciente. Además, implica evaluar los resultados en el paciente y respetar sus preferencias. Mientras las enfermeras gestoras nombran el respeto a los valores del paciente, las enfermeras clínicas enfatizan en aspectos emocionales como la cercanía, el dar respuesta a dudas y temores; y generar los cuidados y proporcionarlos dentro de una relación terapéutica.

En el diagrama de Sankey se observa un núcleo compartido centrado en la individualización del cuidado, el respeto por las preferencias y la flexibilidad en los cuidados. Asimismo, los flujos del diagrama ponen de manifiesto la presencia de diferencias según el puesto de trabajo. Las enfermeras con cargos intermedios asignan más relevancia a aspectos organizacionales, las enfermeras asistenciales resaltan aspectos relacionales.

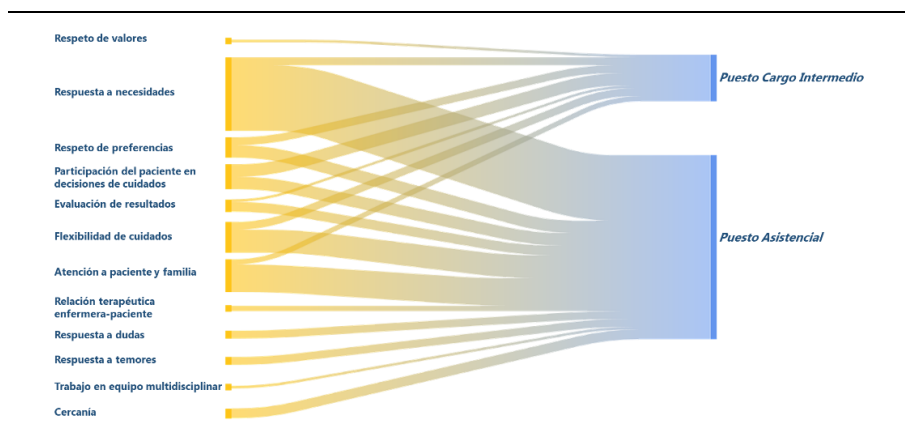


Figura R38. Diagrama de Sankey. Características de la personalización en las encuestas diferenciando la perspectiva de las enfermeras gestoras y clínicas

IV.2.2.5.2 Requisitos necesarios

En consonancia con lo identificado en los grupos focales tanto la valoración del paciente como la planificación de los cuidados y la disponibilidad de tiempo se consideran requisitos fundamentales para personalizar los cuidados. En la figura R39 puede observarse que los requisitos

más mencionados por ambos grupos son la valoración, la planificación de cuidados y el tiempo dedicado al paciente. La formación es otro de los requisitos presente en ambos discursos si bien es más frecuente en las enfermeras asistenciales. Los requisitos relacionales se asocian principalmente a las enfermeras asistenciales reflejando su conexión con el cuidado directo.

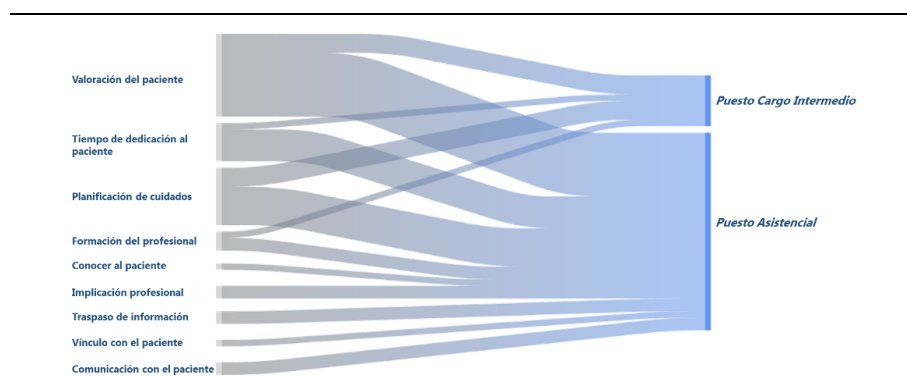


Figura R39. Diagrama de Sankey. Requisitos necesarios para la personalización según las enfermeras gestoras y asistenciales encuestadas

Además, las enfermeras asistenciales identifican otros elementos adicionales, de carácter relacional y operativo, como la implicación del profesional, el establecimiento de un vínculo con el paciente, la comunicación efectiva con los pacientes y el adecuado traspaso de información entre profesionales. Todos ellos serían determinantes para la personalización en el contexto de la práctica clínica diaria.

Con respecto a la subcategoría "Valoración", una minoría de participantes mencionan que la valoración es un objetivo institucional. No obstante, emergen otras características que fundamentan la centralidad de la valoración en el proceso de personalizar como generar confianza o aportar seguridad y calidad. El análisis representado en la Figura R40 muestra que la mayor parte de los flujos sobre las funciones atribuidas a la valoración se encuentran en el discurso de las enfermeras asistenciales. La dirección de los flujos señala que las enfermeras asistenciales asignan un mayor peso a la valoración como elemento clínico y relacional central de la personalización,

subrayando el papel de esta actividad en la misma. Los flujos predominantes hacia las enfermeras gestoras sugieren que para este grupo la valoración del paciente está más ligada a la planificación y la organización del cuidado, acorde a una perspectiva más organizativa.

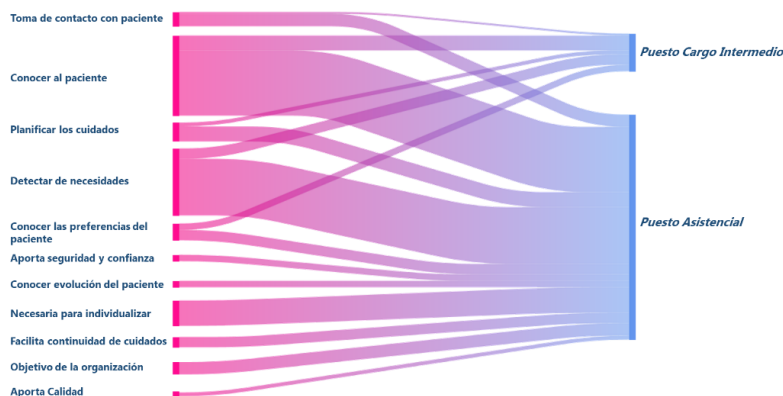


Figura R40. Diagrama de Sankey. Fines y funciones atribuidos a la valoración de la necesidad de cuidados enfermeros en el discurso de las enfermeras gestoras y las enfermeras asistenciales encuestadas.

IV.2.2.5.3 Condicionantes y dificultades

En las encuestas, los cargos intermedios sólo mencionaron en tres ocasiones factores que podrían influir negativa o positivamente sobre la personalización del cuidado, coincidiendo en todos los casos con los señalados por las enfermeras asistenciales como puede verse en la Figura R41.

Los condicionantes identificados coinciden con los ya mencionados del discurso de los grupos focales. La excepción la constituye la identificación por parte de dos encuestados del propio cargo intermedio como factor condicionante de la personalización. En el diagrama se observa un mayor número de flujos hacia las enfermeras asistenciales indicando que es este grupo quien identifica un mayor y variado número de factores condicionantes de la personalización. El limitado número de concionantes señalados por el

grupo de enfermeras gestoras se relaciona aspectos organizativos y de coordinación entre servicios.

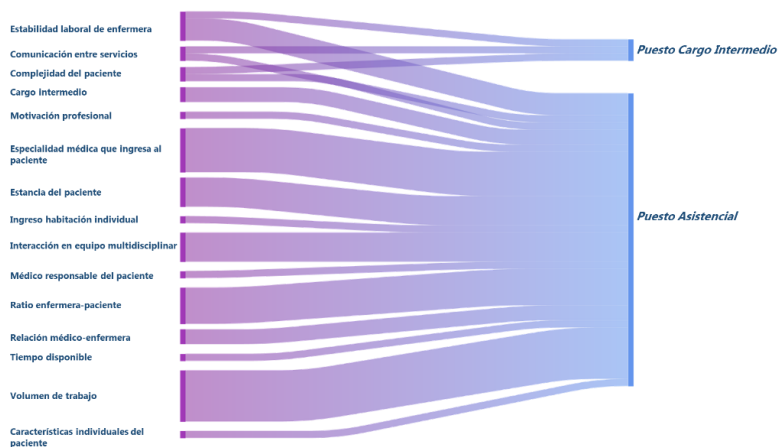


Figura R41. Diagrama de Sankey. Condicionantes de la personalización identificados en el discurso de enfermeras gestoras y enfermeras asistenciales encuestadas

En relación con las dificultades, las enfermeras que respondieron a la encuesta, tanto si ocupaban un puesto de gestión como si eran asistenciales, señalaron mayoritariamente la ratio enfermera-paciente existente como una dificultad para personalizar tal como se aprecia en la Figura 42.

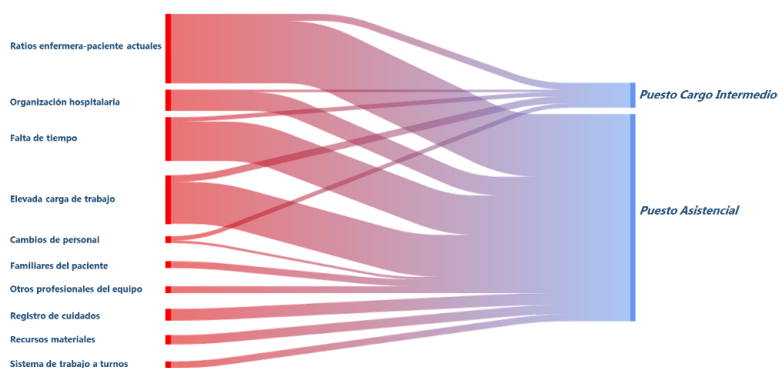


Figura R42. Diagrama de Sankey. Dificultades percibidas para personalizar los cuidados por enfermeras gestoras y asistenciales encuestadas

Se observan diferencias entre las aportaciones de las enfermeras con cargo intermedio y las aportadas por las enfermeras asistenciales. Estas últimas perciben un mayor número y variedad de dificultades para la personalización, que abarcan tanto aspectos estructurales y operativos como otros relacionales y emocionales. La naturaleza de algunos flujos hacia categorías como ansiedad o dificultades en la interacción con otros profesionales del equipo, orienta hacia una percepción de la personalización como un proceso que requiere competencias y recursos específicos. Las enfermeras con cargos intermedios identifican dificultades vinculadas a aspectos organizativos. (Figura 42)

IV.2.2.5.4 Características de la enfermera referente

En las encuestas, las enfermeras gestoras apenas nombraron características específicas de la enfermera vinculadas a la personalización de los cuidados, pues sólo en seis ocasiones se mencionó alguna característica de este tipo. Así, dos encuestados nombraron la empatía “positiva” como una característica necesaria en la enfermera que personaliza los cuidados. Otras características, mencionadas una única vez en las respuestas, fueron: la capacidad de responder a las necesidades del paciente, utilizar positivamente su capacidad empática; ser el profesional referente del paciente; ser un vector de comunicación de cuidados en el equipo; y acompañar al paciente en su proceso.

En la Figura R43 se puede apreciar como el conjunto de características atribuidas a la enfermera referente por las enfermeras asistenciales, muestra la percepción de un perfil altamente relacional (comprensión, comunicación con el paciente y entre los componentes del equipo, acompañamiento) y centrado en la producción de cuidados coordinados y continuos en el contexto de una relación terapéutica (empatía, acompañamiento, detección y respuesta necesidades del paciente).

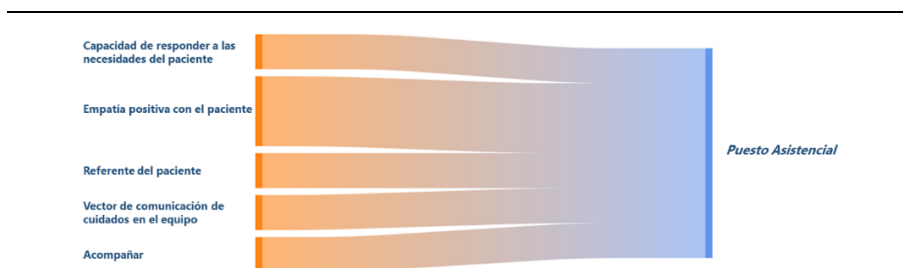


Figura R43. Diagrama de Sankey. Características de la enfermera referente mencionadas por enfermeras asistenciales

IV.2.2.6 Análisis de contenido y análisis del discurso: Creencias generales sobre la personalización

Considerando globalmente las creencias expresadas en la fase 2 del estudio por la totalidad de las enfermeras participantes, tanto en los grupos focales como en la encuesta, se observa que en general, las creencias identificadas sobre la personalización del cuidado están presentes en ambos grupos, con dos excepciones. Una, la consideración de que la figura de la enfermera referente no es imprescindible, mencionada únicamente en el grupo focal de gestores. Otra, la creencia de que el cuidado enfermero en los hospitales realmente se personaliza, expresada exclusivamente por enfermeras asistenciales.

En ambas poblaciones, la personalización se percibe como un elemento positivo, aunque fundamentalmente teórico, cuya implantación en los hospitales se considera mejorable. Las participantes coinciden en señalar que la práctica clínica actual dista mucho del ideal de la personalización del cuidado.

En resumen, como podemos observar en la Figura R44, las enfermeras, mayoritariamente, creen que la personalización es algo positivo, se lleva a cabo, aunque de forma mejorable y exponen la visión de que su implantación no está exenta de dificultades. Los gestores expresan su creencia basada en el modelo de enfermera referente, que perciben como algo teórico y alejado de la realidad.

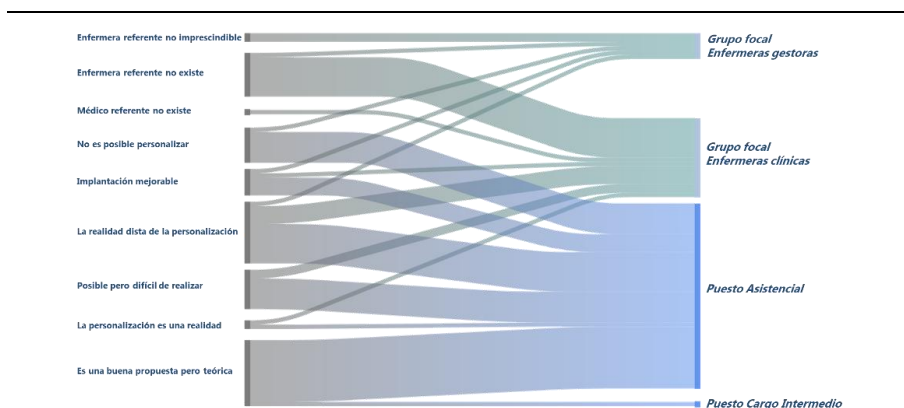


Figura R44. Diagrama de Sankey. Creencias sobre la personalización mencionadas por el total de profesionales participantes según el puesto de trabajo que desempeñan

IV. 3. Fase 3: Encuesta a ciudadanos a través de asociaciones de pacientes

La fase 3 se orientó a conocer la percepción que tiene la población general acerca de las enfermeras y los profesionales de referencia del ámbito hospitalario. Figura R45

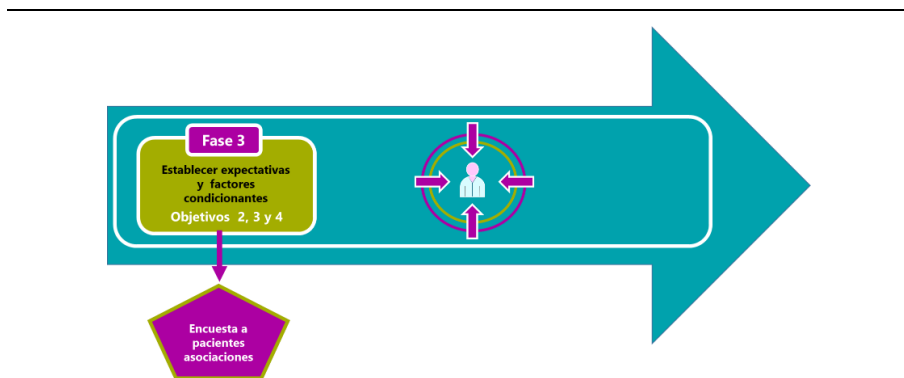


Figura R45. Fase 3. Conocer el concepto de la atención y de los profesionales hospitalarios de la población que acude a los centros de estudio

A través del discurso de los pacientes se buscó hallar coincidencias con los hallazgos de la fase 2, y conocer el concepto que tiene la población de

los profesionales que les proporcionan cuidados en el hospital, la atención que necesitan y esperan recibir cuando acuden a los centros hospitalarios y la que han recibido en sus experiencias anteriores en estos centros.

IV.3.1 Descripción de la muestra

El cuestionario dirigido a pacientes fue respondido por 57 personas. Se excluyeron dos cuestionarios debido al elevado número de ítems sin respuesta. Se analizaron, por tanto, 55 cuestionarios válidos. El 60% de los encuestados eran hombres y el 40% mujeres, con una edad media de 53,5 años (DE=17,49).

En cuanto a la experiencia en hospitalización, la mayoría de los encuestados estuvo hospitalizada en HUPM, seguido a distancia por los demás centros participantes y por otros hospitales de la provincia de Cádiz (Figura R46). Respecto a la duración del ingreso, la distribución fue amplia, con una mayor concentración de participantes en estancias intermedias. Se observó que las hospitalizaciones prolongadas fueron frecuentes mientras las estancias muy breves presentaron menor proporción (Figura R46). El 65,5% estuvo ingresado en una unidad quirúrgica en su último ingreso.

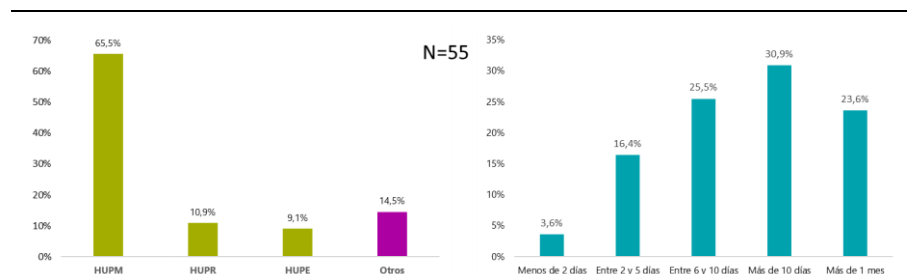


Figura R46. Hospital de ingreso y duración de la estancia de ciudadanos encuestados a través de asociaciones

IV.3.2. Resultados de las cuestiones cerradas de la encuesta

En relación con las preguntas cerradas de la encuesta, algo más de la mitad de los participantes afirmó recordar haber tenido una enfermera que se presentó como responsable de su cuidado, aunque solo una parte indicó recordar su nombre. En cuanto al personal médico, la mayoría recordó que un

médico se identificó como responsable de su atención y más de la mitad indicó recordar su nombre (figura R47).

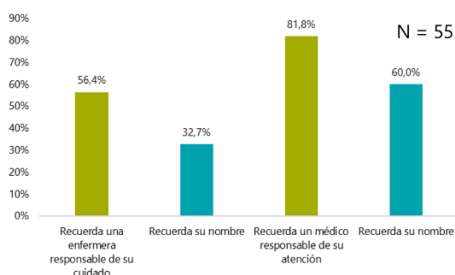


Figura R47. Frecuencia de recuerdo del profesional responsable de su cuidado y atención por ciudadanos encuestados a través de asociaciones

En relación con la exploración de aspectos emocionales, la mayor parte de los participantes refirió que las enfermeras mostraron interés por conocer sus sentimientos sobre su situación de salud. Una proporción menor expresó que dicho comportamiento se limitó a algunos profesionales o únicamente a la enfermera responsable de su cuidado y un reducido grupo indicó no haber percibido este tipo de actuación. (Figura R48)

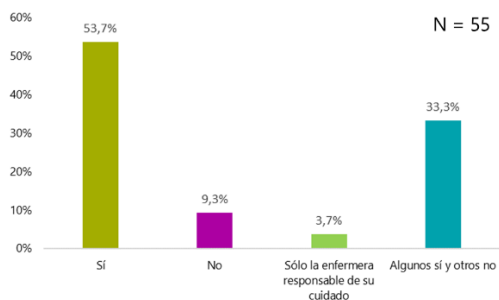


Figura R48. Encuesta a ciudadanos de asociaciones. Frecuencias en las respuestas a la pregunta 6: Durante el tiempo que estuvo ingresado/a, sintió que las enfermeras/os se esforzaban por conocer sus sentimientos acerca de su problema de salud

En cuanto al respeto a las preferencias de los pacientes, la mayoría indicó que, durante su ingreso, las enfermeras mostraron esfuerzos por adaptarse a sus deseos o preferencias durante el ingreso. Una proporción menor refirió que esta adecuación se produjo de forma puntual. Un número

reducido de participantes manifestó no haber identificado esa conducta (figura R49).

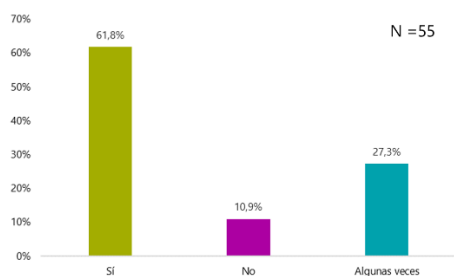


Figura R49. Percepción de los ciudadanos de asociaciones participantes, sobre la adaptación de los cuidados a las preferencias de los pacientes

La mayoría de los encuestados indicó haber recurrido a las enfermeras hospitalarias para resolver dudas sobre sus cuidados. Una proporción menor refirió hacerlo solo en ocasiones, y en menor proporción aún refirieron no haber recurrido a ellas con este propósito. (Figura R50)

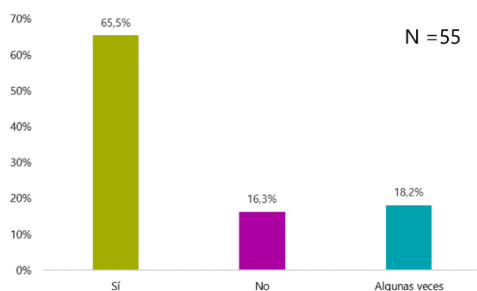


Figura R50. Porcentaje de ciudadanos de las asociaciones que refirieron consultar a las enfermeras hospitalarias para resolver dudas sobre los cuidados

Como se ha comentado, la encuesta contenía un listado de adjetivos y su definición correspondiente, para que los encuestados eligiesen aquellas características que hubieran reconocido, bien en la enfermera referente de su cuidado o, en general, en el equipo de enfermeras que lo atendieron si no recordaba haber tenido una enfermera referente. Los pacientes señalaron distintas características, seleccionándolas de entre los adjetivos facilitados a

fin de seleccionar aquellos con los que calificaran la atención prestada. (Figura R51)



Figura 51. Características enfermeras reconocidas por los ciudadanos de asociaciones en sus experiencias previas en hospitalización

La característica más reconocida por los pacientes en las enfermeras hospitalarias fue su competencia profesional, definida en la encuesta como *“estar formadas y tener conocimientos sobre el problema de salud que padece el encuestado”*. El 87% de los pacientes informó percibir este atributo.

El 70% consideró que las enfermeras eran cercanas, entendido este atributo como *“era fácil hablar con ellas y contarles las preocupaciones”*. Un 66% consideraban que eran accesibles *“en caso de necesitarlas era fácil contactar con ellas”*. En igual porcentaje, las describieron como tolerantes al considerarlas *“comprensivas y respetuosas con los problemas de los pacientes, y con sus valores”*. El 62,5% afirmó que eran empáticas, *“sentían que los comprendían y que eran capaces de ponerse en su lugar”*.

El 60,5% las calificó como rápidas en la respuesta a sus demandas *“acudían con rapidez a sus llamadas cuando las requerían”*. El 60,4% las consideraba eficaces al resolver problemas o aclarar dudas, *“daban respuesta a sus problemas o preguntas de manera satisfactoria”*. Un 56,5% afirmó que las enfermeras habían sido concienzudas, *“realizaban su trabajo con atención y detenimiento”* y un 55% consideró que eran confidentes, entendido como profesionales que *“inspiraban confianza y seguridad”*.

Sin embargo, el atributo peor valorado fue el de estar actualizadas. Las enfermeras de los centros participantes, a juicio de los pacientes, no *“conocían las últimas técnicas que existían o los últimos avances sobre su problema de salud”*, algo menos de la mitad de los participantes, el 43,5% consideró que lo estaban.

Respecto a las características negativas, el 13,2% manifestó que habían sido distantes, *“sintió que no le comprendían ni eran capaces de ponerse en su situación”*. Un 11,5% refirió que eran lentas en la atención. El 7,5% de pacientes participantes las calificó como inaccesibles. El 9,5% afirmó que las enfermeras fueron lejanas y descuidadas. Un pequeño porcentaje las calificó como incompetentes (2%), el 4% las consideró inflexibles e igual porcentaje afirmó que habían sido ineficaces. Las definiciones de todos los adjetivos se recogen en el Anexo IX. Encuesta a ciudadanos miembros de asociaciones de pacientes.

IV.3.3. La personalización de cuidados en el discurso de los pacientes

El análisis del discurso de las respuestas de los pacientes a la pregunta abierta de la encuesta, identificó algunos códigos presentes en el discurso de las enfermeras que se relacionaron con las correspondientes categorías analizadas en relación a la personalización de los cuidados. A continuación, se exponen los resultados de este análisis agrupándolos según la categoría con la que se relacionaron.

Al igual que en el apartado de resultados procedentes del análisis del discurso de las enfermeras, los verbatims aparecen insertados en los párrafos que detallan los hallazgos de la categoría correspondiente. Aparecen, igualmente, en letra cursiva seguidos del código asignado al informante, entre paréntesis, P seguido de un número. Los comentarios expresados por los pacientes se han transcrito literalmente.

IV.3.3.1. Características de la personalización

Los pacientes reconocen algunas características de la personalización, verbalizándolas como atención positiva que asocian a la calidez, cercanía,

disponibilidad y comprensión en el contexto de la relación interpersonal terapéutica inherente al cuidado enfermero *“Siempre el lado humano es un porcentaje muy importante para nuestro ánimo y mejoría.”* (P9). Valoran la relación reconociéndola fundamental en la atención prestada: *“Destaco la atención de la enfermera A...”* (P46), mostrando el valor de esta interacción durante la estancia en el hospital *“Para mi enfermera de referencia... solo se me ocurren halagos...”* (P10).

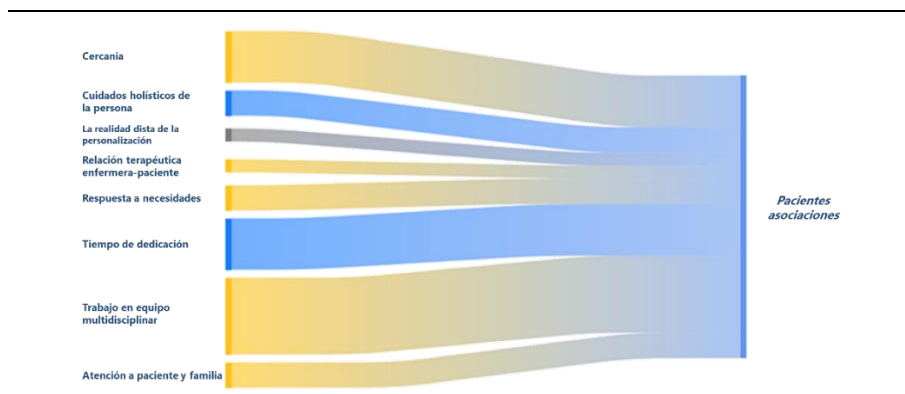


Figura R52. Diagrama Sankey códigos identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones, asociados a creencias, concepto o características de la personalización del cuidado. Los códigos cercanía (relacional), tiempo de dedicación (estructural) y trabajo en equipo multidisciplinar (organizativo) muestran los flujos de mayor grosor. Se identifican, por tanto, como las características mencionadas con mayor frecuencia por los pacientes participantes en relación con su experiencia de atención

En el análisis del discurso de los pacientes podemos identificar códigos asociados a las categorías concepto, creencias y características de la personalización, que habían sido expresados anteriormente por las enfermeras (Figura R52).

Los pacientes relacionan la buena atención recibida con características éticas y relacionales, una atención donde se reconozca y se dé respuesta a su singularidad, esto es, una personalización del *cuidado*. Una atención que integra: la comunicación terapéutica y compasiva; el respeto a la autonomía y a la dignidad; la consideración de los valores y las preferencias; la sensibilidad hacia las experiencias, necesidades y fortalezas del paciente junto a sus

necesidades ligadas al manejo del proceso de salud. Es decir, un cuidado enfermero personalizado.

Los aspectos relacionales se muestran como una dimensión central de la atención esperada (personalizada), desde la perspectiva de los pacientes. Donde confluyen tres códigos relacionados: la relación terapéutica, la respuesta a las necesidades y la atención al paciente y a la familia. Conforman, de este modo, una percepción de la personalización como el vínculo significativo establecido con un/a profesional que muestra conductas proclives a detectar necesidades y esforzarse en atenderlas. Estas características éticas y relacionales reflejan dimensiones de alta influencia en la valoración global que los pacientes tienen de la atención recibida. *"Cercanos, pacientes, empáticos"* (P19); *"...en general tuve una experiencia agradable y en especial con quien dijo ser mi enfermera de referencia; con quien mantengo relativa cercanía si nos cruzamos en el recinto hospitalario durante mis visitas de revisión con los especialistas u otros eventos"*. (P10)

Otro de los flujos significativos es el tiempo de dedicación. La percepción expresada por los pacientes relaciona la calidad del cuidado con el tiempo real que las enfermeras pueden dedicarles. El tiempo para los pacientes fortalece el vínculo que se crea con la enfermera. Sin tiempo de dedicación la posibilidad de personalización se reduce. Es, posiblemente, una condición indispensable para la personalización. *"Siempre el lado humano es un porcentaje muy importante para nuestro ánimo y mejoría, ese tiempo que estamos ahí con vosotros"* (P9).

El cuidado holístico de la persona es, igualmente, otro flujo importante. Indica que los pacientes perciben la necesidad de una atención que incluye la singularidad de su experiencia, abarcando también sus necesidades asociadas a la enfermedad. Pero que va más allá de ella, al contemplar además sus necesidades emocionales y experienciales, incluido el acompañamiento en la incertidumbre que suele asociarse a la hospitalización.

El trabajo en equipo multidisciplinar, está presente, aunque con menor peso que los aspectos relacionales establecidos con las enfermeras que les atienden. *"La verdad que conmigo todo el personal del hospital se portaron muy*

bien conmigo, fueron excelentes tanto auxiliares, enfermera y médicos. Fue muy bien su atención.” (P3) “En los equipos hay todo tipo de personalidades y eso define la relación con los pacientes y familiares. En líneas generales son grandes profesionales pero a veces les falta ese punto de humanidad y empatía para entender la situación por la que pasan los familiares”. (P26)

Finalmente el flujo en el código “la realidad dista de la personalización” está presente aunque con un peso menor. Podría ser un indicador de la presencia de una brecha entre lo que los pacientes valoran y esperan de la hospitalización y lo que experimentan en ella. Aunque identifican y reconocen la presencia de esfuerzos hacia la personalización, también detectan la existencia de límites estructurales y organizativos hacia ella. *“Se necesita una atención más personalizada”. (P36)*

IV.3.3.2. Requisitos para personalizar

En el discurso de los pacientes miembros de las asociaciones se expresan, igualmente, códigos que pueden englobarse en la categoría requisitos. Las condiciones estructurales para que sea posible prestar un cuidado personalizado es algo valorado por los pacientes *“Están capacitados, pero llegan a tener muchos pacientes a su cuidado.” (P8)* Destacan la necesidad de contar con personal suficiente *“Debería haber más por planta para poder atendernos aún mejor.” (P5)* y una carga de trabajo adecuada *“Muchas veces sobrepasados por su carga de trabajo.” (P34)*

Para los pacientes la formación es esencial para prestar una correcta atención (Figura R53) al asegurar la competencia, constituyendo un requisito previo a la personalización al garantizar un cuidado adecuado, seguro y de calidad. Se relaciona con la preparación profesional, la actualización de los conocimientos y la destreza procedimental, incluida la capacidad técnica. Tal formación permite comprender las necesidades presentes en cada situación que es única, y tomar las decisiones oportunas para seleccionar las intervenciones adecuadas, individualizarlas y garantizar su continuidad el tiempo que sean requeridas.



Figura R53. Diagrama Sankey. Códigos identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones, asociados a requisitos para personalizar el cuidado. Su percepción se compone de dos flujos que constituyen pilares fundamentales de la atención: la formación y la comunicación con el paciente

Asimismo, el segundo flujo, la comunicación, establecida durante el proceso de cuidados se vincula con el eje relacional de la personalización. Personalizar el cuidado necesita conocimiento (incluidas las destrezas clínicas), presencia y capacidad comunicativa. Sin capacidad comunicativa es imposible el ajuste del conocimiento de la enfermera a la realidad del paciente con la participación del mismo. Es más que una actitud relacional, la personalización necesita de la aptitud y la actitud de la enfermera, junto con un contexto que favorezca en la profesional la expresión y el desarrollo de su competencia.

Desde la perspectiva de los pacientes la formación y la comunicación son elementos imprescindibles e indisolubles para asegurar sus expectativas en la atención. Un cuidado que responda de forma adecuada, segura y continua a las necesidades del paciente según sus características y preferencias.

IV.3.3.3. Dificultades para personalizar

Los pacientes identifican obstáculos relacionados con la organización, para poder recibir una atención acorde a sus expectativas. Estos obstáculos coinciden con los identificados por las enfermeras para personalizar los cuidados, en especial el, a su juicio, número insuficiente de personal en cada turno *"Debería haber más por planta..."* (P5), la sobrecarga asistencial *"Sobrecargados por su trabajo."* (P34). Dichos obstáculos limitan el tiempo

disponible y reducen la posibilidad de ofrecer una atención individualizada *“Muchos pacientes a su cuidado.”* (P8)

De acuerdo a la experiencia durante la hospitalización referida por los pacientes miembros de las asociaciones participantes, existen dificultades reales para llevar a cabo la personalización de los cuidados.

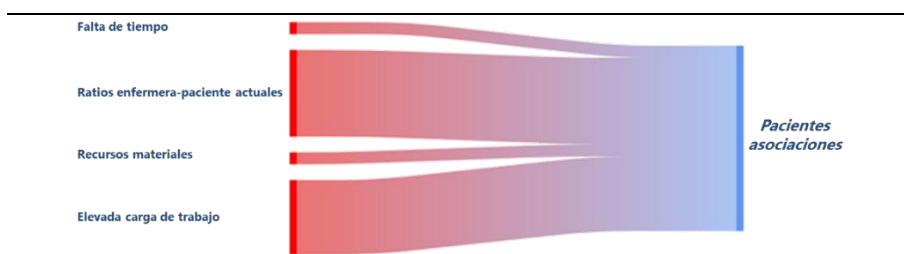


Figura R54. Diagrama Sankey. Códigos identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones, asociados a las dificultades para personalizar. Se identifican cuatro dificultades: las ratios existentes, la elevada carga de trabajo, la falta de tiempo y los recursos materiales. De ellas, destacan las dos primeras debido al grosor de sus flujos

La dificultad nombrada por un mayor número de pacientes es la actual ratio enfermera-paciente existente. Desde la perspectiva de los pacientes el número de enfermeras disponible condiciona la atención que se le puede prestar. *“Falta más personal”* (P21); *“Debería haber más por planta para poder atendernos aún mejor”* (P5). Esto es así en la medida en que afecta al tiempo de atención disponible, la posibilidad de dar respuesta a sus necesidades, la calidad del vínculo que se puede establecer y, en consecuencia, al grado de personalización que se puede lograr. Esta barrera estructural puede impedir la personalización al ser dependiente de la capacidad del equipo disponible para responder al volumen de trabajo.

El segundo obstáculo, también estructural, es la carga de trabajo. Los pacientes son conscientes de que las enfermeras deben dar respuesta a muchas exigencias, tienen numerosas tareas y experimentan interrupciones con frecuencia, afectando a la disponibilidad para atenderles y a la continuidad de la atención. Asimismo, esta realidad puede producir en el

paciente la percepción de una atención fragmentada y la sensación de que la enfermera no dispone de la oportunidad de atenderle adecuadamente. La carga de trabajo limita la personalización en dos sentidos: afectando a la disponibilidad de la enfermera y a su capacidad para atenderles con la serenidad, sensibilidad y la presencia que requiere la relación terapéutica efectiva. *“Son personas en su mayoría agradables y buenos profesionales. Acuden a tu llamada en cuanto pueden a pesar de la cantidad de trabajo que tienen, solo había dos por planta.”* (P4)

En consecuencia, los pacientes perciben otro obstáculo: las enfermeras no disponen de tiempo. *“Los profesionales excelentes tanto en el trato como cada uno en su labor y bien formados. Por mi experiencia lo peor es que están en la mayoría de las veces, saturados y no pueden dedicar el tiempo que cada necesidad requiere ...y por eso hay veces que tienes la sensación de estar poco atendido. Pero realmente cuando estás más tiempo te das cuenta rápido que no es por los profesionales sino por la falta de personal y la saturación a la que se enfrentan.”* (P6). La percepción de esa “barrera para la disponibilidad” afecta a la relación terapéutica. Lo hace en tanto que limita las opciones para el establecimiento del vínculo terapéutico, la escucha activa, la exploración de las emociones, la exploración conjunta de las necesidades, las intervenciones y su adaptación a las preferencias. Todos ellos componentes relacionales en la personalización.

Finalmente, también ligado a su propia experiencia, perciben que existen dificultades para acceder a los recursos estructurales necesarios para su atención. Además de contar con profesionales competentes interesados en utilizar sus capacidades la personalización, también necesitan de un entorno organizativo y estructural que facilite su desarrollo *“Mucho ruido en los pasillos por parte de los auxiliares y demás personal del hospital y los cuartos de aseos muy pero que muy mal e incómodos para los pacientes”* (P22). *“Tras el alta hospitalaria, durante una solicitud de cita, a petición directa del especialista, por fallos informáticos; se volvió a dar el caso de un mal gesto implícito.”* (P10).

Algunas de las dificultades expresadas por lo pacientes coinciden con las expresadas por las enfermeras, como la elevada carga de trabajo y la ratio enfermera-paciente inadecuada y, en menor medida, la escasez de recursos materiales o la falta de tiempo.

IV.3.3.4. Resultados de la atención enfermera

En general, la atención recibida, en mayor medida cuanto más personalizada, se traduce en bienestar emocional, confianza y una experiencia de hospitalización positiva *“Solo tengo palabras de agradecimiento... el lado humano es muy importante para nuestro ánimo”*. (P9), generando en los pacientes un elevado reconocimiento hacia las enfermeras que le han cuidado *“Destaco la atención de la enfermera A...”* (P46).

Desde su experiencia, los pacientes detallaron los resultados percibidos de la atención enfermera recibida durante su estancia en el hospital. La estructura de los flujos mostrados en la Figura R55 muestra resultados positivos y negativos, aunque con pesos desiguales. El flujo más amplio muestra el principal resultado: su satisfacción. Para la mayor parte de los participantes el cuidado recibido afecta directamente a su percepción de satisfacción. Asimismo, existe un flujo hacia el bienestar sugiriendo que los pacientes sienten que la atención recibida fue más amplia que una atención meramente técnica, contribuyendo a su bienestar emocional durante la hospitalización.

Igualmente, los pacientes refieren haber experimentado relación de ayuda, confianza y conocimiento de sus características por parte de la enfermera.

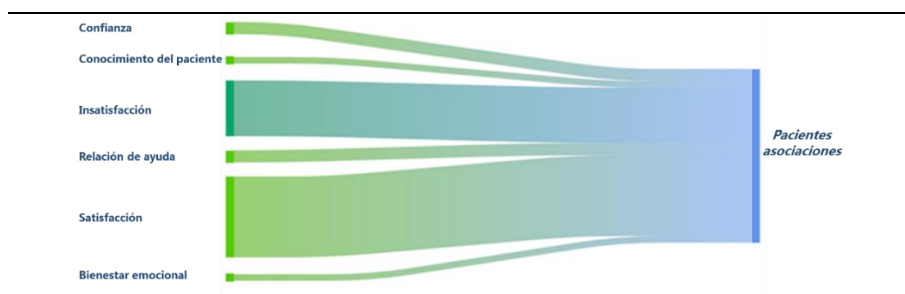


Figura R55. Diagrama Sankey. Resultados atribuidos por los pacientes a la atención enfermera recibida durante su ingreso

Entre los resultados experimentados e informados por el paciente, se incluye la insatisfacción. Un resultado de valencia negativa, cuyo grosor informa de que un porcentaje no despreciable de pacientes comparte esta experiencia de algún grado de descontento con la atención recibida. Este dato podría estar reflejando experiencias recogidas como la percepción de falta de tiempo o de disponibilidad para la atención sentida como necesaria. No obstante, los resultados, considerados en conjunto, muestran un mayor número de percepciones positivas.

IV.3.3.5. Características de las enfermeras

Los pacientes identifican y describen una diversidad de estilos relacionales y destacan que las características personales de la enfermera (forma de comunicarse, capacidad de controlar la situación, sensibilidad e interés genuino, amabilidad) influyen directamente en su experiencia de hospitalización y establecen diferencias percibidas entre profesionales dentro de un mismo equipo *“En los equipos hay todo tipo de personalidades... a veces falta humanidad y empatía.”* (P26) *“Destaco la atención de la enfermera A y recuerdo la falta de empatía del enfermero J.”* (P46) *“Para mi enfermera de referencia sólo tengo halagos pese a sus fallos...”* (P10).

El diagrama de la figura R56 muestra el modo en que los pacientes representan mentalmente las características que asociaron con la enfermera en su experiencia de hospitalización. Los flujos, indicando el peso relativo que los participantes asignan a los atributos, ofrecen una imagen de los aspectos que, desde su punto de vista, definen la atención recibida.

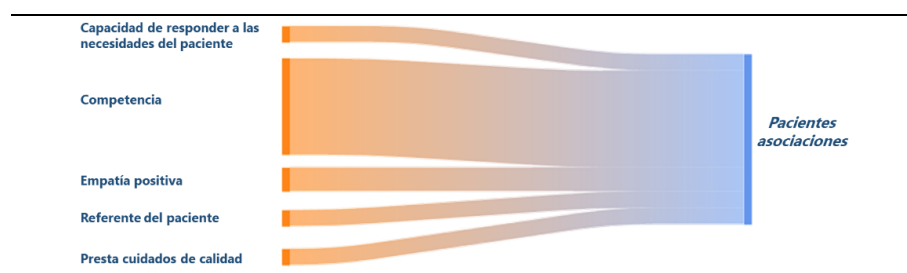


Figura R56. Diagrama Sankey. Características profesionales que los pacientes asocian a su experiencia de hospitalización en el centro

La competencia profesional es el elemento con más peso, indicando que los pacientes percibieron y consideran importante, la preparación de las enfermeras, tanto en aspectos de competencia técnica como para valorar y tomar decisiones adecuadas basadas en el conocimiento, ofreciendo al paciente una experiencia de calidad.

La capacidad de responder a la necesidad del paciente es otra característica importante. Esta respuesta se relaciona con la disponibilidad, la flexibilidad y la adecuación de la intervención enfermera a la exigencia de la situación. Lo que pone de manifiesto que la competencia se debe hacer realidad en la acción. Es necesario ser capaz de detectar la necesidad, identificar fortalezas y recursos, considerar las intervenciones oportunas, logrando la participación del paciente en las diferentes fases del proceso de cuidados tanto en lo macro (plantificación de cuidados) como en lo micro (cuidado concreto). Los pacientes valoran la capacidad del profesional para ajustar lo que se necesita a las preferencias del paciente.

Se muestra la importancia de los aspectos relacionales en la atención enfermera. En este sentido, se resalta el papel de la capacidad empática del profesional en su vertiente positiva, como un instrumento que facilita la creación y el mantenimiento del vínculo terapéutico. El ejercicio de dicha empatía favorece una comprensión más profunda del paciente y permite reconocerlo como un ser humano singular con derechos, responsabilidades y dignidad intrínseca.

Se reconoce la figura de la enfermera referente en el flujo “referente del paciente”. Se evidencia así que los pacientes participantes conocen esta figura y por tanto, que es una realidad en el hospital, lo que ofrece la oportunidad de coordinación y continuidad en el cuidado, respaldando el modelo implantado. Así mismo, de acuerdo al diagrama de Sankey el flujo “calidad de los cuidados” se muestra como la suma de un conjunto de características profesionales en sentido positivo: competencia, empatía, capacidad de respuesta, y referencia para el paciente y en su cuidado.

En síntesis, del discurso de los pacientes se extrae que los pacientes refieren haber recibido unos cuidados asociados a la dimensión relacional de

la atención. Los componentes que recuerdan son aspectos nucleares de la atención personalizada. También identifican que la posibilidad de la atención depende de condiciones estructurales, tales como las ratios y el tiempo disponible. No obstante, a pesar de las condiciones limitantes expresadas, los pacientes perciben atención individualizada por profesionales concretos. De este modo muestran que, las características de las enfermeras y su implicación profesional para trasladar su competencia a la realidad clínica, influyen decisivamente en como los pacientes viven la atención recibida.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio realizado buscó comprender y analizar las características que adopta la personalización del cuidado enfermero en las unidades de hospitalización de tres hospitales públicos de la provincia de Cádiz. Asimismo, se orientó a identificar los factores que la condicionan, describir los elementos que configuran la situación actual, y explorar las expectativas de pacientes y profesionales en el marco de una atención segura, eficiente y centrada en la persona. La interpretación de los resultados se ha llevado a cabo mediante la integración de datos cuantitativos proporcionados por los pacientes al alta; evidencia cualitativa y cuantitativa ofrecida por los profesionales que prestan atención enfermera; y la perspectiva de la ciudadanía que utiliza los centros, recopilada a través de asociaciones de pacientes.

La discusión se estructura en torno a tres ejes principales: (i) la comparación de las percepciones de los pacientes sobre las acciones de cuidado observadas en las enfermeras que les atendieron y la experiencia de haber sido cuidados por ellas; (ii) el análisis de los factores facilitadores y de las barreras organizativas para la personalización del cuidado y, (iii) la valoración del modelo de enfermera referente como estrategia de asignación de cuidados en el contexto hospitalario.

V.1.Contribución del estudio

Como paso previo a la interpretación de los resultados obtenidos, es necesario destacar que este estudio ofrece una contribución novedosa y que puede resultar de interés para continuar avanzando en la comprensión de la

personalización del cuidado enfermero en el marco del Sistema Sanitario Público Andaluz. Su valor radica, en primer lugar, en que este estudio ofrece, de manera simultánea, la percepción de pacientes, enfermeras clínicas y gestoras, así como la perspectiva de ciudadanos organizados en asociaciones de pacientes, aproximándose al fenómeno desde una mirada amplia, plural y comparativa a diferencia de los estudios centrados en un único actor del proceso.

En segundo lugar, al combinar métodos cuantitativos y cualitativos. Este abordaje multimétodo enriquece la comprensión del fenómeno y ofrece un análisis más profundo y rico en matices de las convergencias y divergencias entre la práctica profesional, la percepción de quienes son cuidados, el punto de vista de quienes gestionan los recursos disponibles para cuidar y, de aquellos que se ocupan de proporcionar los cuidados.

Finalmente, este trabajo es pionero al examinar el papel del modelo de asignación de enfermera referente, como estructura facilitadora del proceso de individualización, tal como se lleva a cabo en el Sistema Andaluz de Salud, en relación con la personalización del cuidado en unidades de hospitalización. Así, este estudio, además de describir prácticas y experiencias, contribuye a valorar la coherencia entre el modelo organizativo vigente y los principios de una atención centrada en la persona.

V.2. Principales hallazgos

Partiendo de la visión global presentada, en el siguiente apartado se presenta la discusión por objetivos:

V.2.1. Objetivo 1: Grado de personalización percibido por los pacientes al alta mediante el Índice de Personalización de Cuidados (IPC) y la Escala de Individualización del Cuidado (EIC)

El primer objetivo de este estudio se centró en analizar el grado de personalización del cuidado percibido por los pacientes. A tal fin se emplearon dos instrumentos: el Índice de Personalización (IPC) y la Escala de

Individualización del cuidado (EIC) versión paciente, que incluye las escalas “a” y “b”.

Como ya se ha informado, la EIC-a informa de las conductas dirigidas a personalizar el cuidado que el paciente observa y recuerda, al considerar la actuación de la enfermera, y se asocia a las expectativas del paciente respecto a recibir un cuidado adaptado en mayor o menor medida, a su singularidad. Por su parte, la EIC-b recoge la experiencia vivida y recordada por el paciente en relación con el grado en que los cuidados recibidos se ajustaron efectivamente a su individualidad, constituyendo una medida del resultado final de la personalización del cuidado. Ambas escalas informan sobre la situación clínica, la situación personal y el control de decisiones.

El IPC, aunque formulado en términos de conductas de la enfermera referente, no mide la experiencia de personalización ni la relación terapéutica en la que se produce. Este índice informa de la presencia de prácticas asistenciales cuya realización depende en gran medida de las condiciones estructurales y organizativas del entorno asistencial. En este sentido, la presencia o ausencia de prácticas como la asignación de una enfermera referente, la valoración sistemática de necesidades o la continuidad del cuidado, actúa como un indicador indirecto del contexto organizativo en el que se desarrolla la práctica enfermera. Esta aclaración resulta necesaria para interpretar adecuadamente los resultados obtenidos.

Considerados desde una perspectiva global, los resultados muestran un grado de personalización percibido moderadamente aceptable en la muestra total. El IPC presenta valores medios superiores a 5 en una escala de 1 a 7, lo que indica que el modelo de la enfermera referente está implantado en los centros participantes. Asimismo, las puntuaciones medias en las escalas EIC-a y EIC-b fueron iguales o superiores a 3,5 en una escala Likert de 1 a 5, lo que sugiere que los pacientes tienden a valorar la atención recibida como personalizada en un grado moderado, en consonancia con estudios previos^{60,61}.

Las puntuaciones de la EIC-b fueron, en general, superiores a las de la EIC-a, indicando que la experiencia vivida por los pacientes superó las

expectativas generadas por las conductas de cuidado observadas. Este hallazgo fue especialmente evidente en ítems relacionados con la identificación de necesidades, el apoyo al autocuidado y la comprensión de la información proporcionada, todos ellos aspectos centrales de la personalización y coincidentes con lo descrito en la literatura previa^{8,20,25}.

Al analizar las dimensiones de la personalización, *la situación clínica* fue la mejor valorada, en especial lo relacionado con el diálogo sobre necesidades de cuidado. Los resultados obtenidos al respecto, son coherentes con los modelos de personalización que consideran la situación clínica como eje central de la individualización. Sin embargo, los ítems vinculados a aspectos emocionales y al significado de la experiencia de enfermedad mostraron puntuaciones más moderadas. Ello podría evidenciar la presencia de dificultades para integrar de forma sistemática un tipo de cuidados, que requieren continuidad en la relación y disponibilidad temporal por parte del personal.

La dimensión *situación de vida personal*, presentó puntuaciones medias inferiores a las otras dos subescalas, coincidiendo con estudios previos que señalan dificultades para incorporar de manera sistemática los hábitos cotidianos, el contexto biográfico y las experiencias previas de hospitalización, en la valoración y planificación del cuidado enfermero. Estos aspectos parecen ser más vulnerables a la presión asistencial y a limitaciones organizativas, y su abordaje requiere tanto de competencia relacional en el profesional como de condiciones estructurales favorables en la organización.

En cuanto al *control de decisiones*, se observaron puntuaciones elevadas en ítems relacionados con la información, la comprobación de la comprensión y la participación del paciente, indicando que la educación terapéutica y la comunicación están relativamente integradas en la práctica asistencial. No obstante, ítems asociados a la adaptación de rutinas, como la elección del momento de la higiene, presentan las puntuaciones más bajas. Esto podría estar poniendo de relieve la escasa flexibilidad organizativa como un obstáculo persistente para determinados aspectos de la personalización.

La comparación entre los centros participantes mostró que las conductas de individualización observadas (EIC-a) son homogéneas, sugiriendo, por tanto, una práctica enfermera observable similar. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas tanto en la experiencia vivida por los pacientes (EIC-b) como en el IPC, lo que indica que, aunque las enfermeras realizan conductas orientadas a la personalización de manera comparable, la experiencia final del paciente difiere entre los diferentes centros. Desde esta perspectiva, los resultados evidencian una variación progresiva en el contexto organizativo orientado a la personalización del cuidado, que se refleja en la experiencia del paciente. Si bien la figura de la enfermera referente está implantada en los hospitales estudiados, la estructura organizativa no es homogénea y difiere en su capacidad para facilitar una personalización efectiva del cuidado.

En conjunto, el análisis del objetivo 1 pone de manifiesto que la personalización del cuidado es un fenómeno multidimensional, influido por las expectativas del paciente, las conductas de las enfermeras y el contexto organizativo. Aunque a priori las expectativas y las conductas observadas pudieran ser similares entre centros, los resultados muestran diferencias significativas en la experiencia vivida. Esta aparente contradicción sugiere que la experiencia del paciente resulta de las acciones individuales de algunos profesionales y también del contexto organizativo donde dichas acciones se llevan a cabo. Así, la cultura organizativa (nivel institucional) podría intervenir como un marco que condiciona la manera en que tales acciones se producen. La cultura organizativa podría ser un factor que condiciona la manera en que se ofrece el cuidado enfermero, ajustando aspectos como la disponibilidad percibida, la continuidad del acompañamiento de la enfermera referente al paciente y el clima relacional, sin que se acompañe necesariamente de cambios en los procedimientos observables. En consecuencia, las diferencias percibidas entre centros se podrían explicar considerando el "cómo se hace" y "desde dónde" se fundamenta la práctica enfermera más que a partir del "qué se hace". Futuros estudios podrían explorar de forma específica el papel de la cultura organizativa en la configuración de la experiencia del paciente

analizando cómo contextos distintos generan vivencias diferenciadas a pesar de que las prácticas enfermeras observadas sean las mismas.

Por otra parte, las diferencias observadas entre centros también plantean interrogantes sobre el papel de las supervisoras en la manera en que estructuran las prácticas cotidianas y el clima asistencial (nivel de liderazgo). Este aspecto, imposible de analizar a partir de los datos explorados hasta el momento, se analizará en profundidad en el apartado correspondiente a los grupos focales y encuestas a profesionales.

Otro elemento del contexto a tener presente al interpretar las diferencias observadas entre centros es la diversidad de procedencia de la población atendida (nivel socio-territorial). Mientras en algunos hospitales la mayoría de los pacientes proceden de núcleos rurales, otros atienden principalmente a población de grandes entornos urbanos, o bien, una combinación de ambos. Estas diferencias territoriales podrían influir en las expectativas, las formas de relación y los marcos de referencia con los que las personas viven la experiencia hospitalaria, sin que ello suponga variaciones en las conductas de cuidado ofrecidas. Este aspecto, no analizado de forma específica en la investigación desarrollada, se reconoce como un factor contextual relevante a considerar.

Finalmente, es preciso considerar que, de manera transversal, muchos pacientes expresan sentimientos de agradecimiento al alta. Esta realidad no excluye la coexistencia de vivencia diversa respecto a la hospitalización, ni anula las dolencias observadas entre centros, más bien podría entenderse como parte de un marco relacional y generacional desde el que se suele evaluar la atención recibida.

V.2.2. Objetivo 2: Identificar los factores que favorecen o dificultan la implantación del modelo de asignación de la enfermera referente en el SAS, según la perspectiva de los pacientes y los profesionales

Los resultados que se presentan a continuación proceden del análisis del corpus de datos generado en las fases 2 y 3 del estudio. En este apartado, el análisis se orienta específicamente a dar respuesta al objetivo 2, con este fin

se aborda el material empírico desde un foco analítico diferenciado y complementario al del objetivo anterior. En este sentido, los resultados de la encuesta refuerzan los hallazgos obtenidos a partir de los grupos focales. Muestran una coincidencia clara en los factores que influyen positiva y negativamente en la personalización del cuidado. Esto aporta consistencia al análisis y sugiere que los facilitadores y las dificultades del modelo de enfermera referente responden a elementos estructurales ampliamente compartidos en el contexto hospitalario.

No obstante, el análisis comparativo de las respuestas revela diferencias relevantes en función del rol profesional. Las enfermeras clínicas con labor asistencial identifican un mayor número y una mayor diversidad de factores condicionantes de la personalización, que abarcan aspectos estructurales, relacionales y operativos. Por el contrario, las enfermeras que desempeñan cargos intermedios mencionan un número más limitado de condicionantes, centrados fundamentalmente en aspectos organizativos y en la coordinación entre servicios. Estas diferencias pueden interpretarse en relación con la posición que cada grupo ocupa dentro de la organización y con el grado de exposición directa a las condiciones concretas en las que se desarrolla la práctica asistencial, más que como visiones contrapuestas del modelo. Cabe destacar, que la integración de ambas visiones permite obtener un análisis más completo y enriquecedor de los factores condicionantes de la personalización.

En relación con las dificultades para personalizar los cuidados, la ratio enfermera-paciente emerge en la encuesta como el obstáculo señalado con mayor frecuencia tanto por las enfermeras con labor asistencial como por aquellas que ocupan puestos de cargos intermedios. Este hallazgo refuerza su papel como condición estructural clave que limita la implantación efectiva del modelo de enfermera referente⁶², al afectar directamente a la disponibilidad de tiempo, a la continuidad asistencial y a la posibilidad de establecer relaciones terapéuticas estables. La identificación de este factor en ambos perfiles profesionales subraya su carácter transversal y su impacto en la práctica cotidiana^{63,64}.

Asimismo, la mayor variedad de dificultades señaladas por las enfermeras asistenciales sugiere que la personalización del cuidado se percibe como un proceso complejo, que requiere no solo estructuras organizativas adecuadas, sino también recursos y condiciones que permitan sustentar prácticas coherentes con los principios del modelo. En este sentido, los resultados ponen de manifiesto que la implantación del modelo de enfermera referente no depende exclusivamente de su diseño formal, sino de la interacción entre la organización, los roles profesionales y las condiciones reales de la atención directa.

Aunque el modelo de enfermera referente, formalmente, está implantado, de los resultados obtenidos se extraen una serie de factores que podrían estar condicionando su desarrollo efectivo y sostenido en la práctica cotidiana. En concreto, en los hospitales estudiados, se identifican como factores clave: la continuidad en la relación terapéutica enfermera referente–paciente, la disponibilidad de tiempo y una carga asistencial adecuada, la existencia de una cultura colaborativa y liderazgo clínico, así como el reconocimiento del rol por parte de los diferentes profesionales y los pacientes.

Los profesionales coinciden en señalar que la continuidad en la relación terapéutica enfermera referente–paciente es uno de los factores con mayor influencia en la personalización del cuidado. Poder atender a los mismos pacientes permite profundizar en el conocimiento de sus necesidades, hábitos y preferencias, facilitando la construcción de una relación terapéutica más sólida. Sin embargo, el desarrollo de ésta tiene numerosas implicaciones éticas y requiere condiciones apropiadas de trabajo para que las enfermeras desarrollen las competencias necesarias que garanticen una relación terapéutica basada en la comprensión y el respeto⁶⁵. Este hallazgo coincide con la evidencia que señala que la continuidad es clave para integrar la dimensión personal y biográfica del paciente en el plan de cuidados⁸.

De los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos, emerge que la percepción de disponer de tiempo suficiente podría actuar como un facilitador directo de la personalización del cuidado. Profesionales de todos los centros señalan que, cuando la carga asistencial es ajustada, resulta más

viable explorar miedos, emociones o experiencias previas, así como apoyar la toma de decisiones del paciente. En este sentido, el tiempo se convierte en un recurso clave para la relación terapéutica y el diálogo, especialmente en relación con la dimensión personal, que en el conjunto del estudio aparece como una de las menos desarrolladas.

Igualmente, los profesionales identifican que las unidades con un liderazgo enfermero claro, canales estables de comunicación y cohesión interna del equipo, presentan mejores condiciones para la consolidación del modelo enfermera referente. De acuerdo con la literatura, los entornos donde el liderazgo impulsa la autonomía enfermera y reconoce el valor de la personalización, generan contextos más favorables para que las enfermeras ejerzan su rol de manera plena^{1,9}.

Por otra parte, el rol de la enfermera referente es reconocido por los pacientes, quienes valoran especialmente poder identificar quién es su enfermera de referencia, percibir coherencia en las explicaciones y sentir que las decisiones son compartidas. Cuando esto ocurre, se refuerza la relación terapéutica y la experiencia del cuidado resulta más satisfactoria, lo que a su vez facilita la consolidación del modelo.

El desarrollo y la consolidación del modelo enfermera referente se ven obstaculizados por diversos factores identificados por profesionales y pacientes, entre los que destacan la rotación de enfermeras y la discontinuidad en las asignaciones, la sobrecarga asistencial y la presión organizativa, la rigidez de determinadas rutinas de cuidado y la variabilidad en la aplicación del modelo.

La rotación frecuente de enfermeras, la presencia de profesionales eventuales y los cambios en las asignaciones de pacientes suponen barreras significativas para la personalización del cuidado. Los pacientes perciben la falta de continuidad como un obstáculo para la comunicación, la confianza y la seguridad, especialmente en aquellos hospitales donde la estabilidad del equipo es menor. Este patrón se observó de forma destacada en HUPR, en coherencia con las puntuaciones más bajas obtenidas en la EIC-b y en el IPC.

Por su parte, los profesionales señalan que la elevada carga de trabajo y las demandas institucionales centradas en tareas, limitan su capacidad para ofrecer cuidados individualizados. La presión temporal dificulta la exploración de aspectos emocionales y personales del paciente, así como la adaptación de las rutinas asistenciales. Este hallazgo coincide con estudios previos que describen cómo las condiciones estructurales condicionan directamente la experiencia de personalización²⁵.

Determinados aspectos del cuidado, como los horarios para realizar la higiene, la administración de medicación o la realización de procedimientos técnicos, presentan una menor flexibilidad. Tanto profesionales como pacientes identifican que estas rutinas, fuertemente institucionalizadas, dificultan la adaptación a las preferencias individuales. Este resultado se alinea con la puntuación consistentemente baja del ítem 17 en los tres hospitales.

En conjunto, los resultados muestran una notable convergencia entre profesionales y pacientes en relación con los factores que influyen en la implantación del modelo de asignación de cuidados. Ambos coinciden en señalar que la continuidad favorece la personalización, que la sobrecarga asistencial actúa como una barrera directa y que la rigidez de determinadas rutinas limita la adaptación individual. No obstante, se observan matices relevantes: mientras los profesionales enfatizan con mayor intensidad los factores estructurales e institucionales (como las ratios, la rotación o la organización del trabajo), los pacientes centran su valoración en aspectos relacionales como el trato recibido, el tiempo disponible o la capacidad de escucha. Estas diferencias sugieren que la implantación y consolidación del modelo enfermera referente requiere intervenciones simultáneas en dos niveles complementarios: (i) el estructural, orientado a generar condiciones organizativas adecuadas, y (ii) el relacional, centrado en favorecer interacciones significativas que sostengan la experiencia de cuidado personalizado.

La convergencia entre las percepciones de pacientes y profesionales refuerza la consistencia de los hallazgos obtenidos y permite vincularlos con los resultados cuantitativos del objetivo 1. Así, contribuyen a una comprensión más integrada de cómo la estructura organizativa condiciona la experiencia

real de personalización del cuidado. En este sentido, los resultados de la encuesta completada por enfermeras clínicas y enfermeras gestoras muestran que, aunque más de la mitad de las participantes (54,5 %) considera posible personalizar los cuidados en su unidad, esta posibilidad aparece limitada cuando se analizan dimensiones concretas de la personalización. El porcentaje de respuestas afirmativas desciende al 42,7 % cuando se pregunta por la incorporación de las preferencias de los pacientes, y únicamente la mitad de las profesionales afirma poder respetar las preferencias relativas a la participación de la familia en el cuidado. De manera coherente con esta percepción, un porcentaje relevante de enfermeras reconoce encontrar dificultades para individualizar los cuidados, ya sea de forma frecuente (28,2 %) o en determinadas ocasiones (54,5 %). Estos resultados ponen de manifiesto que la personalización del cuidado se percibe como un objetivo deseable y parcialmente alcanzable, pero condicionado por factores que limitan su aplicación sistemática en la práctica diaria.

La naturaleza de estas dificultades no puede atribuirse de manera unívoca a un único origen. Los datos sugieren la existencia de una oposición - tensión persistente entre factores de carácter organizativo (como la carga de trabajo, la organización de turnos o la continuidad asistencial) y factores vinculados a la práctica relacional, en particular a la capacidad de establecer una relación terapéutica que permita conocer al paciente en profundidad. Esta ambivalencia, presente de forma recurrente en los discursos profesionales, constituye uno de los ejes centrales para la interpretación de los resultados del objetivo 2.

En relación con el modelo de asignación de cuidados, la mayoría de las enfermeras participantes (79 %) reconoce la existencia formal de la figura de la enfermera referente en su unidad. Sin embargo, el impacto percibido del modelo varía. La implantación formal no se traduce necesariamente en un reconocimiento claro por parte del paciente, ya que solo un 33,6 % de las participantes afirma que el paciente conocía quién era su enfermera referente, si bien en un porcentaje similar este reconocimiento se producía únicamente en ocasiones. Esta discrepancia entre la existencia organizativa de la figura y su reconocimiento por parte del paciente plantea interrogantes relevantes

sobre la implementación práctica del modelo y sobre el impacto real de dicha asignación en la relación terapéutica y en la experiencia del cuidado.

De especial relevancia resulta la diferencia observada entre la alta valoración otorgada a determinados elementos del modelo y su aplicación efectiva en la práctica clínica. Mientras que más del 90 % de las enfermeras considera imprescindible la figura de la enfermera referente y la realización de una valoración enfermera, solo un 35,8 % refiere consultar dicha valoración antes del primer contacto con el paciente cuando ha sido realizada por otro profesional. En contraste, el 97,3 % de las participantes considera imprescindible la anamnesis médica y un 61,1 % afirma revisarla previamente a visitar al paciente. Esto sugiere la persistencia de dinámicas organizativas y culturales que influyen en la priorización de determinadas fuentes de información frente a otras.

En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto la coexistencia de discursos claramente favorables al modelo de la enfermera referente con dificultades persistentes para su aplicación en la práctica clínica cotidiana. Lejos de constituir oposiciones simples, estas tensiones parecen reflejar dinámicas complejas que condicionan la implantación efectiva del modelo y apuntan a la necesidad de procesos de ajuste y negociación para su desarrollo y consolidación en el contexto hospitalario.

Para una proporción relevante de las enfermeras participantes, el modelo de enfermera referente se aplica de una forma claramente identificable. Esto se refleja en la percepción de que en las unidades de hospitalización donde trabajan es posible personalizar los cuidados y llegar a conocer suficientemente a los pacientes como para respetar sus valores. No obstante, esta posibilidad se ve matizada al analizar dimensiones concretas de la individualización del cuidado, como la incorporación de las preferencias del paciente o la participación de la familia, ámbitos en los que los porcentajes de respuesta afirmativa descienden de manera significativa. Este contraste sugiere que, si bien la personalización del cuidado se concibe como un principio compartido, su aplicación real se encuentra condicionada por factores que limitan su desarrollo pleno y sostenido.

Una segunda tensión relevante se observa entre la implantación formal del modelo y su traducción en la experiencia relacional del paciente. Aunque la mayoría de las enfermeras señala que en sus unidades existe la figura de la enfermera referente, una proporción considerable indica que los pacientes no identifican claramente a dicha figura o solo lo hacen de manera ocasional. Esta discrepancia plantea interrogantes sobre el impacto real del modelo en la relación terapéutica y sugiere que la asignación estructural de referentes no garantiza, por sí sola, una experiencia de continuidad significativa que el paciente pueda percibir y recordar.

Asimismo, los resultados ponen de manifiesto una discrepancia entre la alta valoración profesional compartida de determinados elementos del modelo y su incorporación efectiva a la práctica cotidiana. Mientras que la figura de la enfermera referente y la valoración enfermera de la necesidad de cuidados del paciente son consideradas imprescindibles por la mayoría de las profesionales, su uso real resulta limitado. Esto se identifica de forma especial en relación con la consulta limitada de la valoración enfermera antes del primer contacto con el paciente, ya comentada con anterioridad. En contraste, la anamnesis médica presenta mayores niveles de consulta previa. Esta realidad podría estar indicando la persistencia de dinámicas organizativas y culturales que influyen en la jerarquización de la información clínica y en la práctica cotidiana del cuidado.

Los resultados sugieren la existencia de una tensión persistente entre los factores organizativos y relacionales que condicionan la personalización del cuidado. De un lado las condiciones estructurales (como la organización del trabajo, la continuidad asistencial o la carga de trabajo) limitan la capacidad de ofrecer cuidados individualizados. De otro lado, la complejidad de establecer relaciones terapéuticas profundas con los pacientes pone de relieve la necesidad de integrar las condiciones organizativas con las prácticas profesionales. Esta ambivalencia indica que la implantación del modelo de enfermera referente no puede comprenderse desde una única dimensión, sino que requiere una visión integradora que contemple simultáneamente los contextos organizativos y las dinámicas relacionales del cuidado.

Consideradas conjuntamente, estas tensiones transversales permiten comprender la implantación del modelo de asignación de cuidados como un proceso dinámico, atravesado por facilitadores y barreras que coexisten y se redefinen en la práctica diaria. Reconocer dichas tensiones no implica cuestionar el modelo, sino situarlo en las condiciones reales de su aplicación en el ámbito hospitalario.

Junto a las condiciones organizativas y culturales descritas, los resultados permiten identificar una tensión persistente entre el marco laboral y el marco profesional del ejercicio enfermero. Mientras que la organización hospitalaria estructura el trabajo en torno al cumplimiento de tareas asistenciales, la atención centrada en la persona constituye un requisito inherente al cuidado enfermero y un estándar profesional mínimo. En este contexto, aspectos como la continuidad de la relación o la identificación de la enfermera por parte del paciente no representan elementos accesorios, sino componentes esenciales del cuidado. El modelo de enfermera referente emerge, así, como una estrategia orientada a aproximar las exigencias del marco laboral a los valores y responsabilidades del ejercicio profesional, si bien su despliegue efectivo se ve condicionado cuando las condiciones organizativas no lo sostienen.

En conjunto, los resultados sugieren que el modelo de enfermera referente, aun teniendo una implantación formal y siendo valorado por profesionales y pacientes, intenta desarrollarse dentro de una organización donde aún persiste un paradigma biomédico, fragmentado y centrado en tareas. Este desajuste entre el enfoque del modelo y las lógicas organizativas que estructuran la atención hospitalaria condiciona su despliegue efectivo, limita la continuidad asistencial y restringe el potencial de la personalización del cuidado y de la autonomía del paciente. La consolidación del modelo requiere, por tanto, un enfoque integrado que aborde de manera simultánea las dimensiones estructurales y relacionales del cuidado.

V.2.3. Objetivo 3: Identificar las expectativas de pacientes y profesionales respecto a la personalización de cuidados enfermeros en el marco de la atención hospitalaria

La perspectiva introducida desde la encuesta a pacientes pertenecientes a asociaciones, refleja una expectativa de los cuidados centrada en la cercanía, la relación terapéutica y la respuesta a sus necesidades, características todas de la personalización del cuidado. Reconocen la importancia de una atención integral y holística, que incluye tiempo de dedicación. Aunque con menor frecuencia, también expresan la percepción de que los cuidados recibidos durante la hospitalización no siempre se corresponden con lo que esperan o desean.

Diversos autores han señalado que los pacientes no expresan expectativas explícitas en términos del rol profesional de la enfermera referente ni definen de manera directa qué significa para ellos la personalización del cuidado enfermero, sino que articulan sus expectativas principalmente en torno a la seguridad, el trato humano, la disponibilidad y la continuidad^{25,32}, elementos que se construyen dentro del marco organizativo hospitalario.

Los atributos que los pacientes seleccionan para referirse a las enfermeras referentes que les han atendido parecen evidenciar expectativas centradas en la relación profesional, destacando la accesibilidad (67,9%), la cercanía (69,8%), la comprensión empática (66%), así como la eficacia y capacidad de resolución (60,4%), la minuciosidad (58,3%), la tolerancia (64%) y, en menor medida, el estar actualizadas (43,5%). A ello se añade que una elevada proporción de pacientes manifiesta haber recurrido a las enfermeras para resolver dudas sobre sus cuidados, lo que sugiere que estas profesionales son percibidas como figuras accesibles y de confianza, capaces de ofrecer un espacio relacional seguro donde expresar inquietudes, comprender la información recibida y sentirse acompañados durante la experiencia hospitalaria. En este sentido, los pacientes parecen esperar (y valorar como deseable) una atención personalizada sustentada en una competencia profesional adecuada y en una relación comunicativa que posibilite la

cercanía, la comprensión y el acompañamiento, siempre que se disponga de tiempo de calidad. Cuando el vínculo relacional entre la enfermera referente y el paciente llega a establecerse, esta figura es reconocida como un apoyo esencial durante la hospitalización, lo que apunta a una expectativa de cuidado basada en la relación terapéutica y el cuidado individualizado.

Las expectativas expresadas por las enfermeras muestran una notable coherencia entre las distintas técnicas de recogida de datos, lo que sugiere la existencia de un núcleo compartido de aspiraciones profesionales en relación con la personalización del cuidado. Coinciden con trabajos que describen la personalización como una aspiración ética y profesional del cuidado enfermero, estrechamente vinculada a la posibilidad de conocer al paciente en profundidad, integrar sus valores y favorecer su participación en las decisiones sobre su cuidado^{23,67}.

Las enfermeras participantes, tanto en los grupos focales como en la encuesta, coinciden de forma recurrente en sus expectativas respecto a la personalización del cuidado. En este sentido, expresan que lo ideal sería poder trasladar a la práctica clínica los distintos componentes del proceso de cuidados enfermeros, iniciándose con una valoración adecuada de las necesidades al ingreso y culminando con una preparación planificada para el alta. Identifican, además, el valor de los aspectos relacionales como elementos que hacen posible dicho proceso. Para las enfermeras gestoras, esta posibilidad adquiere un significado especial en el caso de aquellas enfermeras asistenciales comprometidas con trasladar a la práctica su implicación profesional con el cuidado holístico.

El modelo de enfermera referente, al establecer la responsabilidad del cuidado enfermero en una profesional concreta, promueve entre las enfermeras la expectativa de poder ampliar el contenido del quehacer laboral incorporando elementos centrales del cuidado vinculados a la ética profesional. A través de este encargo, la enfermera percibe un mandato explícito para actuar de acuerdo con sus valores profesionales en relación con el paciente asignado. No obstante, el modelo de enfermera referente no define de manera precisa la orientación, extensión o profundidad del proceso

de cuidados, lo que deja margen a diferentes interpretaciones de su aplicación.

En coherencia con esta expectativa, un porcentaje elevado de las participantes en la encuesta considera imprescindible la realización de una valoración inicial de la necesidad de cuidados del paciente en el momento del ingreso (91 %), así como la propia figura de la enfermera referente como elemento necesario para personalizar los cuidados. En este sentido, el modelo es percibido como una oportunidad profesional, al asociarse tanto con beneficios para el paciente como con el reconocimiento y la revalorización del quehacer enfermero.

Dado que se trata de un objetivo institucional, las enfermeras asocian su implantación a la expectativa de un compromiso organizativo real con el desarrollo de las condiciones estructurales y relacionales que lo hagan posible, especialmente en lo que respecta a la relación con los pacientes y al trabajo en equipo. En este sentido, emerge la expectativa de que la información sobre los cuidados aportada por la enfermera referente sea reconocida y valorada dentro del equipo multiprofesional, así como la confianza en que las actividades vinculadas a la personalización del cuidado sean respetadas por los distintos actores implicados en la atención.

De manera central, las profesionales expresan la expectativa de poder llegar a conocer al paciente en profundidad, hasta identificar sus valores y preferencias, con el fin de asegurar que estas sean tenidas en cuenta y respetadas en el proceso de cuidados. Asociada a ello, aparece la expectativa de poder favorecer la participación del paciente en el cuidado en el grado y la extensión que este decida.

Los resultados sugieren que, aunque un grupo significativo de enfermeras vive la personalización del cuidado como una oportunidad profesional real y deseable, para otras su desarrollo resulta más problemático. Esta coexistencia de expectativas positivas y reticencias no debe interpretarse como una oposición al modelo, sino como una expresión habitual de los procesos de cambio, en los que las nuevas propuestas conviven con prácticas previas y con contextos organizativos que no siempre facilitan su despliegue.

En conjunto, el objetivo 3 permite comprender qué esperan pacientes y profesionales de la personalización del cuidado enfermero, mostrando una convergencia en la centralidad de la relación terapéutica, junto con diferencias en el modo de formular dichas expectativas. Estos hallazgos ofrecen el marco interpretativo necesario para analizar, en los objetivos siguientes, cómo estas expectativas se ven facilitadas o limitadas en la práctica clínica.

V.2.4. Objetivo 4. Definir un modelo conceptual para la personalización de cuidados en el entorno hospitalario que lleve implícitos sus requisitos, los atributos y los resultados esperados

El modelo conceptual que se presenta a continuación no deriva de una revisión teórica previa, sino que emerge del análisis integrado de los resultados obtenidos en las distintas fases del estudio. Su formulación responde a un proceso inductivo de síntesis orientado a dar coherencia a los factores, atributos y resultados identificados en relación con la personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario.

V.2.4.1. Introducción al modelo

De acuerdo a los resultados del estudio, la personalización del cuidado en el entorno hospitalario se concibe como un proceso relacional. Precisa de la conducta individual pero no depende en exclusiva de ella. Se configura como una experiencia duradera construida en interacción que se produce a lo largo del proceso asistencial, iniciándose en la acogida del ingreso en la unidad y finalizando con el cierre al alta. Se orienta a favorecer y sostener interacciones significativas entre la enfermera referente y el paciente, de manera que la experiencia de cuidado sea vivida como coherente (consistente, conectada y cohesionada al resto de cuidados), continuada (ininterrumpida, constante y perseverante en las metas) y centrada en la persona.

Su núcleo es la experiencia del cuidado personalizado, un proceso intencionado y colaborativo de identificación de necesidades y ajuste compartido de las acciones requeridas para responder a esas necesidades a los valores y preferencias del paciente; construido en una relación terapéutica, se dirige a asegurar en el paciente el logro de las metas previamente

establecidas y acordadas mediante el diálogo. La enfermera, desde el vínculo relacional terapéutico desarrollado, promueve y facilita la libre participación del paciente en la totalidad de los procesos específicos de su cuidado -ciclos de valoración-acción-evaluación-, empleando un acercamiento cercano, cálido y respetuoso donde el paciente es el centro del interés.

La enfermera referente está legitimada para asumir su papel en la relación terapéutica, por disponer de la competencia que la capacita para crear y mantener las condiciones de atención que el paciente podría requerir. Inicia esta relación acogiendo al paciente en el primer encuentro, donde busca conocerlo, en la medida en que es necesario, lo reconoce y lo acompaña hasta que la relación finaliza. Las enfermeras están familiarizadas con el proceso descrito y de una forma más o menos amplia e intensa lo aplican en su práctica asistencial. Utilizándolo, la enfermera referente, la asociada, y otros miembros del equipo de cuidados, persiguen asegurar en el paciente el logro de las metas que este, previamente, estableció y acordó mediante el diálogo con la enfermera referente. En este esfuerzo participa la enfermera que lidera al equipo de cuidados propiciando, condiciones organizativas específicas.

La experiencia descrita se sitúa en un contexto normativo y organizacional que la condiciona: una unidad de hospitalización dentro de un hospital, con una cultura organizativa particular que, a su vez, pertenece al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Tanto la unidad como el hospital se configuran como sistemas abiertos, interdependientes, inmersos en un contexto global al que influyen y por el que son influidos. El resultado de las interacciones produce las condiciones donde se configura la experiencia duradera construida en interacción, que nombramos como personalización del cuidado enfermero.

Los resultados del estudio indican que el proceso relacional sostenido descrito no depende exclusivamente de la voluntad individual de la enfermera ni de la existencia formal de un modelo organizativo. Depende, más bien, de la presencia de lo que podríamos denominar un sustento o soporte relacional y organizativo que permita que dichas interacciones emerjan, se mantengan y sean protegidas frente a las dificultades propias del contexto hospitalario.

Cuando este sustento relacional y organizativo es insuficiente o se pierde, la personalización del cuidado se debilita y puede desaparecer, reduciéndose el cuidado a la ejecución de tareas realizadas con mayor o menor grado de conocimiento, cercanía y amabilidad.

Así pues, la existencia del citado soporte es sin duda la clave para la viabilidad del modelo de personalización aquí propuesto, motivo por el cual lo denominamos **Modelo de Sustento**. Como se verá más adelante (Figura D1) el sustento necesario adopta diversas configuraciones en función de los actores del proceso, tal y como se discute a continuación.

V.2.4.2. Configuraciones de sustento en los actores clave

La personalización del cuidado enfermero no se vive ni se implementa de manera homogénea entre las enfermeras. Más allá de un modelo único, emergen distintas formas de entender y poner en práctica la personalización, estrechamente vinculadas a la posición profesional de las enfermeras; a su perspectiva sobre el valor transformador del modelo de enfermera referente; al grado en que lo comprenden y hacen suyo; y a las condiciones organizativas en las que desarrollan su trabajo.

V.2.4.2.1. Enfermeras

Los resultados del estudio permiten identificar tres configuraciones principales en la forma en que las enfermeras se posicionan ante la personalización del cuidado. Estas configuraciones no deben entenderse como categorías rígidas, sino como posicionamientos dinámicos que coexisten y se reconfiguran en función del sustento organizativo y relacional disponible.

Una primera configuración corresponde a profesionales que conciben la personalización como un valor ético y profesional irrenunciable, intrínseco al cuidado enfermero, y que se esfuerzan por sostenerla incluso en contextos organizativos adversos, asumiendo un mayor compromiso y carga personal.

Una segunda configuración agrupa a aquellas enfermeras que viven la personalización fundamentalmente como una exigencia organizativa o formal, limitada a aspectos nominales o administrativos del modelo de

enfermera referente, sin que ello se traduzca en una transformación sustantiva de la práctica clínica ni del vínculo terapéutico.

Entre ambos extremos se sitúa una tercera configuración, de carácter más pragmático, en la que las profesionales intentan personalizar los cuidados de forma ajustada a sus posibilidades reales, modulando su implicación en función de la carga asistencial, la complejidad del paciente y las condiciones del contexto, lo que puede generar experiencias de cuidado valiosas, pero también frágiles y vulnerables a la discontinuidad.

V.2.4.2.2. Liderazgo enfermero: supervisoras

En relación con las supervisoras, los resultados permiten identificar dos configuraciones diferenciadas según su papel en el sustento del cuidado.

En una primera configuración el liderazgo empleado ejerce una función de sustento activo del modelo protegiendo el tiempo y el espacio del cuidado, legitimando la personalización como valor profesional y organizativo, y respaldando a las enfermeras en la toma de decisiones clínicas. Este tipo de liderazgo favorece la continuidad, reduce la vivencia de sobrecarga y permite que la personalización se consolide como práctica compartida.

En una segunda configuración el liderazgo se orienta de forma predominante a la gestión administrativa y al cumplimiento de tareas, sin intentar de manera explícita la dimensión relacional del cuidado. En estos contextos el sustento se debilita, la personalización queda relegada a iniciativas individuales y el modelo de enfermera referente pierde capacidad de despliegue efectivo.

V.2.4.2.3. Equipo multiprofesional

Los equipos asistenciales también se configuran como espacios que pueden sustentar o erosionar la personalización del cuidado. Se identifican dos configuraciones.

En una primera configuración, los equipos funcionan como redes de sustento compartido, donde la cooperación, la comunicación y el reconocimiento mutuo permiten asegurar la continuidad del cuidado

formulado y ajustado por la enfermera referente en colaboración con la enfermera asociada, o bien si las condiciones así lo exigen, la continuidad se augura sin su participación. En estos contextos el cuidado se protege y su congruencia se mantiene ante cambios de turno y variaciones en la carga asistencial.

En una segunda configuración, los equipos aparecen fragmentados, con dinámicas centradas en la tarea y una coordinación reducida, lo que debilita el sustento relacional que el cuidado requiere. En este caso, la personalización depende principalmente del esfuerzo individual, siendo altamente vulnerable a los cambios en las condiciones organizativas. De este modo la experiencia de cuidado personalizado del paciente se expone y también la estabilidad del modelo.

V.2.4.3. Requisitos, atributos y resultados esperados

V.2.4.3.1. Requisitos

Entendidos como condiciones de posibilidad, y en consonancia con los objetivos 1 y 2, la personalización del cuidado requiere condiciones estructurales y organizativas que la hagan posible. Entre ellas: la continuidad en la relación enfermera-paciente a través de la asignación estable de una enfermera referente; una carga asistencial ajustada que permita el tiempo clínico necesario para el cuidado, entendiéndolo como disponibilidad real para la interacción; la estabilidad relativa del equipo; una organización de turnos que no fracture el vínculo; el reconocimiento organizativo explícito del rol de la enfermera referente que lo legitime frente al paciente y al equipo; la existencia de un líder de cuidados que, además de gestionar, sostenga a quienes cuidan, (respalde, proteja y legitime la personalización).

V.2.4.3.2. Atributos

Cuando estas condiciones se cumplen, el cuidado personalizado se expresa a través de: relaciones terapéuticas significativas; responsabilidad explícita sobre el cuidado, asumida por la enfermera referente; el conocimiento profundo del paciente y de sus valores; la adaptación del cuidado a valores, capacidades y preferencias del paciente; la facilitación de la participación del paciente en el proceso asistencial; disponibilidad percibida;

comunicación significativa; y la creación de un espacio relacional seguro que favorece la comprensión, la confianza y el acompañamiento.

V.2.4.3.3. Resultados esperados

El modelo se asocia a resultados positivos en múltiples niveles. En los pacientes los resultados positivos se vinculan a experiencias de cuidado significativas, una mayor sensación de seguridad, confianza, participación, reconocimiento y continuidad. En las enfermeras se vinculan a una mayor percepción de sentido profesional; menor desgaste; la oportunidad de coherencia ética al favorecer una mayor cercanía entre su rol laboral y su rol profesional o a un mayor desarrollo del liderazgo clínico. Por último, en la organización pueden asociarse a una mayor consolidación del modelo de enfermera referente y de la personalización del cuidado como enfoque asistencial; mayor calidad percibida; mayor sostenibilidad del cuidado y un mayor compromiso con la visión y los valores institucionales.

El modelo permite comprender la coexistencia de distintas formas de implicación profesional en la personalización del cuidado, sin interpretarlas como posiciones antagónicas. Lo determinante para su desarrollo no es la ausencia de dificultades, sino la existencia de un sustento insuficiente para atravesarlas. En este sentido, el hospital se entiende como una estructura abierta, integrada en una red sanitaria más amplia, cuyas dinámicas organizativas y culturales condicionan de manera decisiva la posibilidad de sustentar el cuidado en la práctica cotidiana.

V.2.4.4. Modelo conceptual de la personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario

De los resultados del trabajo empírico realizado emerge un modelo conceptual para la personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario. Integra perspectivas de pacientes, enfermeras asistenciales y gestoras. Se muestra en la figura D1. El modelo no describe una secuencia cerrada de acciones, sino una red de relaciones que se activan, debilitan o refuerzan según las condiciones del contexto.

En la imagen se plantea que la personalización del cuidado puede entenderse como una dinámica en equilibrio inestable, cuyo despliegue depende de la interacción entre el impulso profesional inicial, las fuerzas del contexto organizativo y la capacidad del sistema para sostener ese impulso en el tiempo. Como una peonza que requiere condiciones para que su giro se mantenga, se ajuste y se recupere ante las perturbaciones del entorno, el cuidado personalizado no permanece por inercia y requiere condiciones que permitan el establecimiento de relaciones terapéuticas apropiadas dentro de las cuales, la enfermera valore adecuadamente las necesidades de cuidados de un paciente, planifique sus intervenciones de manera individualizada y de mutuo acuerdo con él y facilite la continuidad de los cuidados en su transición al domicilio.

La interacción significativa entre la enfermera referente y el paciente solo puede surgir y mantenerse cuando existe un sustento relacional y organizativo suficiente. Tal sustento se expresa en condiciones estructurales, (asignación, liderazgo clínico, estabilidad del equipo y continuidad asistencial). Su núcleo, el cuidado personalizado, se concibe como una experiencia de acciones intencionadas e interconectadas que se construye en el tiempo y es vulnerable a la pérdida de sustento. Cuando el sustento se debilita, la atención ofrecida tiende a reducirse a la ejecución de tareas aisladas. El modelo se inscribe en un sistema hospitalario entendido como una estructura abierta, integrada en una red sanitaria más amplia, que condiciona la posibilidad de sostener dicho cuidado. En síntesis, trata de reflejar que la personalización del cuidado depende de su sustento no de la buena intención individual del profesional.

Si asemejamos el cuidado personalizado a una peonza, el elemento que lo inicia, su impulso, es la ética profesional y el sentido del cuidado que posee la enfermera. Permiten el desarrollo de este cuidado, movimiento de la peonza, la competencia y la relación terapéutica ofreciendo continuidad. La organización, la carga asistencial, el liderazgo y la cultura, son fuerzas del contexto. El sustento que resulta del mantenimiento de la tensión de los nodos donde el cuidado ancla, evita la caída cuando las dificultades inevitables -

como si de un terreno irregular se tratara – protegen, “sostienen” su giro y la continuidad de su movimiento en el tiempo.

Cuando el sustento es suficiente (a través de la existencia y continuidad de relación terapéutica enfermera-paciente, el liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento del rol, la organización del trabajo y la cultura profesional compartida), la personalización puede mantenerse, ajustarse y expandirse incluso en contextos complejos. Por el contrario, cuando este sustento se debilita o desaparece, la personalización se reduce a gestos formales o se diluye en la práctica cotidiana. De este modo, la figura sintetiza visualmente los requisitos, atributos y resultados del cuidado personalizado, así como la necesidad de estrategias que permitan proteger y reforzar las condiciones que lo hacen posible.

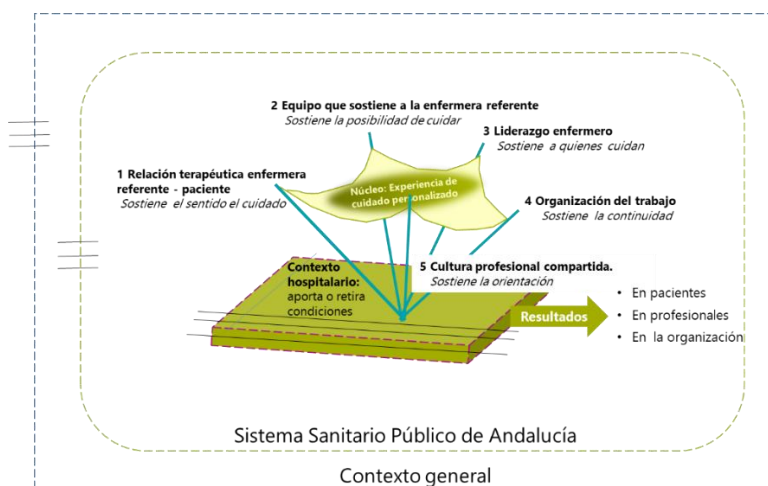


Figura D1. Modelo conceptual de la personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario. El modelo representa la experiencia de cuidado personalizado como un núcleo relacional que se sostiene mediante cinco nodos interdependientes: la relación terapéutica enfermera-paciente, el equipo que sostiene a la enfermera referente, el liderazgo enfermero, la organización del trabajo y una cultura profesional compartida. Estos elementos operan dentro del contexto hospitalario y del Sistema Sanitario Público de Andalucía, condicionando la posibilidad de generar experiencias de cuidado personalizadas y sus resultados en pacientes, profesionales y organización.

La personalización del cuidado se ve afectada por dificultades, atraviesa terrenos irregulares, pero no es esto lo que la detiene.

El modelo de personalización de enfermera referente no falla por la presencia de dificultades. De acuerdo a los objetivos 1, 2 y 3, distintos factores presentes en el sistema requieren control para evitar que la personalización del cuidado se debilite y se rompa. Entre ellos se encuentran: la sobrecarga asistencial; un sistema de trabajo a turnos que dificulta la continuidad asistencial; la fragmentación del cuidado; el liderazgo administrativo no transformador; la falta de reconocimiento al cuidado relacional; y la cultura biomédica centrada en tareas. Todos ellos constituyen amenazas que debilitan el sustento y ponen en riesgo la personalización del cuidado.

Aunque su giro inicial depende del impulso profesional, su estabilidad y permanencia necesita del sistema. Esto es, precisa de un “terreno organizativo” con la regularidad mínima para el desplazamiento, así como el adecuado ajuste, protección y apoyo que permite a los nodos de sustento mantenerse activos para que el cuidado personalizado perdure, siga girando.

En conjunto, el modelo conceptual propuesto permite comprender la personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario como un proceso relacional que requiere ser sostenido de manera continuada para que sea posible y perdurable. La personalización no se define únicamente por la aplicación de intervenciones individualizadas, sino por la existencia de configuraciones de sustento que integran a la enfermera referente, a los equipos asistenciales y al liderazgo enfermero en un entramado organizativo coherente. Cuando este sustento se encuentra presente (protegiendo la relación terapéutica, legitimando el cuidado centrado en la persona y favoreciendo la continuidad) la personalización se consolida como experiencia significativa para pacientes y profesionales. Por el contrario, cuando el sustento se debilita o se fragmenta, el cuidado se detiene, tiende a reducirse a la tarea y el modelo pierde capacidad de despliegue efectivo.

Este enfoque permite identificar de forma integrada los requisitos necesarios, los atributos que describen el cuidado personalizado y los resultados esperados, situando la personalización no como un añadido al sistema, sino como la expresión tangible de su razón de ser.

Constituye el punto de partida para el desarrollo del Objetivo 5, orientado a definir estrategias concretas que permitan desarrollar y consolidar un modelo de cuidados personalizado en el ámbito hospitalario.

V.2.5. Objetivo 5. Definir y priorizar estrategias de implantación del modelo de cuidados personalizado en el ámbito hospitalario.

Implantar un modelo de cuidados personalizados exige actuar sobre el contexto en el que se desarrolla dicho cuidado, ajustando las condiciones organizativas, relacionales y de liderazgo que permiten mantener su estabilidad en el tiempo. Las estrategias deben orientarse no solo a iniciar la personalización, sino a proteger su continuidad, amortiguar las perturbaciones del entorno y facilitar su reajuste cuando las condiciones cambian.

A partir del modelo conceptual propuesto, necesariamente la implantación de cuidados personalizados y/o su desarrollo – estabilización, se entienden como un proceso organizativo. Las estrategias que se requieren se han de dirigir a generar, proteger y sostener las condiciones que hacen posible la personalización del cuidado enfermero en la práctica cotidiana.

En congruencia con los objetivos de esta tesis y los resultados obtenidos, las estrategias derivadas de este estudio se vinculan con la necesidad de reforzar el sustento relacional y organizativo del cuidado. Así, se dirigen a favorecer interacciones significativas, continuidad asistencial y coherencia entre los valores profesionales y la estructura institucional.

V.2.5.1. Estrategias priorizadas según el Modelo de Sustento

V.2.5.1.1, Estrategia 1. Fortalecer el sustento relacional del cuidado

Es necesario asegurar la relación terapéutica enfermera referente-paciente. Una estrategia prioritaria podría ser asegurar que se dispone del tiempo y las condiciones que permiten el establecimiento de la relación mediante la adecuada acogida la que, a su vez, permite la creación del vínculo terapéutico y la realización de una adecuada valoración de la necesidad de cuidados enfermeros. Los resultados del estudio sugieren que conocer al paciente e identificar sus valores son el punto de partida para poder

acompañarle en su proceso. Entre las condiciones necesarias, además de la competencia, experiencia y el interés profesional previos, se requieren continuidad, disponibilidad y reducción de interrupciones durante la atención directa (y en la medida de lo posible ajuste entre la experiencia de la enfermera y la complejidad del paciente). Estudios como el de Van Belle et al.⁴⁹ evidencian que las interrupciones no siempre proceden de otros profesionales, sino de dinámicas internas del propio equipo, lo que subraya la necesidad de revisar la organización del trabajo enfermero y promover acuerdos colectivos que protejan los momentos de cuidado relacional. Sus hallazgos apoyan la estrategia planteada.

V.2.5.1.2. Estrategia 2. Consolidar el Modelo de enfermera referente como estructura de sustento, no solo de asignación

Adoptar el modelo de enfermera referente exclusivamente como sistema de asignación, es insuficiente para asegurar su traducción efectiva en la experiencia de cuidado personalizado del paciente. Los resultados del estudio evidencian que, aunque el modelo es aceptado y valorado por una amplia mayoría, si no va acompañado de condiciones organizativas que sostengan la continuidad, la visibilidad del rol y el reconocimiento interprofesional, su impacto se difumina o se diluye. Conscientes de esta fragilidad, es de interés tener en cuenta experiencias como la descrita por Moura et al.⁶⁸ en relación a la implementación del modelo *“Primary Nursing”* en la que muestra como el refuerzo estructurado del modelo puede reducir omisiones de cuidado y mejorar la calidad asistencial apoyando la necesidad de estrategias que integren formación, seguimiento y liderazgo clínico para su consolidación.

V.2.5.1.3. Estrategia 3. Desplazar el foco desde un modelo centrado en la atención médica hacia un modelo relacional integrado

El estudio pone de manifiesto que la organización del hospital centrada en la atención médica constituye una barrera estructural para la personalización del cuidado. Al ser el centro de interés de la atención sanitaria un aspecto del problema del paciente, pero no estar centrada en él, dificulta la participación en la toma de decisiones de todos los actores implicados en la atención, esto es especialmente visible en el caso del paciente y de las

enfermeras. Por ello, una estrategia decisiva es promover dinámicas de trabajo interprofesional que reconozcan el valor del cuidado enfermero y de la importancia de la información aportada por la enfermera referente al proceso asistencial global. Esta estrategia se relaciona directamente con el desarrollo de una cultura profesional de cuidado compartida en su sentido más amplio. Supone revisar circuitos, espacios de comunicación y liderazgos, favoreciendo una cultura compartida orientada a la persona y no exclusivamente al proceso diagnóstico-terapéutico.

V.2.5.1.4. Estrategia 4. Desarrollar liderazgo y cultura organizativa que sostenga el cuidado

Según los resultados, la personalización del cuidado se ve reforzada en contextos donde existe un liderazgo que protege, respalda y promueve las prácticas centradas en la persona. En este sentido, las enfermeras gestoras (supervisoras y jefes de bloque) desempeñan un papel clave como figuras de sustento del cuidado. Lo son por su posición estratégica, al poder facilitar condiciones de trabajo, legitimar la dimensión relacional del cuidado y actuar como mediadoras frente a las tensiones organizativas. Propuestas como las líneas estratégicas descritas por Tuqiri et al.⁶⁹ coinciden con los hallazgos de este estudio al señalar la necesidad de liderazgos distribuidos, culturas centradas en la persona y entornos de práctica que permitan sostener el cuidado en el tiempo.

V.2.5.1.5. Estrategia 5. Evaluar y visibilizar la personalización desde la experiencia del paciente

El estudio realizado pone de manifiesto la necesidad de incorporar estrategias de evaluación que permitan visibilizar la personalización del cuidado desde la percepción del paciente, reduciendo la brecha identificada entre la valoración profesional y la experiencia vivida. Iniciativas como las descritas por Castro et al.,⁷⁰ centradas en encuentros y espacios compartidos entre enfermeras y pacientes, ponen de relieve la complejidad de este objetivo y la importancia de diseñar estrategias sostenidas y contextualizadas. Evaluar la personalización como proceso relacional sostenido, y no únicamente como

resultado permitiría reforzar su valor institucional y orientar mejoras continuas.

Tabla D1. Estrategias priorizadas para la implantación del modelo de cuidados personalizados

Estrategias priorizadas	Finalidad principal	Elementos del modelo de sustento implicados	Apoyo en la literatura
Protección del tiempo y la continuidad de la relación terapéutica	Favorecer interacciones significativas enfermera -paciente	Sustento relacional, continuidad, presencia	Van Belle et al. ⁴⁹ ; Cho et al. ³⁰ ; Bilenler et al. ²⁸
Consolidar el Modelo de enfermera referente como estructura de cuidado	Evitar una implantación meramente formal del modelo	Responsabilidad, visibilidad del rol, continuidad	Moura et al. ⁶⁸
Revisar dinámicas organizativas médico-centradas	Integrar el cuidado enfermero en la toma de decisiones	Sustento organizativo, trabajo interprofesional	Florin et al. ⁷¹ ; Tønnessen et al. ⁷²
Desarrollar liderazgo clínico y cultura de cuidado	Respaldar y proteger la personalización en contextos complejos	Liderazgo como sustento, cultura compartida	Tuqiri et al. ⁶⁹
Evaluar la personalización desde la experiencia del paciente	Reducir la brecha entre práctica y percepción	Sustento simbólico, reconocimiento del cuidado	Castro et al. ⁷⁰

En su conjunto las estrategias priorizadas planteadas señalan la necesidad de intervenir de forma simultánea sobre las relaciones, la organización y la cultura profesional cuando se considera la implantación efectiva de un modelo de asignación que contempla la personalización del cuidado. Se muestran resumidas en la tabla D1. Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta la visión sistémica planteada en el modelo, personalizar no es añadir tareas, sino reorganizar el contexto para que el cuidado enfermero pueda desplegarse con sentido, continuidad y coherencia.

V.3. Discusión general

La discusión por objetivos ha permitido analizar de manera diferenciada los componentes, condicionantes y percepciones vinculados a la

personalización del cuidado enfermero en el ámbito hospitalario. Considerados en su conjunto, los resultados apuntan a un hallazgo transversal: la personalización del cuidado no fracasa por la existencia de dificultades, sino por la ausencia de un sustento o apoyo suficiente que permita superarlas.

Desde esta perspectiva, la personalización se aleja de concepciones que la entienden como un conjunto de acciones añadidas o como una exigencia individual dirigida a las enfermeras. Se configura como una experiencia relacional que requiere ser sostenida activamente por la organización. Para que el cuidado centrado en la persona pueda desarrollarse de forma congruente y mantenida en el tiempo se precisa de sustento, expresado en continuidad, tiempo clínico, estabilidad, liderazgo y reconocimiento del rol profesional.

Los resultados muestran que cuando se produce una experiencia de cuidado personalizado sostenido, no solo se beneficia el paciente al ganar seguridad, reconocimiento y continuidad, sino que se materializa la razón de ser del sistema sanitario como respuesta a la vulnerabilidad de las personas. En este sentido, proteger y promover las condiciones que sostienen el cuidado personalizado constituye un elemento central del funcionamiento del sistema.

Esta lectura permite reinterpretar las tensiones entre organización, práctica profesional y experiencia del paciente no como resistencias al cambio, sino como expresión del desajuste entre un paradigma biomédico centrado en la enfermedad y un enfoque de atención centrada en la persona. La personalización del cuidado emerge, así, como un vector de transformación organizativa, capaz de reorientar la atención desde la tarea hacia la relación y desde la fragmentación hacia la continuidad.

En conjunto, los resultados sugieren que la personalización del cuidado no depende únicamente de la motivación o competencia profesional de las enfermeras, sino, muy especialmente y de manera decisiva, de la existencia de un sustento organizativo y relacional que la haga posible y sostenible. Sin ese apoyo no hay personalización, y sin personalización el sistema sanitario pierde su sentido último.

V.4. Implicaciones del estudio

De los resultados obtenidos en este estudio se desprenden una serie de implicaciones que resultan relevantes en distintos ámbitos y niveles.

En relación con la práctica clínica, el estudio subraya la necesidad de apoyo organizativo para la personalización, el valor del liderazgo enfermero como protección del cuidado, la importancia de proteger la continuidad relacional y del tiempo clínico. También refleja la necesidad de reconocer el valor del cuidado enfermero como proceso sostenido y de evitar reducir la personalización a acciones formales o administrativas.

Además, los hallazgos muestran la importancia de realizar una valoración inicial de la necesidad de cuidados integral, que contemple, además de aspectos clínicos, elementos biográficos, emocionales, sociales y ligados a la capacidad de participación. De forma más específica, sería de interés integrar la valoración de la “situación personal” en la valoración de necesidades, al ofrecer información específica, adaptar el cuidado y mejorar la experiencia del mismo durante la hospitalización.

Sería necesario potenciar la relación terapéutica y la comunicación en la misma. Los pacientes destacan la información clara, comprensible y continuada como atributos influyentes en su experiencia de personalización. De ahí la necesidad de promover competencias comunicativas (escucha activa, reformulación, anticipación) en especial en contexto de alta carga asistencial. Así mismo, sería necesario hacer visible y fortalecer la continuidad, favoreciendo el mantenimiento del vínculo entre la enfermera referente y el paciente.

Dada la debilidad que presenta el control decisorio en la experiencia de personalización informada por los pacientes, sería de interés potenciarla ofreciendo alternativas, explorando preferencias, preguntando por expectativas y promoviendo la toma de decisiones compartida en las distintas acciones y procedimientos. En este sentido, resultaría conveniente sistematizar microprácticas de personalización, tales como preguntar al paciente por

dudas, temores y preferencias y comprobar la comprensión de la información aportada.

Con respecto a la gestión y la organización, los hallazgos evidencian que la implantación efectiva de modelos de personalización, al depender en gran medida del marco organizativo, se debe abordar principalmente como una responsabilidad organizativa y no solo profesional. Se necesitan ajustes en diversos aspectos de la gestión del personal considerando ratios, asignaciones y estabilidad. La sobrecarga limita la relación terapéutica enfermera-paciente, reduciendo la capacidad de personalizar, pero no es el único factor a tener en cuenta, de ahí la necesidad de considerar también las asignaciones y la estabilidad, y favorecer una rotación que permita a la enfermera referente cumplir su función y se limite la fragmentación de la experiencia de cuidado. Asimismo, se necesita reconocer de forma explícita el rol de la enfermera referente y consolidar esta figura. Para ello es prioritario proteger la continuidad asistencial asegurando tiempo para realizar su función y contando con el respaldo organizativo. Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de un marco institucional que sostenga y favorezca la experiencia del cuidado personalizado.

Considerar la personalización como un criterio de calidad, no como un añadido a la misma. Los pacientes asocian el cuidado personalizado a sentirse seguros, acompañados y comprendidos. Sería de interés considerar la seguridad emocional del paciente como criterio de calidad, incorporando indicadores como la continuidad relacional, la calidad de la comunicación y el reconocimiento de sus preferencias.

Los resultados también señalan la necesidad de poner en marcha estrategias orientadas a sostener a quienes cuidan, mediante decisiones organizativas que favorezcan, además de la estabilidad de los equipos, el liderazgo clínico enfermero y la integración de la información enfermera en la toma de decisiones multiprofesional. Asimismo, supone considerar la necesidad de formación en relación terapéutica y cuidado sostenido, el acompañamiento a profesionales noveles y el desarrollo del liderazgo clínico no solo administrativo.

Finalmente, el estudio aporta argumentos para considerar la personalización del cuidado como un eje estructurante de la atención centrada en la persona. La personalización permite proteger la naturaleza humana en entornos que tienden a fragmentarla. Así, aunque la personalización no añade humanidad al cuidado enfermero, al ser inherente a él, sí que devuelve centralidad a la persona como razón de ser de la atención hospitalaria. Por ello invertir en las condiciones que sostienen el cuidado personalizado supone avanzar hacia sistemas sanitarios más coherentes con su finalidad social y ética.

V.5. Fortalezas y limitaciones del estudio

Una fortaleza principal de este estudio es su diseño multimétodo, que integra datos cuantitativos y cualitativos procedentes de pacientes, enfermeras asistenciales y gestoras, permitiendo una comprensión amplia y contrastada de la personalización del cuidado en el ámbito hospitalario. Asimismo, aporta un modelo conceptual original que interpreta la personalización como un proceso relacional sostenido, coherente con los principios de la atención centrada en la persona y útil para la práctica clínica y la gestión sanitaria.

Entre sus limitaciones, podemos mencionar que el estudio se circunscribe a hospitales públicos de una provincia concreta, lo que podría limitar la transferibilidad directa de los resultados. Los instrumentos de recogida de información han sido de auto informe, aunque fundamentales para evaluar las experiencias, es necesario tener en cuenta que pueden verse afectados por múltiples factores, como aspectos emocionales, expectativas y características individuales. Además, la recogida de percepciones de pacientes a través de asociaciones puede implicar un mayor nivel de implicación respecto a la población general. La ausencia de observación directa de la práctica clínica y las limitaciones inherentes a algunas técnicas de recogida de datos como la influencia del contexto en los grupos focales, el grado de participación y la dinámica grupal, o la falta de profundización en las encuestas. Aunque se utilizaron distintas técnicas es posible que existan experiencias valoradas en menor medida.

Otro aspecto a considerar es la implantación heterogénea del modelo de enfermera referente en los centros participantes, en aquellos donde hay una menor implantación las percepciones del paciente pueden no reflejar el potencial del modelo como instrumento para facilitar la personalización del cuidado. Todo ello se debe tener en cuenta al interpretar los hallazgos.

Estas limitaciones señalan líneas futuras de investigación orientadas a profundizar, mediante diseños longitudinales y observacionales, en la relación entre condiciones estructurales, liderazgo y sostenimiento del cuidado personalizado en el entorno hospitalario. En este sentido, desarrollar y validar indicadores de "sustento del cuidado"; explorar estrategias concretas que permitan operacionalizar el sustento del cuidado evaluando tiempos, estructuras y culturas profesionales; analizar el impacto del "sustento del cuidado" en resultados clínicos, experiencia del paciente y bienestar profesional; evaluar intervenciones de sustento organizativo o; explorar la transferencia del modelo a otros contextos asistenciales, son algunas de las líneas de investigación posibles.

V.6. Conclusiones

Al objetivo 1: Cuantificar el grado de personalización de cuidados enfermeros percibido al alta en el ámbito hospitalario, en nuestra provincia en la actualidad, mediante el Índice de Personalización de Cuidados (IPC) y la Escala de Individualización del Cuidado (EIC).

Los resultados muestran que la personalización del cuidado enfermero está presente en los hospitales estudiados, aunque de manera heterogénea y en grado moderado. Mientras la experiencia vivida por los pacientes superó las expectativas generadas por las conductas de cuidado observadas en las enfermeras, se identifican diferencias relevantes entre dimensiones, siendo la relación terapéutica, la continuidad y el reconocimiento del profesional los aspectos más valorados. Las discrepancias entre las expectativas generadas por la conducta del profesional y la experiencia del paciente evidencian que la personalización no depende

únicamente de la intención profesional, sino también de condiciones organizativas que permitan hacerla visible y sostenida en la práctica clínica.

Al objetivo 2: Identificar los factores que favorecen o dificultan la implantación del modelo de asignación de la enfermera referente en el Servicio Andaluz de Salud, según la perspectiva de los pacientes y los profesionales.

La implantación del modelo de enfermera referente está condicionada por factores estructurales, organizativos y relacionales. La continuidad asistencial, el tiempo disponible, el liderazgo enfermero y el reconocimiento del rol emergen como facilitadores clave, mientras que la sobrecarga asistencial, la rotación, las interrupciones y la organización médico-centrista actúan como barreras persistentes. Estos factores actúan en interacción, configurando tensiones transversales que determinan el desarrollo real del modelo de enfermera referente en la práctica cotidiana.

Al objetivo 3. Identificar las expectativas de pacientes y profesionales respecto a la personalización de cuidados enfermeros en el marco de la atención hospitalaria.

Los pacientes expresan sus expectativas a través de atributos relacionales como la cercanía, la accesibilidad, la empatía, la disponibilidad y la continuidad. Las enfermeras, por su parte, muestran expectativas coherentes entre sí, vinculadas a la posibilidad de ejercer un cuidado acorde con sus valores profesionales y disponer de condiciones que lo hagan viable. La personalización es percibida por las enfermeras como una oportunidad profesional, aunque no exenta de dificultades en contextos organizativos poco favorables.

Al objetivo 4. Definir un modelo conceptual para la personalización de cuidados en el entorno hospitalario que lleve implícitos sus requisitos, los atributos y los resultados esperados

El estudio permite definir un modelo conceptual de personalización del cuidado enfermero entendido como un proceso relacional que requiere un sustento continuo. La personalización no se configura como una suma de intervenciones aisladas, sino como una experiencia de cuidado sostenida en

el tiempo, basada en la responsabilidad clínica, la continuidad y la relación terapéutica. El modelo integra requisitos (sustento organizativo y relacional), atributos (continuidad, reconocimiento, participación, comunicación) y resultados esperados (seguridad, confianza, experiencia significativa de cuidado), situando el sustento como eje central que hace posible la personalización.

Al objetivo 5 Definir y priorizar estrategias que permitan implantar un modelo de cuidados personalizado en el ámbito hospitalario.

Las estrategias para implantar y consolidar un modelo de cuidados personalizados deben orientarse prioritariamente a proteger y fortalecer el sustento del cuidado. Esto implica actuar sobre la organización del trabajo, reducir interrupciones, favorecer la estabilidad de los equipos, reforzar el liderazgo enfermero, legitimar la información enfermera en los equipos multiprofesionales y generar culturas organizativas centradas en la persona. La personalización no se logra mediante exigencias individuales, sino a través de estrategias estructurales y relacionales que permitan sostenerla en el tiempo.

En síntesis, las conclusiones de este estudio son:

- ▶ La personalización del cuidado existe, pero se desarrolla de forma desigual y dependiente del contexto organizativo.
- ▶ No la limitan ni la detienen la presencia de dificultades, sino la ausencia de un sustento suficiente que permita atravesarlas.
- ▶ Pacientes y enfermeras coinciden en valorar la relación, la continuidad y la cercanía, aunque las enfermeras identifican más barreras estructurales.
- ▶ El modelo de enfermera referente es necesario para la personalización, pero no suficiente: requiere condiciones organizativas que lo sostengan.
- ▶ La personalización es un proceso relacional sostenido, no una suma de acciones ni una exigencia individual.
- ▶ Avanzar hacia una atención centrada en la persona implica reorientar la organización para sostener el cuidado como eje del sistema.

Este estudio muestra que la personalización del cuidado enfermero no depende de añadir más tareas ni de exigir mayor implicación individual, sino de sostener el cuidado como razón de ser del sistema. Cuando el cuidado es sostenido asegurando tiempo, continuidad, liderazgo y reconocimiento, la personalización emerge de forma natural. Cuando ese sustento se debilita, el cuidado se reduce a tarea y la experiencia del paciente pierde sentido.

Avanzar hacia una atención verdaderamente centrada en la persona implica, por tanto, proteger activamente las condiciones que permiten cuidar, entendiendo que sin sustento no hay personalización, y sin personalización el sistema sanitario se aleja de su propósito fundamental.

V.7. Cierre de la tesis

La investigación presentada surge de una inquietud investigadora, y también de una experiencia prolongada de observación, práctica y reflexión en torno al cuidado enfermero en el ámbito hospitalario. A lo largo del estudio se ha intentado comprender qué ocurre cuando se utiliza el modelo de enfermera referente como primer paso para que el cuidado se personalice y también qué condiciones lo hacen posible y qué sucede cuando dichas condiciones se debilitan.

Los resultados han permitido poner nombre a algo que con frecuencia permanece implícito en la práctica: que cuidar no es solo hacer, sino sostener. Sostener al paciente, sostener la relación, sostener a quienes cuidan y sostener las condiciones que permiten que el cuidado conserve su sentido. Cuando ese sustento existe, la personalización emerge de forma natural; cuando falta, el cuidado se fragmenta y pierde su dimensión nuclear más humana.

Concluir este trabajo supone también reconocer los límites del estudio y, al mismo tiempo, afirmar con claridad su principal aportación: situar el sustento como eje central para comprender y desarrollar la personalización del cuidado enfermero. Desde esta perspectiva, la personalización deja de ser una aspiración abstracta o una exigencia individual y se convierte en una

responsabilidad compartida, profundamente ligada al cuidado y a la razón de ser del sistema sanitario.

Este manuscrito de tesis se cierra con la convicción de que avanzar hacia una atención centrada en la persona no requiere de grandes esfuerzos individuales, sino de organizaciones capaces de sostener el cuidado como valor, práctica y compromiso. Y con la esperanza de que este trabajo contribuya, aunque sea modestamente, a reforzar ese sustento allí donde el cuidado ocurre cada día.

VI. Bibliografía

1. Cardiff S, McCormack B, McCance T. Person-centred leadership: A relational approach to leadership derived through action research. *J Clin Nurs*. 2018 Aug;27(15-16):3056-3069. doi: 10.1111/jocn.14492. PMID: 29679402.
2. Prentice D, Moore J, Desai Y. Nursing care delivery models and outcomes: A literature review. *Nurs Forum*. 2021 Oct;56(4):971-979. doi: 10.1111/nuf.12640. Epub 2021 Aug 21. PMID: 34418101.
3. Geltmeyer K, Eeckloo K, Dehennin L, De Meester E, De Meyer S, Pape E, Vanmeenen M, Duprez V, Malfait S. How much do we know about nursing care delivery models in a hospital setting? A mapping review. *Nurs Inq*. 2024 Jul;31(3):e12636. doi: 10.1111/nin.12636. Epub 2024 Mar 27. PMID: 38536152.
4. Charalambous A, Radwin L, Berg A, Sjoval K, Patiraki E, Lemonidou C, Katajisto J, Suhonen R. An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: A path analysis. *Int J Nurs Stud*. 2016 Sep;61:176-86. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.06.013. Epub 2016 Jun 23. PMID: 27371801.
5. Han CJ. A Concept Analysis of Personalized Health Care in Nursing. *Nurs Forum*. 2016 Jan-Mar;51(1):32-9. doi: 10.1111/nuf.12117. Epub 2015 Jan 26. PMID: 25623844.
6. Fredriksson L. Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *J Adv Nurs*. 1999 Nov;30(5):1167-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01192.x. PMID: 10564416.
7. Henderson S. Knowing the patient and the impact on patient participation: a grounded theory study. *Int J Nurs Pract*. 1997 Jun;3(2):111-8. doi: 10.1111/j.1440-172x.1997.tb00083.x. PMID: 9355437.
8. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z, Merkouris A. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scand J Caring Sci*. 2012

- Jun;26(2):372-80. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x. Epub 2011 Nov 10. PMID: 22070423.
9. Boykin A, Schoenhofer S. The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nurs Adm Q*. 2001 Spring;25(3):1-7. doi: 10.1097/00006216-200104000-00003. PMID: 18193584.
 10. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs*. 2005 May;50(3):283-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x. PMID: 15811107.
 11. Kousoulou M, Suhonen R, Charalambous A. Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2019 Aug;41:33-40. doi: 10.1016/j.ejon.2019.05.011. Epub 2019 Jun 1. PMID: 31358255.
 12. García Juárez MA, López Alonso SR, Orozco Cózar MA, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego MA, Cano Antelo MA, Serrano Pedrero C. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario [Personalized nursing care and perceived quality of care in hospitals]. *Gac Sanit*. 2011 Nov-Dec;25(6):474-82. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.04.010.
 13. García-Juárez Mdel R, López-Alonso SR, Moreno-Verdugo A, Guerra-González S, Fernández-Corcheró J, Márquez-Borrego MJ, Orozco-Cózar MJ, Ramos-Bosquet G. Personalización de cuidados hospitalarios y su efecto sobre la relación de confianza enfermera-paciente [Personalized nursing care in hospital and its effects on the patient-nurse trust relationship]. *Enferm Clin*. 2013 Nov-Dec;23(6):243-51. Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.09.006.
 14. Jandaghian-Bidgoli M, Jamalnia S, Pashmforosh M et al. Personalized nursing as the missing link of providing care: A systematic review. *BMC Nurs*. 2025 Mar 3;24(1):239. doi: 10.1186/s12912-025-02855-x.
 15. Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J. Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *J Adv Nurs*. 2000 Nov;32(5):1253-63. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01596.x. PMID: 11115011.

16. McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract.* 2003 Jun;9(3):202-9. doi: 10.1046/j.1440-172x.2003.00423.x. PMID: 12801252.
17. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs.* 2006 Dec;56(5):472-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x. PMID: 17078823.
18. Radwin LE, Alster K. Individualized nursing care: an empirically generated definition. *Int Nurs Rev.* 2002 Mar;49(1):54-63. doi: 10.1046/j.1466-7657.2002.00101.x. PMID: 11928937.
19. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Testing the individualized care model. *Scand J Caring Sci.* 2004 Mar;18(1):27-36. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00255.x. PMID: 15005661.
20. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs.* 2005 May;50(3):283-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x. PMID: 15811107.
21. Rodríguez-Martín B, Martín-Martín R, Suhonen R. Individualized Care Scale-patient: A Spanish validation study. *Nurs Ethics.* 2019 Sep;26(6):1791-1804. doi: 10.1177/0969733018769351. Epub 2018 May 7. PMID: 29734884.
22. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care. *J Adv Nurs.* 2010 May;66(5):1035-46. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05256.x. Epub 2010 Mar 9. PMID: 20337793.
23. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, da Luz MD, Idvall E, Berg A, Acaroglu R, Sendir M, Kanan N, Sousa VD, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *J Adv Nurs.* 2011 Sep;67(9):1895-907. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05626.x. Epub 2011 Mar 30. PMID: 21449986.
24. Charalambous A, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *Int Nurs Rev.* 2010 Dec;57(4):500-7. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00831.x. Epub 2010 Sep 14. PMID: 21050203.
25. Papastavrou E, Acaroglu R, Sendir M, Berg A, Efstathiou G, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Leino-Kilpi H, Lemonidou C, da Luz MD,

- Suhonen R. The relationship between individualized care and the practice environment: an international study. *Int J Nurs Stud*. 2015 Jan;52(1):121-33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.008. Epub 2014 May 29. PMID: 24947755.
26. Erickson JI, Duffy ME, Ditomassi M, Jones D. Psychometric evaluation of the Revised Professional Practice Environment (RPPE) scale. *J Nurs Adm*. 2009 May;39(5):236-43. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181a23d14. PMID: 19423989.
27. Välimäki MA, Lantta TJ. Individualised Care in Mental Health and Psychiatric Care. En: Suhonen R, Stolt M, Papastavrou E. *Individualized Care: Theory, Measurement, Research and Practice*. Turku, Finland: Springer; 2019. 141-150p.
28. Bilenler ZK, Ates S. Investigating the relationship between individualized care, patient satisfaction and trust in nurses through structural equation modelling. *Int J Nurs Pract*. 2024 Dec;30(6):e13286. doi: 10.1111/ijn.13286. Epub 2024 Jul 22. PMID: 39039763; PMCID: PMC11608929.
29. Olsen IØ, Jensen S, Larsen L, Sørensen EE. Adolescents' Lived Experiences While Hospitalized After Surgery for Ulcerative Colitis. *Gastroenterol Nurs*. 2016 Jul-Aug;39(4):287-96. doi: 10.1097/SGA.0000000000000154. PMID: 26425861; PMCID: PMC4969068.
30. Cho H, Sagherian K, Scott LD, Steege LM. Occupational fatigue, individualized nursing care, and quality of nursing care among hospital nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2022 Sep;54(5):648-657. doi: 10.1111/jnu.12768. Epub 2022 Feb 15. PMID: 35166443.
31. Işık MT, Yıldırım G. Individualized care perceptions and moral distress of intensive care nurses. *Nurs Crit Care*. 2023 Mar;28(2):184-192. doi: 10.1111/nicc.12715. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34532925.
32. McCormack B, Borg M, Cardiff S, Dewing J, Jacobs G, Janes N, Karlsson B, McCance T, Mekki TE, Porock D, van Lieshout F, Wilson V. Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*. 2015;5(1):1-15. doi:10.19043/ipdj.5SP.003.

33. McCormack B, Manley k, Titchen A. Practice Development in Nursing and Healthcare. 2ed. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell: 2013. 193p.
34. McCance T, McCormack B, Slater P, McConnell D. Examining the Theoretical Relationship between Constructs in the Person-Centred Practice Framework: A Structural Equation Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; Dec 13;18(24):13138. doi: 10.3390/ijerph182413138. PMID: 34948757; PMCID: PMC8701298.
35. McCormack B, Henderson E, Wilson V, Wright J. Making practice visible: The Workplace Culture Critical Analysis Tool (WCCAT). *Dev. Health Care*. 2009; 8(1) 28–43. Published online in Wiley InterScience(www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/pdh.273.
36. Edvardsson D, Sandman PO, Rasmussen B. Swedish language Person-centred Climate Questionnaire - patient version: construction and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 2008 Aug;63(3):302-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04709.x. PMID: 18702777.
37. Stolt M, Koskenvuori J, Edvardsson D, Katajisto J, Suhonen R. Validation of the Finnish Person-Centered care Climate Questionnaire-Patient and testing the relationship with individualised care. *Int J Older People Nurs*. 2021 Mar;16(2):e12356. doi: 10.1111/opn.12356. Epub 2020 Oct 30. PMID: 33125839.
38. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S. Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Int Psychogeriatr*. 2010 Feb;22(1):101-8. doi: 10.1017/S1041610209990688. Epub 2009 Jul 27. PMID: 19631005.
39. Barbosa MM, Teixeira L, Edvardsson D, Paul C, Yanguas J, Afonso RM. Adaptation and validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) to the Portuguese population. *Int J Older People Nurs*. 2023 Mar;18(2):e12522. doi: 10.1111/opn.12522. Epub 2023 Jan 10. PMID: 36625238.
40. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging Ment Health*. 2016;20(5):550-8. doi: 10.1080/13607863.2015.1023768. Epub 2015 Mar 26. PMID: 25811968.

41. Selan D, Jakobsson U, Condelius A. The Swedish P-CAT: modification and exploration of psychometric properties of two different versions. *Scand J Caring Sci.* 2017 Sep;31(3):527-535. doi: 10.1111/scs.12366. Epub 2016 Aug 8. PMID: 27501454.
42. Parlour R, Slater P, McCormack B, Gallen A, Kavanagh P. The relationship between positive patient experience in acute hospitals and person-centred care. *International journal of research in nursing.* 2014;5(1):25-34. doi:10.3844/ijrnsp.2014.25.34.
43. Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud.* 2014 Oct;51(10):1395-415. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003. Epub 2014 Apr 18. PMID: 24815772.
44. Grealish L, Simpson T, Soltau D, Edvardsson D. Assessing and providing person-centred care of older people with cognitive impairment in acute settings: threats, variability and challenges. *Collegian.* 2019;26:75-59. doi:10.1016/j.colegn.2018.03.009.
45. Jaensch D, Baker N, Gordon S. Contemporaneous patient and health professional views of patient-centred care: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2019 Dec 31;31(10):G165-G173. doi: 10.1093/intqhc/mzz118. PMID: 31788686.
46. Kullberg A, Sharp L, Johansson H, Brandberg Y, Bergenmar M. Improved patient satisfaction 2 years after introducing person-centred handover in an oncological inpatient care setting. *J Clin Nurs.* 2019 Sep;28(17-18):3262-3270. doi: 10.1111/jocn.14903. Epub 2019 May 21. PMID: 31066144.
47. Bressan V, Mio M, Palese A. Nursing handovers and patient safety: Findings from an umbrella review. *J Adv Nurs.* 2020 Apr;76(4):927-938. doi: 10.1111/jan.14288. Epub 2019 Dec 29. PMID: 31815307.
48. Hada A, Coyer F. Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes-Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nurs Health Sci.* 2021 Jun;23(2):337-351. doi: 10.1111/nhs.12825. Epub 2021 Apr 11. PMID: 33665950.
49. van Belle E, Giesen J, Conroy T, van Mierlo M, Vermeulen H, Huisman-de Waal G, Hein

50. en M. Exploring person-centred fundamental nursing care in hospital wards: A multi-site ethnography. *J Clin Nurs*. 2020 Jun;29(11-12):1933-1944. doi: 10.1111/jocn.15024. Epub 2019 Sep 8. PMID: 31408557; PMCID: PMC7319433.
51. Backman A, Sjögren K, Lindkvist M, Lövhelm H, Edvardsson D. Towards person-centredness in aged care - exploring the impact of leadership. *J Nurs Manag*. 2016 Sep;24(6):766-74. doi: 10.1111/jonm.12380. Epub 2016 Apr 5. PMID: 27046801.
52. López Alonso SR, Gala Fernández B, García Juárez R, Rodríguez Gómez S, Pérez Hernández R, Lacida Baro M. Personalización del cuidado en las unidades de hospitalización del servicio andaluz de salud. *Tesela [Rev Tesela]* 2007; 2. Disponible en <<https://www.index-f.com/tesela/ts2/ts6571.php>> Consultado el 28 de noviembre de 2025.
53. García Juárez R, Fuentes Cebada L, Cabeza de Vaca Pedrosa MJ, Pineda Soriano A, Montero Vallejo JJ, Jiménez Pérez I. *Rev Adm Sanit*. 2004 Oct;2(4): 751-762
54. López Alonso SR, Hueso Montoro C, Rodríguez Gómez S, Gala Fernández B, Amezcua M, Pérez Hernández RM. La Investigación Acción Participativa [Personalizing nursing care. An action research approach]. *Rev Enferm*. 2010 Mar;33(3):18-25. Spanish. PMID: 20429205.
55. López-Alonso SR, García-Juárez MR, Orozco-Cozar MJ, Márquez-Borrego MJ, Martín-Contreras T. Validez y fiabilidad del índice de personalización de cuidados en una unidad médica hospitalaria [Validity and reliability of the personalised nursing care index in a hospital medical unit]. *Rev Calid Asist*. 2011 Jan-Feb;26(1):54-61. Spanish. doi: 10.1016/j.cali.2010.07.005. Epub 2011 Feb 12. PMID: 21317001.
56. Casado Mora MI, García Juárez MR, Cobacho de Alba JJ, Lacida Baro M, Reyes Malia T, García Palacios R. Evaluación de la personalización de cuidados en el HU Puerto Real. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 10. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n10/p086.php>> Consultado el 31 de Enero del 2020.

57. Lázaro Muñoz MP. ¿Qué piensan nuestros pacientes sobre la figura de la enfermera referente? *Etica de los Cuidados*. 2009 ene-jun;2(3). Disponible en <<https://www.index-f.com/eticuidado/n3/et6812.php>> Consultado el 23 de noviembre de 2025.
58. Lafuente Robles N et al. *Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía*. Sevilla: Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud; 2015:113p.
59. Vives Varela T, Hamui Sutton L. La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación en Educación Médica*. 2021; 10(40):97 -104. doi: 10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367. Epub 21-Feb-2022. ISSN 2007-5057.
60. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2010 Dec;15(5):625-32. doi: 10.1007/s10459-010-9222-y. Epub 2010 Feb 10. PMID: 20146096.
61. Suhonen R, Schmidt LA, Katajisto J, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Land L, Lemonidou C, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Cross-cultural validity of the Individualised Care Scale - a Rasch model analysis. *J Clin Nurs*. 2013 Mar;22(5-6):648-60. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04238.x. Epub 2012 Aug 9. PMID: 22882146.
62. Petroz U, Kennedy D, Webster F, Nowak A. Patients' perceptions of individualized care: evaluating psychometric properties and results of the individualized care scale. *Can J Nurs Res*. 2011 Jun;43(2):80-100. PMID: 21888007.
63. Pasquali S, Capitoni E, Tiraboschi G, Alborghetti A, De Luca G, Di Mauro S. Complessita' assistenziale e l'appropriatezza organizzativa assistenziale: indagine conoscitiva nelle Unità di Medicina di nove ospedali di Regione Lombardia [Complexity of care and organizational effectiveness: a survey among medical care units in nine Lombardy region hospitals]. *Prof Inferm*. 2017 Jan-Mar;70(1):24-30. Italian. doi: 10.7429/pi.2017.701024. PMID: 28485906.
64. Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, Lehwaldt D, McKee G, Munyombwe T, Astin F. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018

- Jan;17(1):6-22. doi: 10.1177/1474515117721561. Epub 2017 Jul 18. PMID: 28718658.
65. Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud*. 2022 Oct;134:104311. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104311. Epub 2022 Jun 16. PMID: 35780608.
66. Galazzi A, Stolt M, Papastavrou E, Stefanopoulos N, Dimitriadou M, Wiisak J, Keogh B, Chiappinotto S, McCabe C, Suhonen R, Gastmans C, Palese A; PROMOCOM Study Group. How to Promote the Development of Nurses' Moral Competence According to Patient Representatives: A European Qualitative Study. *J Nurs Manag*. 2025 Dec 11;2025:6655643. doi: 10.1155/jonm/6655643. PMID: 41424978; PMCID: PMC12714163.
67. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2013 Jan;69(1):4-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x. Epub 2012 Jun 19. PMID: 22709336.
68. Moura ECC, Lima MB, Peres AM, Lopez V, Batista MEM, Braga FDCSAG. Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *J Nurs Manag*. 2020 Nov;28(8):2103-2112. doi: 10.1111/jonm.12846. Epub 2019 Oct 17. PMID: 31433878.
69. Tuqiri K, Murray S, Shaw D, Hackett K, McCance T. Co-creating a strategy for transforming person centred cultures. *Front Health Serv*. 2025 Jun 4;5:1574632. doi: 10.3389/frhs.2025.1574632. PMID: 40535203; PMCID: PMC12175153.
70. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Kiekens C, Claes K, Bruyneel L. Effect of an intervention on the congruence of nurses' and patients' perceptions of patient-centred care: A pre-test post-test study. *J Eval Clin Pract*. 2020 Dec;26(6):1648-1656. doi: 10.1111/jep.13348. Epub 2020 Jan 10. PMID: 31919973.
71. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *J Adv Nurs*. 2005 Jul;51(2):140-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03477.x. PMID: 15963185.

72. Tønnessen S, Scott A, Nortvedt P. Safe and competent nursing care: An argument for a minimum standard? *Nurs Ethics*. 2020 Sep;27(6):1396-1407. doi: 10.1177/0969733020919137. Epub 2020 May 18. PMID: 32419621; PMCID: PMC7543010.

Anexos

Anexo I Escala de Individualización del Cuidado versión paciente.

Escala de Individualización del cuidado EIC-a: apoyo de la individualización del cuidado a través de intervenciones específicas.	
A01	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad/estado de salud.
A02	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis necesidades que requieren cuidados y atención.
A03	Los profesionales de enfermería me han dado la oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido.
A04	Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos.
A05	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis miedos y preocupaciones.
A06	Los profesionales de enfermería han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad/estado de salud.
A07	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.
A08	Los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital (trabajo, actividades de ocio).
A09	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis experiencias anteriores de hospitalización.
A10	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis hábitos diarios (por ejemplo higiene personal).
A11	Los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados.
A12	Los profesionales de enfermería se han asegurado de que he entendido las instrucciones que he recibido en el hospital.
A13	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre qué quiero saber acerca de mi enfermedad/estado de salud.
A14	Los profesionales de enfermería han escuchado mis deseos personales sobre mi cuidado.
A15	Los profesionales de enfermería me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado.
A16	Los profesionales de enfermería me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado.
A17	Los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería lavarme.

Escala de Individualización del cuidado EIC-b: percepción del paciente de la individualización del cuidado proporcionada.	
B01	Se han tenido en cuenta para mi cuidado las sensaciones que he tenido sobre de mi enfermedad/estado de salud.
B02	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis necesidades que requerían cuidados y atención.
B03	He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido.
B04	Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos.
B05	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones.
B06	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud.
B07	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.
B08	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado mi vida cotidiana fuera del hospital (trabajo, actividades de ocio).
B09	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis experiencias anteriores de hospitalización.
B10	Durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios (por ejemplo higiene personal).
B11	Mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo haga.
B12	He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital.
B13	He recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad/estado de salud.
B14	Se han tenido en cuenta para mi cuidado los deseos que he expresado.
B15	He participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado.
B16	Se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado.
B17	He podido decidir cuándo lavarme.

Anexo II. Individualised Care Scale – Nurse.

<i>Support of patient individuality through specific nursing activities ICS-A-Nurse.</i>	
A01	I talk with patients about the feelings they have about their illness/health condition.
A02	I talk with patients about their needs that require care and attention.
A03	I give patients the chance to take responsibility for their care as far as they are able.
A04	I identify changes in how they have felt.
A05	I talk with patients about their fears and anxieties.
A06	I make an effort to find out how their illness/health condition has affected them.
A07	I talk with patients about what the illness/health condition means to them.
A08	I ask patients what kinds of things they do in their everyday life outside the hospital (e.g. work, leisure activities).
A09	I ask patients about their previous experiences of hospitalisation.
A10	I ask patients about their everyday habits (e.g. personal hygiene).
A11	I ask patients whether they want their family to take part in their care.
A12	I give instructions to patients using language that is easy to understand.
A13	I ask patients what they want to know about their illness/health condition.
A14	I listen to patients' personal wishes with regard to their care.
A15	I help patients take part in decisions concerning their care.
A16	I encourage patients to express their opinions on their care.
A17	I ask patients at what time they would prefer to wash.

Nurses' perceptions of individuality in care provided ICS-B-Nurse.	
B01	I took into account the feelings patients had about their illness/health condition.
B02	I took into account their needs that require care and attention.
B03	...patients assumed responsibility for their care as far as they were able.
B04	I took into account the changes in how they felt.
B05	I took into account their fears and anxieties.
B06	I took into account the way the illness/health condition has affected them.
B07	I took into account the meaning of the illness/health condition to the patient personally.
B08	I took into account their everyday activities (e.g. work, leisure activities) outside the hospital.
B09	I took into account their previous experiences of being in hospital.
B10	I took into account patients' everyday habits during their stay in hospital (e.g. personal hygiene)
B11	...patients families took part in their care if they wanted them to.
B12	I made sure that patients understood the instructions they received.
B13	I gave patients enough information about their illness/health condition.
B14	I took into account patients' wishes about their care.
B15	.. patients took part in decisión-making concerning their care.
B16	I took into account the opinions patients expressed about their care.
B17	.. patients had the opportunity to make their own decisions on when to wash.

Anexo III Hoja de información al paciente.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE: PACIENTES

Estudio: Cuidados enfermeros personalizados en hospitales públicos de la provincia de Cádiz. Grado de implantación, factores condicionantes y expectativas de pacientes y profesionales.

Investigadora: M^a del Rosario García Juárez

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación de acuerdo a la legislación vigente y se va a celebrar con pacientes que hayan estado ingresados o pertenecientes a asociaciones de pacientes.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar, o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con los profesionales sanitarios ni a la asistencia sanitaria a la que Vd. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El objetivo principal consiste en conocer **en qué grado se realiza la personalización de los cuidados enfermeros** ofrecidos en las unidades de hospitalización de los centros públicos de la provincia de Cádiz, es decir identificar qué características tiene la atención que los profesionales de enfermería ofrecen a los pacientes hospitalizados en los hospitales gaditanos a través de los testimonios de las personas que han estado ingresadas y de los profesionales que los atienden. También se pretende conocer cuáles son

los deseos de estas personas con respecto a la atención que pudiesen recibir en un futuro.

Para ello necesitamos conocer su experiencia y los factores que a su juicio influyen en esta atención.

La Personalización de los cuidados consiste en adaptar los cuidados a las preferencias de los pacientes. En los hospitales del Servicio Andaluz de Salud esto se realiza asignando a una enfermera como referente del paciente durante todo el tiempo que dure la hospitalización. Esta enfermera referente será la persona encargada de desarrollar una relación terapéutica que le permita conocer cómo afecta la enfermedad al paciente y qué necesidades tiene este para poder adaptarse a su situación de salud. Nos interesa conocer en qué grado se han personalizado sus cuidados y el recuerdo que tiene de su experiencia de la hospitalización, si la atención se centró o no en sus preferencias.

¿Por qué le ofrecemos participar a usted?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo del estudio. Estos criterios sirven para seleccionar a la población que responderá el interrogante de la investigación. Vd. está invitado a participar porque cumple esos criterios.

Se espera que participen más de 200 personas con experiencias previas de hospitalización en este estudio, uno de los cuales será usted si decide participar. Sus únicas responsabilidades serán contestar a preguntas referidas sobre su experiencia durante la hospitalización.

¿En qué consiste mi participación?

Para conocer ambas cuestiones le invitaremos a cumplimentar un cuestionario alojado en internet, al que accederá a través de un enlace que le facilitará el supervisor de la unidad o bien lo enviará a su teléfono a través de un teléfono corporativo que se utiliza para comunicarse con el supervisor de la unidad. No utilizaremos su número de teléfono para ningún otro fin.

El cuestionario tiene como objetivo conocer la forma en que las enfermeras le han proporcionado los cuidados necesarios en el hospital. Es totalmente anónimo, pero al principio le formulamos dos preguntas generales: cuánto tiempo ha estado ingresado y en qué unidad.

El cuestionario en sí, tiene tres secciones. Una primera con siete preguntas referidas a la enfermera responsable de sus cuidados, la segunda y tercera, con 17 preguntas cada una, se refieren a todos los profesionales enfermeros que lo han cuidado. Por último, dispone de un espacio para que nos haga llegar cualquier comentario o sugerencia con respecto a su atención.

Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, queremos conocer su opinión personal.

¿Qué beneficios obtendré?

Su participación en el estudio no le supondrá ningún beneficio económico, pero le dará la oportunidad de que exprese cómo le han cuidado y, si quiere, cómo le gustaría que fuese la atención que dispensamos los profesionales de enfermería en los hospitales y ayudarnos a mejorar esta atención.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Vd. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio forman parte de un proyecto de tesis y serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los pacientes que han participado.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal y por el Reglamento General de Protección de Datos.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

No existen intereses económicos y ninguna persona que participe en la investigación percibirá ninguna gratificación económica por la realización de este estudio.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con la investigadora del estudio. M^a del Rosario García Juárez, teléfono 697950730.

Anexo IV. Cuestionario Google Forms® para pacientes.

Este cuestionario tiene como objetivo conocer la forma en que las enfermeras le han proporcionado los cuidados necesarios en el hospital. Es totalmente anónimo, pero al principio le formulamos dos preguntas generales. El cuestionario en sí, tiene tres secciones. Una primera con siete preguntas referidas a la enfermera responsable de sus cuidados, la segunda y tercera, ambas con 17 preguntas cada una, hacen referencia a todos los profesionales de enfermería que han participado en su cuidado.

1. Días que ha permanecido en el hospital.

Entre 2 y 5 días

Entre 6 y 10 días

Más de 10 días

Más de un mes

2. En qué unidad estuvo ingresado.

Sección 1

IPC1. ¿En los primeros días tras su ingreso en la unidad, una enfermera se presentó como responsable de su cuidado?.

IPC2. ¿Esta enfermera responsable se identificó, le dijo su nombre?

IPC3. ¿Esta enfermera le hizo una entrevista para conocer los aspectos relacionados con el cuidado de su salud?

IPC4. ¿Esta enfermera le ha preguntado por sus dudas y preocupaciones?

IPC5. ¿Esta enfermera le preguntó sus preferencias sobre algunos aspectos de su cuidado?

IPC6. Antes del alta, ¿esta enfermera le ha ofrecido información sobre los cuidados que debe tener en casa?

IPC7. ¿Las enfermeras de todos los turnos estaban coordinadas en sus cuidados, y lo han cuidado de la misma forma?

Sección 2

A01 Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre los sentimientos que he tenido acerca de mi enfermedad/estado de salud.

A02 Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis necesidades que requieren cuidados y atención.

A03 Los profesionales de enfermería me han dado la oportunidad de asumir la responsabilidad de mi cuidado hasta donde yo he podido.

A04 Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos.

A05 Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre mis miedos y preocupaciones.

A06	Los profesionales de enfermería han hecho el esfuerzo de averiguar cómo me afecta la enfermedad/estado de salud.
A07	Los profesionales de enfermería han hablado conmigo sobre el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.
A08	Los profesionales de enfermería me han preguntado qué cosas hago en mi vida cotidiana fuera del hospital (trabajo, actividades de ocio).
A09	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis experiencias anteriores de hospitalización.
A10	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre mis hábitos diarios (por ejemplo higiene personal).
A11	Los profesionales de enfermería me han preguntado si quiero que mi familia participe en mis cuidados.
A12	Los profesionales de enfermería se han asegurado de que he entendido las instrucciones que he recibido en el hospital.
A13	Los profesionales de enfermería me han preguntado sobre qué quiero saber acerca de mi enfermedad/estado de salud.
A14	Los profesionales de enfermería han escuchado mis deseos personales sobre mi cuidado.
A15	Los profesionales de enfermería me han ayudado a participar en las decisiones sobre mi cuidado.
A16	Los profesionales de enfermería me han ayudado a expresar mis opiniones sobre mi cuidado.
A17	Los profesionales de enfermería me han preguntado en qué momento prefería lavarme.

Sección 3

B01	Se han tenido en cuenta para mi cuidado las sensaciones que he tenido sobre de mi enfermedad/estado de salud.
B02	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis necesidades que requerían cuidados y atención.
B03	He asumido la responsabilidad de mi cuidado hasta donde he podido.
B04	Los profesionales de enfermería han identificado los cambios en mis sentimientos.
B05	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis miedos y preocupaciones.
B06	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el modo en que me ha afectado la enfermedad/estado de salud.
B07	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado el significado que tiene para mí la enfermedad/estado de salud.
B08	Se ha tenido en cuenta para mi cuidado mi vida cotidiana fuera del hospital (trabajo, actividades de ocio).
B09	Se han tenido en cuenta para mi cuidado mis experiencias anteriores de hospitalización.

- B10** Durante mi estancia en el hospital se han tenido en cuenta mis hábitos diarios (por ejemplo higiene personal).
- B11** Mi familia ha participado en mi cuidado si yo he querido que lo haga.
- B12** He entendido las instrucciones que me han dado en el hospital.
- B13** He recibido de los profesionales de enfermería suficiente información sobre mi enfermedad/estado de salud.
- B14** Se han tenido en cuenta para mi cuidado los deseos que he expresado.
- B15** He participado en la toma de decisiones sobre mi cuidado.
- B16** Se han tenido en cuenta en mi cuidado las opiniones que he expresado.
- B17** He podido decidir cuándo lavarme.

Puede hacernos llegar, a continuación, cualquier comentario o sugerencia. Muchas gracias por sus respuestas.

Anexo V. Índice de personalización del cuidado. (IPC)

A. Preguntas dirigidas al paciente.

IPC1. ¿En los primeros días tras su ingreso en la unidad, una enfermera se presentó como responsable de su cuidado?

Sí - No

IPC2. ¿Esta enfermera responsable se identificó, le dijo su nombre?

Sí - No

IPC3. ¿Esta enfermera le hizo una entrevista para conocer los aspectos relacionados con el cuidado de su salud?

Sí - No

IPC4. ¿Esta enfermera le ha preguntado por sus dudas y preocupaciones?

Sí - No

IPC5. ¿Esta enfermera le preguntó sus preferencias sobre algunos aspectos de su cuidado?

Sí - No

IPC6. Antes del alta, ¿esta enfermera le ha ofrecido información sobre los cuidados que debe tener en casa?

Sí - No

IPC7. ¿Las enfermeras de todos los turnos estaban coordinadas en sus cuidados, y lo han cuidado de la misma forma?

Sí - No

B. Preguntas dirigidas al médico responsable del paciente.

Durante la estancia en el hospital de D/D.a _____, la enfermera referente de sus cuidados ha sido _____.

IPC8. ¿La enfermera referente y usted han hablado sobre el plan de asistencia al paciente?

Sí - No

IPC9. ¿Ha hablado con la enfermera referente sobre las necesidades que tendrá el paciente en su casa?

Sí - No

C. Revisión de registros de cuidados en la historia clínica del paciente.

IPC10. Existe registro de valoración integral realizada por la enfermera referente.

Sí - No

IPC11. Existe registro de un plan de cuidados realizado por la enfermera referente.

Sí - No

IPC12. Existe registro de Informe de Continuidad de Cuidados del paciente.

Sí - No

Anexo VI. Hoja de información al profesional.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE: PROFESIONALES

Estudio: Cuidados enfermeros personalizados en hospitales públicos de la provincia de Cádiz. Grado de implantación, factores condicionantes y expectativas de pacientes y profesionales.

Investigadora: M^a del Rosario García Juárez

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación de acuerdo a la legislación vigente y se va a realizar en algunos hospitales públicos de la provincia de Cádiz. Se pretende contar con la participación de pacientes que han estado ingresados en alguno de esos hospitales, profesionales que trabajan en ellos y pacientes de diferentes asociaciones.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar, o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a su actividad profesional en el centro. .

¿Cuál es el propósito del estudio?

El objetivo principal consiste en Caracterizar **la personalización de los cuidados enfermeros** ofrecidos en las unidades de hospitalización de los centros públicos de la provincia de Cádiz, es decir identificar qué características tiene la atención que los profesionales de enfermería ofrecen a los pacientes hospitalizados en los hospitales gaditanos a través de los testimonios de las personas que han estado ingresadas y de los profesionales que los atienden. Así mismo deseamos conocer los factores que intervienen

tanto positiva como negativamente en el desarrollo de esta atención y cuáles son las expectativas tanto de pacientes como de profesionales en relación a la prestación de cuidados enfermeros.

Para ello necesitamos conocer su experiencia y su opinión sobre nuestro modelo de personalización y los factores que a su juicio influyen en su desarrollo y por tanto en la prestación de la atención a los pacientes.

La Personalización de los cuidados consiste en adaptar los cuidados a las preferencias de los pacientes. En los hospitales del Servicio Andaluz de Salud se adoptó el modelo de asignación “Primary Nursing” para llevar a cabo la personalización, según esto a todo paciente se le asigna a su ingreso una enfermera que será la responsable de sus cuidados durante todo el proceso de hospitalización. El objetivo de esta enfermera es establecer una relación terapéutica que le permita conocer cómo afecta la enfermedad al paciente y qué necesidades tiene este para poder adaptarse a su situación de salud.

Nos interesa conocer su opinión sobre este modelo de asignación y su percepción acerca de la atención que se presta a los pacientes y los factores que están presentes en esta atención.

¿Por qué le ofrecemos participar a usted?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población que responderá al interrogante de la investigación. Vd. está invitado a participar porque cumple esos criterios.

Al tratarse de una investigación cualitativa no es posible saber, a priori, el número exacto de participantes que será necesario incluir, aunque se espera que participen más de 60 profesionales de diferentes hospitales de la provincia de Cádiz. Sus únicas responsabilidades serán contarnos su opinión sobre el modelo de asignación y sobre la personalización de los cuidados, así como sus expectativas en relación a este sistema de organización.

¿En qué consiste mi participación?

Le invitaremos a participar en una de estas tres técnicas: grupo de discusión, grupo focal o encuesta semiestructurada; mediante ellas intentaremos conocer su percepción sobre el grado en que personaliza su atención, sus conocimientos sobre el modelo de asignación y sus expectativas en relación a este tema. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas ya que lo que queremos conocer es su opinión personal.

El grupo de discusión contará con un observador que anotará aquellos datos relevantes para el estudio y el grupo focal será grabado en audio para poder reproducir posteriormente el contenido, transcribirlo y analizarlo. Si en algún momento de la sesión se encuentra incómodo/a o considera que las preguntas que se le hacen le originan malestar, podrá pedir interrumpir su participación sin ningún problema.

La encuesta semiestructurada se realizará on line mediante un formulario Google Form^R sin datos personales para garantizar el anonimato de sus respuestas. Las respuestas se volcarán en un archivo en google drive. Se le realizarán al inicio del cuestionario algunas preguntas para conocer datos sociodemográficos de los participantes, pero no se trata de datos identificativos.

¿Qué beneficios obtendré?

Su participación en el estudio no le supondrá ningún beneficio económico, pero le dará la oportunidad de expresar su opinión sobre el modelo de personalización hospitalario y contribuir a su mejora.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Vd. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio forman parte de un proyecto de tesis, además serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los profesionales que han participado.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Persona y por el Reglamento General de Protección de Datos. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. Sólo el equipo investigador, que tiene deber de guardar la confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio.

¿Qué ocurrirá con las grabaciones obtenidas?

Una vez que el contenido sea analizado la grabación se destruirá. Las grabaciones se transcribirán tras seudonimizar los datos personales. Mientras no se destruyan, el responsable de la custodia de los datos será la investigadora principal del estudio.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

No existen intereses económicos y ninguna persona que participe (investigador o participante) percibirá ninguna gratificación económica por la realización de este estudio.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con la investigadora del estudio. M^a del Rosario García Juárez, teléfono 697950730.

Anexo VII. Consentimiento informado: profesionales.**CONSENTIMIENTO INFORMADO: PROFESIONALES**

Yo _____, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación "Cuidados enfermeros personalizados en hospitales públicos de la provincia de Cádiz. Grado de implantación, factores condicionantes y expectativas de pacientes y profesionales", de la investigadora M^a del Rosario García Juárez.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto participar en una serie de encuestas o grupos de discusión o grupos focales que se realizarán durante el transcurso del estudio en el hospital:

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que la información será analizada por la investigadora en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo personal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por el equipo de investigación, se destruirá una vez analizada y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio.

Nombre del participante _____

Firma

Fecha: _____

Anexo VIII. Encuesta a enfermeras participantes

El objetivo de esta encuesta es conocer su opinión sobre la posibilidad de brindar cuidados enfermeros personalizados en el hospital donde trabaja. Para ello, le pedimos que responda a las preguntas que se formulan a continuación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. El interés se centra en conocer su opinión profesional sobre este tema. La encuesta es anónima, aunque le solicito algunos datos de carácter demográfico.

Centro en el que trabaja actualmente

Unidad en la que trabaja actualmente

Sexo: Masculino - Femenino

Años de ejercicio profesional

Puesto de trabajo: Asistencial – Cargo intermedio - Otros

Turno de trabajo

1. ¿Podría decir de forma resumida cómo definiría la personalización de los cuidados enfermeros?

2. ¿Cómo sabe si el cuidado enfermero que está prestando es "personalizado"? ¿Qué característica lo diferencia del cuidado no personalizado?

3. En su opinión, ¿es posible personalizar los cuidados en el hospital donde trabaja actualmente?

Respuestas: Sí – No- En ocasiones- No sabe, no contesta.

4. En su hospital, puede ofrecer una atención personalizada que contemple las preferencias de los pacientes.

Respuestas: Sí – No – En ocasiones – No sabe, no contesta

5. En su práctica diaria, ¿llega a conocer a los pacientes hasta el punto que puede respetar sus valores a la hora de atenderlos?

Respuestas: Sí – No – En ocasiones – No sabe, no contesta

6. En su práctica diaria, ¿puede respetar las preferencias de los pacientes en lo que respecta a la intervención de la familia en su cuidado?

Respuestas: Sí – No – En ocasiones – No sabe, no contesta

7 ¿Puede respetar las preferencias de los pacientes en lo que se refiere al horario de actividades básicas como la higiene, la alimentación o el descanso?

Respuestas: Sí – No – En ocasiones – No sabe, no contesta

8 ¿Encuentra dificultades a la hora de personalizar los cuidados que presta?

Respuestas: Sí – No – En ocasiones – No sabe, no contesta

9 Si la respuesta anterior fue un sí, por favor nombre las dificultades.

10 ¿Existe la figura de la enfermera referente en la unidad en la que trabaja?

Respuestas: Sí – No

11 Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿los pacientes conocen quien es su enfermera referente?

Respuestas: Sí – No- Algunas veces – No sabe, no contesta.

12 Existe la figura del médico referente en la unidad donde trabaja?

Respuestas: Sí – No

13 Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿los pacientes conocen quien es su médico referente?

Respuestas: Sí – No – Algunas veces – No sabe, no contesta

14 ¿Considera que es imprescindible que exista la figura de la enfermera referente para personalizar los cuidados?

Respuestas: Sí – No

15 ¿Considera imprescindible realizar la valoración enfermera de los pacientes que atiende para personalizar los cuidados?

Respuestas: Sí – No

16 Comente las principales razones del sí

17 Comente las principales razones del no

18 Si el paciente ya tiene realizada la valoración por otro profesional enfermero, ¿procede a leerla en el primer contacto con el paciente, antes de prestarle atención.?

Respuestas: Sí – No – En ocasiones – No sabe, no contesta

19 ¿Considera imprescindible que los pacientes que atiende tengan realizada una anamnesis médica?

Respuestas: Sí – No

20 ¿Procede a leer la anamnesis médica en el primer contacto con el paciente, antes de prestarle atención?

Respuestas: Sí – No – En ocasiones – No sabe, no contesta

21 Como hemos mencionado, el objetivo de esta encuesta es conocer su opinión sobre la posibilidad de brindar cuidados enfermeros personalizados en el hospital donde trabaja. Si hay algún aspecto importante a tener en cuenta, sobre el que no se haya realizado pregunta, agradecería que lo añadiese aquí.

Anexo IX. Encuesta a ciudadanos miembros de asociaciones de pacientes

Me alegra saludarle, estoy realizando un estudio sobre la percepción que tuvieron pacientes ingresados en los hospitales de la provincia de Cádiz, sobre los cuidados prestados por las enfermeras. El objetivo es conocer si hemos dado respuesta a sus necesidades personales. Su respuesta contribuirá a conocer nuestro trabajo y nos ayudará a mejorarlo.

A continuación, le haré algunas preguntas sobre su ingreso en un centro hospitalario. Si ha estado ingresado más de una vez, conteste referido a su último ingreso. También le haré algunas preguntas generales.

Agradezco su colaboración al estudio al cumplimentar la encuesta a continuación.

Seleccione su género.

Respuesta: Masculino – Femenino - Otro

Escriba a continuación su edad actual en número, por favor.

Hospital en el que ha estado ingresado

Respuestas: H. Puerta del Mar – H. Puerto Real – H. Punta Europa – Otro

Si la respuesta anterior fue “Otro”, indique el nombre del centro, por favor.

Año en el que estuvo ingresado, si no lo recuerda exactamente, diga un año aproximado.

Tiempo que permaneció en el hospital.

Respuestas: menos de 2 días, entre 2 y 5 días, entre 6 y 10 días, más de 10 días, más de 1 mes.

Unidad en la que estuvo ingresado (por ejemplo: medicina interna, cirugía, traumatología, etc)

1. Durante el ingreso, ¿una enfermera o enfermero se identificó como el responsable de su cuidado dentro del equipo de enfermería que lo atendió?

Respuestas: Sí – No – No lo recuerda

2. En el caso de que haya contestado sí a la pregunta anterior, ¿recuerda el nombre de esa enfermera?

Respuesta: Sí – No

2.1. ¿Puede decir su nombre, por favor?

3. Durante el ingreso, ¿un médico o médica se identificó como el responsable de su atención, dentro del equipo que lo atendería?

Respuesta: Sí – No – No lo recuerda.

4. En el caso de que haya contestado sí a la pregunta anterior, ¿recuerda el nombre de ese médico o médica?

Respuesta: Sí – No

4.1. ¿Puede decir su nombre, por favor?

5. A continuación, aparecen una serie de adjetivos y su definición en este estudio. Tanto positivos como negativos. Por favor, indique aquellos con los que calificaría la atención prestada por los profesionales enfermeros y enfermeras. En el caso que haya contestado que sí hubo un enfermero/a responsable de sus cuidados, conteste a esta pregunta pensando en él o ella.

- Competentes (estaban formados y tenían conocimientos sobre su problema de salud).
- Incompetentes (carecían de formación o conocimientos sobre su problema de salud).
- Accesibles (era fácil contactar con ellos, en caso de necesidad).
- Inaccesibles (era muy difícil contactar con ellos, en caso de necesidad).
- Cercanos (cuando se dirigían a usted o usted a ellos, era fácil hablar con ellos y contarles las preocupaciones).
- Lejanos (tenía dificultades para hablar con ellos y contarles sus preocupaciones).
- Eficaces (daban respuesta a sus problemas o preguntas de manera satisfactoria).
- Ineficaces (no resolvían sus preguntas o problemas de manera satisfactoria).
- Empáticos (usted sentía que le comprendían y que eran capaces de ponerse en su lugar).
- Distantes (sintió que no le comprendían ni eran capaces de ponerse en su situación).

- Concienzudos (realizaban su trabajo con atención y detenimiento).
- Descuidados (no prestaban toda la atención que debían a lo que hacían y lo hacían de forma apresurada).
- Actualizados (conocían las últimas técnicas que existían o los últimos avances sobre su problema de enfermedad).
- Rápidos (acudían con rapidez a sus llamadas cuando lo requería).
- Lentos (tardaban mucho tiempo en atender a sus llamadas).
- Confidentes (inspiraban confianza y seguridad).
- Tolerantes (eran comprensivos, respetuosos con los pacientes, con sus problemas y sus valores).
- Inflexibles (eran duros, severos, no se adaptaban a sus valores).

6. Durante el tiempo que estuvo ingresado/a, sintió que las enfermeras/os se esforzaban por conocer sus sentimientos acerca de su problema de salud.

Respuestas: Sí - No - Sólo lo hizo la enfermera/o responsable de sus cuidados - Algunos enfermeros/as sí lo hicieron, pero otros no.

7. Durante el tiempo que estuvo ingresado/a sintió que perdía el control sobre su problema de salud.

Respuesta: Sí – No – No sabe, no contesta

8. Durante el tiempo que estuvo ingresado/a recibió ayuda de las enfermeras/os para adaptarse a las necesidades de recuperación una vez fuera del hospital.

Respuesta: Sí – No - Recibió ayuda sólo de la enfermera/o responsable de su cuidado - Recibió ayuda, pero no por parte de las enfermeras/os sino por parte de otro profesional - No sabe, no contesta.

9. Durante su ingreso hospitalario, los enfermeros/as le ayudaron a contactar con asociaciones o pacientes que estuviesen en su misma situación.

Respuesta: Sí – No - Sólo lo hizo la enfermera responsable de sus cuidados - No lo hicieron los enfermeros/as pero sí lo hizo otro profesional -No sabe, no contesta.

10. Durante el tiempo que estuvo ingresado/a sintió que los enfermeros/as se esforzaban por adaptarse y respetar sus deseos o preferencias.

Respuesta: Sí – No – Algunas veces.

11. En caso de dudas sobre sus cuidados, ha recurrido a las enfermeras/os hospitalarios para resolverla.

Respuesta: Sí – No – Alguna vez.

12. Por último, nos gustaría saber su opinión sobre los profesionales enfermeros/as de los hospitales. Indique aquellos aspectos positivos y negativos que se le ocurran y que puedan sernos de utilidad a la hora de buscar soluciones para mejorar su atención y la de otras personas que nos necesiten.

Anexo X. Tablas de frecuencias, análisis código-documentos.

Anexo X.1. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Requisitos para personalizar” identificados en el discurso de las enfermeras que respondieron a la encuesta según el centro hospitalario de procedencia.

	HUPE Gr=79; GS=15		HUPM Gr=260; GS=51		HUPR Gr=80; GS=17		HSC Gr=109; GS=27		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Comunicación con el paciente Gr=4	0	0,00%	1	3,85%	1	14,29%	0	0,00%	2
• Conocer al paciente Gr=4	0	0,00%	0	0,00%	1	14,29%	0	0,00%	1
• Formación profesional Gr=4	0	0,00%	3	11,54%	0	0,00%	0	0,00%	3
• Implicación profesional Gr=5	0	0,00%	2	7,69%	0	0,00%	0	0,00%	2
• Planificación de cuidados Gr=17	1	25,00%	4	15,39%	3	42,86%	1	33,33%	9
• Tiempo de dedicación al paciente Gr=10	1	25,00%	5	19,23%	0	0,00%	0	0,00%	6
• Traspaso de información sobre el paciente. Gr=14	0	0,00%	2	7,69%	0	0,00%	0	0,00%	2
• Valoración del paciente Gr=20	2	50,00%	8	30,77%	2	28,57%	2	66,67%	14
• Establecer un vínculo con el paciente Gr=3	0	0,00%	1	3,85%	0	0,00%	0	0,00%	1
Totales	4	100,00%	26	100,00%	7	100,00%	3	100,00%	40

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el centro hospitalario: Número de citas identificadas en todos los documentos (totalidad de respuestas de las encuestas) procedentes de ese centro hospitalario.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de ese centro hospitalario.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.2. Tabla frecuencias de códigos de la categoría “Concepto de personalización” identificados en el discurso de los grupos focales.

	Grupo focal gestores Gr=121		Grupo focal enfermeras clínicas Gr=91		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Asignación de enfermera referente Gr=9	4	80,00%	0	0,00%	4
• Cuidados holísticos de la persona Gr=14	1	20,00%	0	0,00%	1
• Individualización de cuidados Gr=28	0	0,00%	1	9,09%	1
• Presentación Gr=7	0	0,00%	7	63,64%	7
• Respuesta a necesidades del paciente Gr=42	0	0,00%	3	27,27%	3
Totales	5	100,00%	11	100,00%	16

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el nombre del grupo focal: Número de citas identificadas en el discurso de los integrantes de ese grupo focal.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.3. Tabla frecuencias de códigos de la categoría “Características de la personalización” identificados en el discurso de los grupos focales.

	Grupo focal gestores Gr=121		Grupo focal enfermeras clínicas Gr=91		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Atención al paciente y familia Gr=20	2	18,18%	2	8,00%	4
• Cuidados flexibles Gr=14	2	18,18%	0	0,00%	2
• Evaluación de resultados Gr=6	0	0,00%	1	4,00%	1
• Participación del paciente en las decisiones de cuidado Gr=12	2	18,18%	0	0,00%	2
• Relación terapéutica enfermera y paciente Gr=7	1	9,09%	3	12,00%	4
• Respeto de preferencias Gr=18	0	0,00%	10	40,00%	10
• Respeto de valores Gr=7	0	0,00%	6	24,00%	6
• Respuesta a dudas Gr=6	1	9,09%	2	8,00%	3
• Respuesta a temores Gr=4	0	0,00%	1	4,00%	1
• Trabajo en equipo multidisciplinar Gr=10	3	27,27%	0	0,00%	3
Totales	11	100,00%	25	100,00%	36

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el nombre del grupo focal: Número de citas identificadas en el discurso de los integrantes de ese grupo focal.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.4. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Requisitos para personalizar los cuidados enfermeros hospitalarios” identificados en el discurso de los grupos focales.

	Grupo focal gestores Gr=121		Grupo focal enfermeras clínicas Gr=91		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
◦ Conocer al paciente Gr=4	0	0,00%	3	14,29%	3
◦ Implicación profesional Gr=5	3	17,65%	0	0,00%	3
◦ Planificación de cuidados Gr=17	3	17,65%	5	23,81%	8
◦ Tiempo de dedicación al paciente Gr=10	2	11,77%	2	9,52%	4
◦ Traspaso información sobre el paciente Gr=14	4	23,53%	8	38,10%	12
◦ Valoración del paciente Gr=20	4	23,53%	2	9,52%	6
◦ Establecer un vínculo con el paciente Gr=3	1	5,88%	1	4,76%	2
Totales	17	100,00%	21	100,00%	38

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el nombre del grupo focal: Número de citas identificadas en el discurso de los integrantes de ese grupo focal.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.5. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “La valoración enfermera” identificados en el discurso de los grupos focales.

	Grupo focal gestores Gr=121		Grupo focal enfermeras clínicas Gr=91		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Conocer evolución Gr=5	2	15,39%	0	0,00%	2
• Conocer las preferencias y creencias Gr=9	0	0,00%	1	12,50%	1
• Detección de necesidades Gr=39	5	38,46%	1	12,50%	6
• Necesaria para planificar los cuidados Gr=10	1	7,69%	0	0,00%	1
• Objetivo de la organización Gr=15	4	30,77%	5	62,50%	9
• Permite conocer al paciente Gr=41	1	7,69%	1	12,50%	2
Totales	13	100,00%	8	100,00%	21

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el nombre del grupo focal: Número de citas identificadas en el discurso de los integrantes de ese grupo focal.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.6. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Factores condicionantes para la personalización de los cuidados” identificados en el discurso de los grupos focales.

		Grupo focal gestores Gr=121		Grupo focal enfermeras clínicas Gr=91		Totales
		V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Características individuales del paciente.	Gr=6	1	2,86%	4	9,09%	5
• Complejidad paciente	Gr=5	1	2,86%	2	4,54%	3
• Comunicación entre diferentes servicios	Gr=4	0	0,00%	2	4,54%	2
• Creencias del profesional	Gr=5	1	2,86%	1	2,27%	2
• Desmotivación Profesional	Gr=2	1	2,86%	0	0,00%	1
• Especialidad médica que ingresa al paciente	Gr=18	6	17,14%	6	13,64%	12
• Estabilidad laboral de la enfermera	Gr=9	0	0,00%	5	11,36%	5
• Duración de la estancia en el hospital	Gr=18	5	14,29%	9	20,45%	14
• Ingreso en habitación individual	Gr=6	0	0,00%	5	11,36%	5
• Interacción en el equipo multidisciplinar	Gr=8	4	11,43%	0	0,00%	4
• Médico responsable del paciente	Gr=6	2	5,71%	3	6,82%	5
• Ratio médico-enfermera	Gr=2	2	5,71%	0	0,00%	2
• Ratios enfermera paciente	Gr=5	2	5,71%	1	2,27%	3
• Relación médico-enfermera	Gr=14	9	25,71%	3	6,82%	12
• Tiempo disponible	Gr=5	1	2,86%	2	4,54%	3
• Volumen de trabajo	Gr=8	0	0,00%	1	2,27%	1
Totales		35	100,00%	44	100,00%	79

Gr a la derecha del código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el nombre del grupo focal: Número de citas identificadas en el discurso de los integrantes de ese grupo focal.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.7. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Dificultades para la personalizar los cuidados” identificados en el discurso de los grupos focales.

	Grupo focal gestores Gr=121		Grupo focal enfermeras clínicas Gr=91		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Sistema de trabajo a turnos Gr=20	5	9,09%	12	29,27%	17
• Comunicación con el médico Gr=3	2	3,64%	1	2,44%	3
• Elevada carga de trabajo Gr=30	2	3,64%	1	2,44%	3
• Falta de seguimiento del plan Gr=3	0	0,00%	3	7,32%	3
• Falta de tiempo Gr=26	2	3,64%	4	9,76%	6
• Falta de unificación de criterios Gr=6	0	0,00%	1	2,44%	1
• Familiares del paciente Gr=6	1	1,82%	2	4,88%	3
• Interrupciones Gr=4	4	7,27%	0	0,00%	4
• Organización hospitalaria Gr=22	6	10,91%	7	17,07%	13
• Otros profesionales Gr=9	5	9,09%	1	2,44%	6
• Ratios existentes Gr=40	3	5,45%	0	0,00%	3
• Reconocimiento Gr=6	6	10,91%	0	0,00%	6
• Recursos materiales Gr=12	5	9,09%	1	2,44%	6
• Registro de los cuidados Gr=26	14	25,46%	8	19,51%	22
Totales	55	100,00%	41	100,00%	96

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el nombre del grupo focal: Número de citas identificadas en el discurso de los integrantes de ese grupo focal.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.8. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Características de la enfermera referente” identificados en el discurso de los grupos focales.

	Grupo focal de gestores Gr=121		Grupo focal enfermeras clínicas Gr=91		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Proporciona cuidados de calidad Gr=3	1	7,14%	0	0,00%	1
• Capacidad de responder a necesidades del paciente Gr=8	0	0,00%	5	27,78%	5
• Empatía Gr=9	1	7,14%	3	16,67%	4
• Referente del paciente Gr=14	9	64,29%	2	11,11%	11
• Vector de comunicación de cuidados en el equipo Gr=12	3	21,43%	8	44,44%	11
Totales	14	100,00%	18	100,00%	32

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el nombre del grupo focal: Número de citas identificadas en el discurso de los integrantes de ese grupo focal.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.9. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Características de la personalización” identificados en el discurso de las enfermeras encuestadas según el puesto de trabajo (asistencial o cargo intermedio).

	Puesto Asistencial Gr=456; GS=95		Puesto Cargo Intermedio Gr=63; GS=12		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Atención al paciente y familia Gr=20	11	15,07%	2	11,11%	13
• Cercanía Gr=8	4	5,48%	0	0,00%	4
• Cuidados flexibles Gr=14	9	12,33%	3	16,67%	12
• Evaluación de resultados Gr=6	4	5,48%	1	5,56%	5
• Participación del paciente en las decisiones de cuidado Gr=12	5	6,85%	5	27,78%	10
• Relación terapéutica enfermera y paciente Gr=7	2	2,74%	0	0,00%	2
• Respeto de preferencias Gr=18	5	6,85%	3	16,67%	8
• Respeto de valores Gr=7	0	0,00%	1	5,56%	1
• Respuesta a dudas Gr=6	3	4,11%	0	0,00%	3
• Respuesta a necesidades Gr=31	26	35,62%	3	16,67%	29
• Respuesta a temores Gr=4	3	4,11%	0	0,00%	3
• Trabajo en equipo multidisciplinar Gr=10	1	1,37%	0	0,00%	1
Totales	73	100,00%	18	100,00%	91

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el puesto de trabajo: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por profesionales con ese puesto de trabajo.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de profesionales con ese puesto de trabajo.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.10. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Requisitos para personalizar” identificados en el discurso de las enfermeras encuestadas agrupados según el puesto de trabajo (cargo intermedio o asistencial).

	Puesto Asistencial Gr=456; GS=95		Puesto Cargo Intermedio Gr=63; GS=12		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
◦ Comunicación con el paciente Gr=4	2	6,45%	0	0,00%	2
◦ Conocer al paciente Gr=4	1	3,23%	0	0,00%	1
◦ Formación profesional Gr=4	2	6,45%	1	12,50%	3
◦ Implicación del profesional Gr=5	2	6,45%	0	0,00%	2
◦ Planificación de cuidados Gr=17	6	19,36%	3	37,50%	9
◦ Tiempo de dedicación al paciente Gr=10	5	16,13%	1	12,50%	6
◦ Traspaso de información Gr=14	2	6,45%	0	0,00%	2
◦ Valoración del paciente Gr=20	10	32,26%	3	37,50%	13
◦ Vínculo con el paciente Gr=3	1	3,23%	0	0,00%	1
Totales	31	100,00%	8	100,00%	39

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el puesto de trabajo: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por profesionales con ese puesto de trabajo.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de profesionales con ese puesto de trabajo.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.11. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Valoración enfermera” identificados en el discurso de las enfermeras encuestadas agrupados según el puesto de trabajo (cargo intermedio o asistencial).

	Puesto Asistencial Gr=456; GS=95		Puesto Cargo intermedio Gr=63; GS=12		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Aporta calidad al cuidado Gr=2	2	1,85%	0	0,00%	2
• Aporta seguridad y genera confianza Gr=3	3	2,78%	0	0,00%	3
• Conocer evolución del paciente Gr=5	3	2,78%	0	0,00%	3
• Conocer las preferencias del paciente Gr=9	5	4,63%	3	16,67%	8
• Detección de necesidades Gr=39	27	25,00%	5	27,78%	32
• Necesaria para individualizar Gr=13	12	11,11%	0	0,00%	12
• Facilita la continuidad de cuidados Gr=6	5	4,63%	0	0,00%	5
• Necesaria para planificar los cuidados Gr=10	7	6,48%	2	11,11%	9
• Objetivo de la organización Gr=15	6	5,56%	0	0,00%	6
• Permite conocer al paciente Gr=41	31	28,70%	7	38,89%	38
• Toma de contacto con el paciente Gr=7	6	5,56%	1	5,56%	7
Totales	108	100,00%	18	100,00%	126

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el puesto de trabajo: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por profesionales con ese puesto de trabajo.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de profesionales con ese puesto de trabajo.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.12. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Factores condicionantes para la personalización de cuidados” identificados en el discurso de las enfermeras encuestadas agrupados según el puesto de trabajo (cargo intermedio o asistencial).

		Puesto Asistencial Gr=456; GS=95		Puesto Cargo Intermedio Gr=63; GS=12		Totales
		V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Características individuales del paciente	Gr=6	1	2,50%	0	0,00%	1
• Cargo intermedio	Gr=2	2	5,00%	0	0,00%	2
• Complejidad paciente	Gr=5	1	2,50%	1	33,33%	2
• Comunicación entre servicios hospitalarios	Gr=4	1	2,50%	1	33,33%	2
• Desmotivación Profesional	Gr=2	1	2,50%	0	0,00%	1
• Especialidad médica que ingresa al paciente	Gr=18	6	15,00%	0	0,00%	6
• Estabilidad laboral de la enfermera	Gr=9	3	7,50%	1	33,33%	4
• Estancia del paciente	Gr=18	4	10,00%	0	0,00%	4
• Ingreso en habitación individual	Gr=6	1	2,50%	0	0,00%	1
• Interacción en el equipo multidisciplinar	Gr=8	4	10,00%	0	0,00%	4
• Médico responsable del paciente	Gr=6	1	2,50%	0	0,00%	1
• Ratios enfermera paciente	Gr=8	5	12,50%	0	0,00%	5
• Relación médico-enfermera	Gr=14	2	5,00%	0	0,00%	2
• Tiempo disponible	Gr=5	1	2,50%	0	0,00%	1
• Volumen de trabajo	Gr=8	7	17,50%	0	0,00%	7
Totales		40	100,00%	3	100,00%	43

Gr a la derecha del código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el puesto de trabajo: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por profesionales con ese puesto de trabajo.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de profesionales con ese puesto de trabajo.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.13. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Dificultades para personalizar los cuidados” identificados en el discurso de las enfermeras encuestadas agrupados según el puesto de trabajo (cargo intermedio o asistencial).

	Puesto Asistencial Gr=456; GS=95		Puesto Cargo Intermedio Gr=63; GS=12		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Sistema de trabajo a turnos Gr=20	3	3,37%	0	0,00%	3
• Cambios de personal Gr=3	1	1,12%	2	18,18%	3
• Elevada carga de trabajo Gr=30	18	20,23%	3	27,27%	21
• Falta de tiempo Gr=26	17	19,10%	2	18,18%	19
• Familiares del paciente Gr=6	3	3,37%	0	0,00%	3
• Organización hospitalaria Gr=22	8	8,99%	1	9,09%	9
• Otros profesionales del equipo Gr=9	3	3,37%	0	0,00%	3
• Ratios enfermera-paciente actuales Gr=40	27	30,34%	3	27,27%	30
• Recursos materiales Gr=12	5	5,62%	0	0,00%	5
• Registro de cuidados Gr=26	4	4,49%	0	0,00%	4
Totales	89	100,00%	11	100,00%	100

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el puesto de trabajo: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por profesionales con ese puesto de trabajo.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de profesionales con ese puesto de trabajo.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.14. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Características de la enfermera referente” identificados en el discurso de las enfermeras encuestadas agrupados según el puesto de trabajo (cargo intermedio o asistencial).

	Puesto Asistencial Gr=456; GS=95		Puesto Cargo Intermedio Gr=63; GS=12		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Acompañar Gr=2	1	16,67%	0	0,00%	1
• Capacidad de responder a las necesidades del paciente Gr=8	1	16,67%	0	0,00%	1
• Empatía positiva con el paciente Gr=9	2	33,33%	0	0,00%	2
• Referente del paciente Gr=14	1	16,67%	0	0,00%	1
• Vector de comunicación de cuidados en el equipo Gr=12	1	16,67%	0	0,00%	1
Totales	6	100,00%	0	100,00%	6

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el puesto de trabajo: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por profesionales con ese puesto de trabajo.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de profesionales con ese puesto de trabajo.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.15. Tabla de frecuencias de códigos de la categoría “Creencias sobre la personalización” identificados en el discurso de la totalidad de participantes en la fase 2, según el puesto de trabajo (cargo intermedio o asistencial).

	G.F. C. Intermedios Gr=121		G.F. Asistenciales Gr=91		Puesto Asistencial Gr=456; GS=95		Puesto C. Intermedio Gr=63; GS=12		Totales
	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.	F.R.	V.A.
• Asignación de enfermera referente Gr=9	4	80,00%	0	0,00%	5	5,43%	0	0,00%	9
• Cuidados centrados en la persona Gr=3	0	0,00%	0	0,00%	2	2,17%	1	8,33%	3
• Cuidados del paciente Gr=5	0	0,00%	0	0,00%	5	5,43%	0	0,00%	5
• Cuidados holísticos de la persona Gr=14	1	20,00%	0	0,00%	11	11,96%	0	0,00%	12
• Individualización de cuidados Gr=28	0	0,00%	1	9,09%	24	26,09%	2	16,67%	27
• Organización de la prestación de cuidados Gr=13	0	0,00%	0	0,00%	9	9,78%	4	33,33%	13
• Presentación Gr=7	0	0,00%	7	63,64%	0	0,00%	0	0,00%	7
• Respuesta a necesidades del paciente Gr=42	0	0,00%	3	27,27%	34	36,96%	5	41,67%	42
• Tiempo de dedicación Gr=6	0	0,00%	0	0,00%	2	2,17%	0	0,00%	2
Totales	5	100,00%	11	100,00%	92	100,00%	12	100,00%	120

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo el nombre del grupo focal: Número de citas identificadas en el discurso de los integrantes de ese grupo focal.

Gr bajo el puesto de trabajo: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por profesionales con ese puesto de trabajo.

GS Número de documentos (respuestas de las encuestas) de profesionales con ese puesto de trabajo.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa. **G.F.** Grupo focal. **C. Intermedios.** Cargos Intermedios

Anexo X.16. Tabla de frecuencias de los códigos asociados a las categorías: Creencias, concepto o características de la personalización, identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones.

	Pacientes Gr=41; GS=38	
	V.A.	F.R.
• Atención al paciente y familia Gr=20	2	9,10%
• Cercanía Gr=8	4	18,20%
• Cuidados holísticos de la persona Gr=14	2	9,10%
• La realidad dista de la personalización Gr=15	1	4,50%
• Relación terapéutica enfermera y paciente Gr=7	1	4,50%
• Respuesta a necesidades Gr=31	2	9,10%
• Tiempo de dedicación Gr=6	4	18,20%
• Trabajo en equipo multidisciplinar Gr=10	6	27,30%
Totales	22	100,00%

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo la palabra pacientes: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por los pacientes.

GS Número de respuestas a la pregunta abierta en la encuesta a los miembros de las asociaciones.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.17. Tabla de frecuencias de los códigos asociados a la categoría "Requisitos de la personalización" identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones.

	Pacientes Gr=41; GS=38	
	V.A.	F.R.
○ Comunicación con el paciente Gr=4	2	66,66%
○ Formación del profesional Gr=4	1	33,33%
Totales	3	99,99%

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo la palabra pacientes: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por los pacientes.

GS Número de respuestas a la pregunta abierta en la encuesta a los miembros de las asociaciones.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.18. Tabla de frecuencias de los códigos asociados a la categoría "Dificultades para la personalización" identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones.

Pacientes Gr=41; GS=38		
	V.A.	F.R.
• Elevada carga de trabajo Gr=30	6	40,00%
• Falta de tiempo Gr=26	1	6,67%
• Ratios enfermera-paciente Gr=40	7	46,67%
• Recursos materiales Gr=12	1	6,66%
Totales	15	100,00%

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo la palabra pacientes: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por los pacientes.

GS Número de respuestas a la pregunta abierta en la encuesta a los miembros de las asociaciones.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.19. Tabla de frecuencias de los códigos asociados a la categoría "Resultados de la atención" identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones.

Pacientes		
	V.A.	F.R.
• Bienestar emocional Gr=3	1	3,60%
• Confianza Gr=12	2	7,10%
• Conocimiento del paciente Gr=9	1	3,60%
• Insatisfacción Gr=9	9	32,20%
• Relación de ayuda Gr=2	2	7,10%
• Satisfacción del paciente Gr=16	13	46,40%
Totales	28	100,00%

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo la palabra pacientes: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por los pacientes.

GS Número de respuestas a la pregunta abierta en la encuesta a los miembros de las asociaciones.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Anexo X.20. Tabla de frecuencias de los códigos asociados a la categoría “Característica de la enfermera referente” identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones.

	Pacientes Gr=41; GS=38	
	V.A.	F.R.
• Acompañar Gr=2	1	4,50%
• Calidad cuidados Gr=3	2	9,10%
• Capacidad de responder a las necesidades del paciente Gr=8	2	9,10%
• Competencia Gr=12	12	54,50%
• Empatía Gr=9	3	13,70%
• Referente del paciente Gr=14	2	9,10%
Totales	22	100,00%

Gr bajo el código: Frecuencia con la que se aplica ese código en todo el proyecto.

Gr bajo la palabra pacientes: Número de citas identificadas en la totalidad de las encuestas contestadas por los pacientes.

GS Número de respuestas a la pregunta abierta en la encuesta a los miembros de las asociaciones.

V.A. Valor absoluto. **F.R.** Frecuencia relativa.

Índice de figuras

Figura I1. Características de la personalización enfermera según literatura.....	8
Figura I2. Modelo de atención enfermera individualizada.....	13
Figura I3. Marco de Práctica Centrada en la Persona.....	21
Figura I4. Doble rol de la enfermera en el Modelo de Personalización del SAS.....	29
Figura J1. Respuestas de gestoras durante un programa formativo.....	39
Figura M1. Fases del estudio.....	47
Figura M2. Fase1: Estudio descriptivo y analítico en pacientes tras el alta.....	48
Figura M3. Fase 2 del estudio. Técnicas realizadas.....	54
Figura M4. Fase 3 del estudio.....	61
Figura R1. Fase 1: Cuantificar la personalización percibida por los pacientes.....	68
Figura R2. Distribución de pacientes fase 1, por tipo de unidad.....	69
Figura R3. Distribución de pacientes fase 1, por días de estancia y centro.	70
Figura R4. Fase 1: Acciones de la enfermera referente dirigidas a la personalización que son percibidas y recordadas por los pacientes al alta. IPC.....	72
Figura R5. Fase 1: Acciones de la enfermera referente dirigidas a la personalización que son percibidas y recordadas por los pacientes al alta. Ítems 1, 2 y 3 del IPC .	72
Figura R6. Acciones de la enfermera referente dirigidas a la personalización, que son percibidas y recordadas por los pacientes al alta. Ítems 4, 5, 6 y 7 de IPC	73
Figura R7. Promedio de respuesta de la muestra total a los ítems de la EIC-a.....	76
Figura R8. Promedio de respuesta de la muestra total a los ítems de la EIC-b.....	77
Figura R9. Comparación del promedio de respuesta de la muestra total a los ítems de la EIC-a y EIC-b.	78
Figura R10. Comparación del promedio de respuesta en los diferentes hospitales a los ítems de la EIC-a y EIC-b.....	81
Figura R11. Fase 2. Conocer el concepto de personalización de cuidados que tienen los profesionales y los factores que, a su juicio la condicionan.....	88
Figura R12. Género y puesto de trabajo de las enfermeras que cumplimentaron la encuesta.....	91
Figura R13. Encuestada por centro y según años de experiencia laboral	92
Figura R14. Encuestadas según unidad de trabajo y turno de trabajo.....	92
Figura R15. Respuestas a preguntas cerradas de la encuesta sobre la aplicación real de la personalización.....	93
Figura R16. Respuestas a preguntas cerradas de la encuesta sobre los profesionales de referencia	94
Figura R17. Porcentajes de encuestadas que consideran imprescindible la figura de la enfermera referente para personalizar los cuidados.....	95

Figura R18. Respuestas a las preguntas cerradas de la encuesta sobre la valoración enfermera frente a la anamnesis médica	95
Figura R19. Mapa de red Categoría "Creencias sobre la personalización"	98
Figura R20. Mapa de red Categoría "Concepto de personalización"	99
Figura R21. Mapa de red Categoría "Características de la personalización"	101
Figura R22. Mapa de red Categoría "Condicionantes o factores que influyen en la personalización"	104
Figura R23. Mapa de red Categoría "Dificultades para personalizar los cuidados en hospitalización"	106
Figura R24. Mapa de red Categoría "Requisitos para personalizar los cuidados en hospitalización"	109
Figura R24a. Mapa de red subcategoría "La valoración enfermera"	110
Figura R25. Mapa de red Categoría "Resultados"	111
Figura R26. Mapa de red: "Asignación de la enfermera referente"	112
Figura R27. Mapa de red: "Características de la enfermera referente	113
Figura R28. Diagrama de Sankey, análisis código-documento "concepto de personalización-hospital"	114
Figura R29. Diagrama de Sankey, análisis código-documento "requisitos para personalizar-hospital"	117
Figura R30. Diagrama de Sankey, análisis código-documento "dificultades percibidas para personalizar-hospital"	118
Figura R31. Análisis concepto de personalización-grupos focales.....	120
Figura R32. Diagrama de Sankey. Características de la personalización expresados en los grupos focales.....	121
Figura R33. Diagrama de Sankey. Requisitos para la personalización expresados en los grupos focales.....	122
Figura R34. Diagrama de Sankey. Valoración enfermera en los grupos focales ..	123
Figura R35. Diagrama de Sankey. Condicionantes de la personalización identificados en los grupos focales.....	124
Figura R36. Diagrama de Sankey. Dificultades para la personalización identificadas en los grupos focales.....	125
Figura R37. Diagrama de Sankey. Características de la enfermera que personaliza el cuidado	126
Figura R38. Diagrama de Sankey. Características de la personalización en las encuestas diferenciando la perspectiva de las enfermeras gestoras y clínicas.....	127
Figura R39. Diagrama de Sankey. Requisitos necesarios para la personalización según las enfermeras gestoras y asistenciales encuestadas.....	128
Figura R40. Diagrama de Sankey. Valoración de la necesidad de cuidados en el discurso de enfermeras gestoras y enfermeras asistenciales encuestadas.....	129

Figura R41. Diagrama de Sankey. Condicionantes de la personalización en el discurso de enfermeras gestoras y enfermeras asistenciales encuestadas.....	130
Figura R42. Diagrama de Sankey. Dificultades percibidas para personalizar los cuidados por enfermeras gestoras y asistenciales encuestadas	130
Figura R43. Diagrama de Sankey. Características de la enfermera referente mencionadas por enfermeras asistenciales.....	132
Figura R44. Diagrama de Sankey. Creencias sobre la personalización mencionadas por el total de profesionales participantes según puesto de trabajo	133
Figura R45. Fase 3. Conocer el concepto de la atención y de los profesionales hospitalarios de la población que acude a los centros de estudio	133
Figura R46. Hospital de ingreso y duración de la estancia de ciudadanos encuestados a través de asociaciones.....	134
Figura R47. Frecuencia de recuerdo del profesional responsable de su cuidado y atención por ciudadanos encuestados a través de asociaciones.....	135
Figura R48. Encuesta a ciudadanos de asociaciones. Frecuencias en las respuestas a la pregunta 6	135
Figura R49. Percepción de los ciudadanos de asociaciones participantes, sobre la adaptación de los cuidados a las preferencias de los pacientes.....	136
Figura R50. Porcentaje de ciudadanos de las asociaciones que refirieron consultar a las enfermeras hospitalarias para resolver dudas sobre los cuidados	136
Figura 51. Características enfermeras reconocidas por los ciudadanos de asociaciones en sus experiencias previas en hospitalización	137
Figura R52. Diagrama Sankey, códigos identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones, asociados a creencias, concepto o características de la personalización del cuidado	139
Figura R53. Diagrama Sankey. Códigos identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones, asociados a requisitos para personalizar el cuidado.....	142
Figura R54. Diagrama Sankey. Códigos identificados en el discurso de los miembros de las asociaciones, asociados a las dificultades para personalizar	143
Figura R55. Diagrama Sankey. Resultados atribuidos por los pacientes a la atención enfermera recibida durante su ingreso.....	145
Figura R56. Diagrama Sankey. Características profesionales que los pacientes asocian a su experiencia de hospitalización en el centro	146
Figura D1. Modelo conceptual de la personalización del cuidado enfermero en el entorno hospitalario.....	175

Índice de tablas

Tabla J1. Cuestiones de la personalización formuladas a enfermeras gestoras durante un programa formativo.....	38
Tabla M1. Centros participantes y altas médicas año 2021.....	50
Tabla M2. Variables evaluadas y su medición.....	52
Tabla M3. Participantes Fase 2 según la técnica empleada.....	55
Tabla R1. Distribución de participantes por hospital	68
Tabla R2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov.....	71
Tabla R3. Estadísticos descriptivos de los ítems de EIC-a e EIC-b.....	75
Tabla R4. Estadísticos descriptivos de las escalas EIC-a y EIC-b por centro	80
Tabla R5. Estadísticos descriptivos de las variables dependientes agrupados por hospital.....	84
Tabla R6. Estadístico de Kruskal-Wallis para las variables dependientes agrupadas por hospital.....	85
Tabla R7. Rangos promedio por hospital.....	85
Tabla R8a. Comparaciones entre hospitales HUPM-HUPR.....	86
Tabla R8b. Comparaciones entre hospitales: HUPM-HUPE.....	86
Tabla R8c. Comparaciones entre hospitales HUPR-HUPE.....	86
Tabla R9. Correlaciones de rango entre la EIC-a y EIC-b versión paciente y el IPC...87	
Tabla R10. Características de los participantes en los grupos de discusión	89
Tabla R11. Características de los participantes en grupo focal 1.....	90
Tabla R12. Características de los participantes en grupo focal 2.....	91
Tabla R13. Análisis código-documento "Concepto de personalización-hospitales en respuestas a encuestas.....	115
Tabla R14. Análisis código-documento "Características de la personalización-hospitales en respuestas a encuestas.	116
Tabla R15. Análisis código-documento "Dificultades para personalizar-hospital en respuestas a encuestas.....	119

Tabla D1. Estrategias priorizadas para la implantación del modelo de cuidados
personalizados 180