





































# ÍNDICE

---

<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>I</b>
<b>ABREVIATURAS .....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>VII</b>
<b>1. PRESENTACIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
2.1 LA PARADA CARDIORESPIRATORIA .....	3
2.1.1 Historia de la reanimación cardiopulmonar.....	4
2.1.2 Incidencia PCR intrahospitalario.....	9
2.1.3 Prevención.....	11
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
3.1 CALIDAD ASISTENCIAL. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	15
3.1.1 Codificación eventos. ICD-9 y NANDA-NOC-NIC .....	15
3.1.2 Docencia en RCP .....	17
3.2 TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA .....	19
3.2.1 Trabajo en equipo.....	22
3.2.2 Comunicación.....	25
3.2.3 Liderazgo.....	27
3.4 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	29
3.4.1 Investigación cualitativa y evidencia en salud.....	33
3.4.2 Tipos de metodología cualitativa.....	35
3.4.2.1 Fenomenología .....	35
3.4.2.2 Teoría Fundamentada .....	36
3.4.2.3 investigación acción participativa.....	37
3.4.2.4 Etnografía.....	37
3.4.3 Etnografía, salud y enfermería.....	40
<b>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>45</b>
<b>4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS .....</b>	<b>45</b>
4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	45
4.2 OBJETIVOS .....	46
4.2.1 Objetivo general .....	46
4.2.2 Objetivos específicos.....	46

<b>5. ASPECTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>47</b>
5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO .....	47
5.1.1 Aproximación metodológica .....	47
5.1.2 Selección de las estrategias metodológicas. Etnografía.....	47
5.2 ÁMBITO DE ESTUDIO.....	49
5.3 SUJETOS DE ESTUDIO.....	52
5.3.1 Descripción de la muestra .....	52
5.3.1.1 Criterios de inclusión .....	52
5.3.1.2 Criterios de exclusión .....	52
5.3.1.3 Tipo de muestreo .....	53
5.3.1.4 Características sociodemográficas .....	54
5.4 RECOGIDA DE INFORMACIÓN .....	55
5.4.1 Observación participante.....	55
5.4.1.1 Selección del escenario .....	57
5.4.1.2 Acceso al escenario .....	59
5.4.1.3 Procedimiento de recogida de información.....	60
5.4.2 Grupos focales (Focus Groups).....	64
5.4.2.1 Criterios para el establecimiento de los grupos de discusión .....	67
5.4.2.2 Establecimiento de los grupos focales: profesionales sanitarios.....	67
5.4.2.3 Acceso a la sala de grupo focal .....	69
5.4.2.4 Procedimiento de recogida de información.....	69
5.4.3 Fuentes documentales.....	70
5.5 ANÁLISIS DE DATOS .....	73
5.5.1 Codificación de las unidades de significado y agrupación en categorías.....	77
5.5.2 Identificación de los temas principales o núcleos temáticos (Metacategorías).....	83
5.5.2.1 Percepciones del personal sanitario en situación inusual y emergente, PCIH.....	84
5.5.2.2 De la teoría a la práctica en la realización del trabajo en equipo.....	84
5.5.2.3 Conocimientos de mecanismos de mejora hacia la calidad asistencial .....	85
5.5.3 Integración e interpretación de los resultados en base al marco teórico construido.....	86
5.6 CRITERIOS DE RIGOR.....	88
<b>6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>93</b>
6.1 PERCEPCIONES DEL PERSONAL SANITARIO EN SITUACIÓN INUSUAL Y EMERGENTE: PCIH.....	94
6.1.1 Emociones y sentimientos experimentados por el personal sanitario .....	95
6.1.2 Acción y reacción que manifiestan en el momento de la PCR .....	98
6.1.3 Relación con el paciente y la familia.....	102
6.1.4 Desenlace final. Conducta ética en el PCR.....	107
6.2 DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO .....	110
6.2.1 Personal sanitario: elemento indispensable .....	110
6.2.2 Formación en Soporte Vital, educación muy necesaria entre el personal sanitario .....	115
6.2.3 Comunicación verbal y no verbal entre los miembros del equipo .....	124

6.3 CONOCIMIENTOS DE MECANISMOS DE MEJORA HACIA LA CALIDAD ASISTENCIAL .....	129
6.3.1 Recursos y estrategias propuestas por el personal sanitario.....	129
6.3.2 Necesidades percibidas por el personal sanitario en una PCIH. ....	133
<b>7. ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>139</b>
<b>8. DIFICULTADES Y LIMITACIONES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>141</b>
<b>9. CONCLUSIONES .....</b>	<b>143</b>
<b>10. FUTURAS INVESTIGACIONES.....</b>	<b>147</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>149</b>
<b>12. ANEXOS .....</b>	<b>167</b>
12.1 RECOGIDA DE DATOS EN LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE. ....	168
12.2 GUION DEL GRUPO DE DISCUSIÓN.....	172
12.3 CARTA DE SOLICITUD A LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL HCAP.....	174
12.4 RESPUESTA DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA A LA SOLICITUD.....	175
12.5 CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO (MODELO CEIC-03) .....	176
12.6 COMPROMISO DEL INVESTIGADOR (MODELO CEIC-01).....	177
12.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES .....	178
12.8 INFORME EMITIDO POR EL CEIC COMO FAVORABLE.....	180
<b>13. TABLAS .....</b>	<b>181</b>



# 1. PRESENTACIÓN

---

Explorar las experiencias del personal sanitario en el ámbito hospitalario ante una parada cardiorrespiratoria (PCR) ha sido de gran interés para mí desde hace más de una década, por tratarse de un tema poco investigado y de gran relevancia en el mundo de la reanimación. Después de la realización de varias tesinas y proyectos de investigación sobre el tema de la reanimación, me propusieron desarrollar mi Tesis Doctoral sobre mi último proyecto de investigación, la *percepción del personal sanitario ante una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria*. La idea me resultó innovadora y un gran reto porque sabía que existía poca bibliografía relacionada con el tema y, aún menos, en metodología cualitativa. Quizás me hubiera resultado más fácil en metodología cuantitativa, pero quería recoger la esencia de los sentimientos, las emociones y las reacciones de nuestro colectivo, el personal sanitario, y qué mejor manera que con este tipo de metodología.

Realizar una Tesis Doctoral no es más que el resultado de una exhaustiva investigación sobre un tema que enamora al investigador. La culminación de un largo trayecto que está lleno de incertidumbre, desafíos, esfuerzo, renuncia y, por encima de todo, satisfacción y aprendizaje continuo. El trabajo escrito no reflejará todo este espíritu de superación, pero sí será la puerta de entrada para futuras investigaciones unidas a esta línea de investigación. Una de las partes más importantes para que el trabajo vea la luz es la destreza del investigador para expresar de manera escrita todos aquellos aspectos que ha conseguido recopilar a lo largo de su extensa investigación de una manera atractiva, interesante y, sobre todo, útil para la comunidad investigadora.

Esta investigación aportará conocimientos en un ámbito, hasta el momento, prácticamente desconocido. La mayoría de los estudios se centran en quién, cómo y cuándo hacer las maniobras de reanimación, o incluso en la calidad de las formaciones en habilidades técnicas (calidad de las compresiones torácicas, de la ventilación, etc.), sin embargo, prácticamente ninguno se centra en conocer las emociones, los sentimientos, las dificultades, las necesidades y los recursos de los profesionales sanitarios ante una situación de urgencia vital, como es la PCR. En los resultados se observa la necesidad de mejorar el adiestramiento en las habilidades no técnicas, y así mejorar nuestra formación, dando mayor calidad.



## 2. INTRODUCCIÓN

---

Desde el año 2006, el Ministerio de Sanidad y Política Social de nuestro país tiene el objetivo de desarrollar diversas estrategias cuyo denominador común es su orientación hacia una práctica clínica basada en el mejor conocimiento científico disponible. Una de las estrategias prioritarias en ambas ediciones del plan es fomentar la excelencia clínica y, dentro de ella, mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en cualquier centro hospitalario del Sistema Nacional de Salud (SNS). Dentro de la seguridad en la atención emergente, encontramos como principal eslabón la actuación ante una PCR, observando diferentes aspectos que hay que tratar desde el punto de vista de calidad y seguridad en los pacientes (1).

### 2.1 LA PARADA CARDIORESPIRATORIA

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es aquella situación que cursa con la interrupción brusca e inesperada de la respiración y circulación espontánea, excluyéndose el desenlace final de una enfermedad incurable (2). La anoxia generada por el cese de la ventilación y la circulación sanguínea llevarán al organismo a la aparición de acidosis mixta y metabolismo anaerobio con la producción de ácido láctico (2). Puede producirse daño cerebral irreversible cuando se detiene la circulación durante más de 4 o 6 minutos. Después de 6 minutos, el daño cerebral es extremadamente probable y, pasados 10 minutos, irreversible (2). El objetivo ante una PCR es evitar la muerte biológica por lesión irreversible de los órganos vitales, especialmente la cerebral, y su éxito se fundamenta en disponer de la suficiente cantidad de personas entrenadas adecuadamente (2).

La muerte súbita o PCR es la primera causa de muerte en los países occidentales (Tabla 1). En los adultos, más del 60 % están producidos por una enfermedad coronaria. La gran mayoría ocurren fuera del ámbito de los hospitales (8 de cada 10), especialmente en el hogar (se estima el 75 %), lo que representa más del 90 % (3). Desgraciadamente, en muy pocas ocasiones los testigos presentes inician maniobras de resucitación cardiopulmonar

(RCP), pero si lo hiciesen se podría disminuir en un 20 % la morbilidad y mortalidad producida por una PCR (4). La Fundación Española del Corazón (FEC) recuerda que apenas el 10 % de la población española sabe reaccionar correctamente ante una parada cardiorrespiratoria (5), y numerosos estudios, entre ellos el de García y Cerdà (3), concluyen que la “formación es un elemento clave para cualquier plan que busque contribuir de forma eficaz a la protección de la salud del ciudadano”.

**Tabla 1: Estimación de muertes por paro cardíaco según área geográfica.**

Área geográfica	Habitantes	Muertes al año	Muertes al día
Europa	728.247.141	364.000	87 segundos
España	46.661.950	23.300	23 minutos
Cataluña	7.467.423	3.700	140 minutos
Barcelona	1.619.000	810	11 horas

*Origen:* Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP), siguiendo directrices de *European Resuscitation Council (ERC)*, 2010 (6).

### 2.1.1 Historia de la reanimación cardiopulmonar

La RCP consiste en la aplicación de un conjunto de maniobras estandarizadas que, aplicadas de manera ordenada, tienen como objetivo sustituir temporalmente la respiración y la circulación espontánea. Es difícil identificar cuándo se iniciaron las primeras acciones para revertir el PCR, ya que esta historia puede ser tan antigua como la misma humanidad, pero se conoce como un gran descubrimiento la creación del primer laboratorio dedicado a la investigación de la reanimación. Este fue creado en Moscú, durante la década de 1930, por Negovsky (7) y sus colaboradores, quienes desarrollaron modelos eficientes para estudiar exanguinaciones, compresiones torácicas externas y desfibrilación en perros sometidos a hipotermia, para introducir conceptos de estado agónico y muerte clínica.

En 1937, Beck de Cleveland (8) reconoció que la taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) y la fibrilación ventricular (FV) eran arritmias mortales en corazones totalmente funcionales, y que la única manera de reestablecer la circulación espontánea era realizar una desfibrilación. Diferenció los corazones que se detienen por asistolia, con aspecto



cianótico (coloración azulada producida por falta de oxígeno), de aquellos que se detienen por fibrilación (trastorno en la contracción cardíaca, asincrónica, producida por una alteración en la conductibilidad), con aspecto rosa pálido. Tras muchos intentos fallidos, no fue hasta 1947 cuando, influenciado por el fisiólogo Wiggers (9), revolucionó la RCP con tórax abierto al aplicar la primera desfibrilación exitosa en un corazón humano. La aplicación de esta corriente alterna no fue dada a conocer hasta 1957, por Kouwenhoven y Knickerbocker (10), su estudiante graduado que, gracias a unos fondos de la *Edison Electric Institute* y el Instituto Nacional de Salud, inventaron el primer desfibrilador cardíaco externo destinado a trabajadores de empresas eléctricas que sufrían electrocución. Estaba compuesto por una pequeña caja y dos cables aislados con electrodos de cobre. El Hospital Johns Hopkins, de Baltimore, Estados Unidos (EEUU), empezó a usar de inmediato este dispositivo en situaciones de PCR.

En 1958, Jude, según Varon (11), cirujano cardíaco que investigaba en un laboratorio próximo a Kouwenhoven, descubre el beneficio de la compresión sobre tórax cerrado, considerando que se podría mantener el 40 % de la circulación normal de un paciente cuando su corazón había dejado de latir. Su primer éxito humano documentado fue en julio de 1959, después de que una mujer obesa presentara un PCR debido a un proceso anestésico en su centro. Al estar fuera de quirófano, lo realizaron a tórax cerrado y consiguieron su recuperación por completo. Este descubrimiento, junto con el Peter Safar, en 1960, pasaría a conocerse como RCP.

Safar (12), médico anesestesiólogo del mismo hospital de Baltimore que, después de varios años de estudios, demostró mediante una serie de experimentos con voluntarios humanos paralizados, que insuflar a la víctima aire exhalado realizando el boca a boca podría mantener los niveles de oxígeno satisfactorios durante unos minutos. Junto con James Elam, redescubrió la vía aérea, la inclinación de la cabeza y la elevación de la barbilla (técnica de frente-mentón), conocida como paso A, y la respiración «boca a boca», como paso B. Estos apartados se siguen utilizando en la actualidad y se conocen como la técnica del ABC: **A**, *Airway* o vía aérea, la **B**, *Breathing* o respiración, y la **C**, *Chest Compression* o compresiones torácicas, estas últimas basadas en la experiencia de Jude, Kouwenhoven y Knickerbocker. Con Safar hemos adoptado la denominación del Soporte Vital Básico (SVB) con el objetivo de preservar al Sistema Nervioso Central y otros órganos vitales, y mejorar la perfusión miocárdica incrementando la probabilidad del retorno de la circulación espontánea (ROSC o *Return Of the Spontaneous Circulation*). Safar, como

describe Herrero (11), es conocido como «el padre de la reanimación» por establecer la base para la formación de masas en la RCP. Pensaba que las «personas no sanitarias» podían desempeñar eficazmente el «boca a boca» para salvar vidas y les enseñó cómo debían prepararse para ser «reanimadores». La empresa de fabricación de muñecos noruega *Asmund Laerdal* fue la encargada de diseñar y fabricar los maniqués de formación en RCP, llamados «Resusci Anne», usados en docencia en la actualidad.

Alcanzar el objetivo de las maniobras de RCP lleva a Safar en 1961, según Gasco (13), a dividir la docencia de la RCP en tres fases: reanimación básica, reanimación avanzada y cuidados tras la reanimación. En cada fase, a su vez, se han introducido una serie de pasos secuenciales que el reanimador debe realizar ante una víctima o paciente en PCR. Estos conceptos, con el paso de los años, se han ido manteniendo, aunque con ciertas modificaciones, hasta alcanzar el concepto de «cadena de la supervivencia» (Figura 1), cuyo objetivo es la disminución de la mortalidad por PCR en las enfermedades más prevalentes en nuestra sociedad: cardiopatía isquémica y accidentes de tráfico.



Figura 1: Anónimo. *Cadena de la supervivencia. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation* (6).

Salvar una vida implica seguir una serie de pasos que permitan la asistencia básica y especializada en el período más corto de tiempo posible a una víctima que sufre una PCR. Habitualmente conocidas como «anillas» o «eslabones», representan la optimización de actuaciones que van dirigidas a:

- ❖ El reconocimiento precoz de una situación de PCR, por un personal debidamente entrenado. La puesta en marcha del sistema de alerta con la llamada al 112.
- ❖ La iniciación rápida y adecuada de las técnicas de Soporte Vital Básico (SVB) y específicamente de las maniobras de resucitación cardiopulmonar, según metodología del Consejo Catalán de Resucitación (CCR); asociado al CERCP y al ERC.
- ❖ La desfibrilación precoz, con la utilización de dispositivos de Desfibrilación Automática Externa (DEA) o manuales con la llegada de los servicios especializados.
- ❖ Traslado al centro hospitalario o ingreso en una unidad especializada.

El sistema de apoyo vital básico seguido por el apoyo vital avanzado, la inclusión de la intubación endotraqueal, la terapia con líquidos endovenosos, electrocardiografía y ventilación mecánica, fueron agrupados por el Comité de Reanimación Cardiopulmonar de la *American Heart Association* (AHA), gracias a los esfuerzos de Jude, Gordon, Safar y Schedis al inicio de la década de 1960 (14). Posteriormente promulgaron las normas de RCP en EEUU en 1973. En Europa, a finales de la década de los 80, concretamente en 1989, se forjó la *European Resuscitation Council* (ERC) (15), integrada por diversos grupos nacionales, encargada de constituir finalmente la norma para las directrices de reanimación y su formación, ya que suponen el estándar para el entrenamiento de reanimadores, sean o no profesionales de la salud. Destacan que se trata de una formación de alta calidad y certifica a los proveedores que han completado con éxito.

En España, el protocolo de RCP es el promulgado por la Sociedad Española de Cuidados Intensivos, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (16) que fue creada en 1971 como asociación científica, multidisciplinaria y de carácter educativo. Está formada principalmente por médicos especialistas en Medicina Intensiva, con la misión de promover la mejora en la atención al paciente críticamente enfermo, y con el objetivo de alcanzar la calidad y seguridad total en la atención al paciente grave, con criterios de efectividad y eficiencia, atendiendo a las necesidades de la población, para ser percibidos por ella como un servicio excelente. Está basada en las recomendaciones establecidas por el ERC, la AHA y el *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR).

Dicho protocolo se dio a conocer, desde 1986, a través del Plan Nacional de RCP (17) que, basado en una metodología docente y asistencial, propugnaba una estrategia basada en la optimización de la llamada «cadena de supervivencia hospitalaria» constituida por:

1. Un sistema de alerta inmediata.
2. El inicio precoz de la RCP básica en menos de 1 minuto.
3. La desfibrilación temprana antes de 4 minutos.
4. El Soporte Vital Avanzado (SVA) en menos de 8 minutos.

En todas las paradas cardiacas intrahospitalarias hay que: reconocer la PCR inmediatamente, activar el sistema de alerta hospitalario e iniciar de inmediato el SVB o inmediato. El personal de enfermería debe estar capacitado para iniciar y mantener el SVB hasta la llegada del equipo de SVA y, entre ellos, las auxiliares realizarán todas las actividades delegadas por el enfermero durante las maniobras de soporte vital, tal y como señalan algunos protocolos publicados (18). Bristowe (19), señala en su investigación cualitativa sobre las creencias de los profesionales de la salud acerca del trabajo en equipo efectivo en emergencias médicas que, además del inicio rápido y adecuado de las técnicas de SVA, es primordial saber liderar las actuaciones, delegar tareas, comunicar objetivos de manera clara y en un tono adecuado, y saber comunicarse con el resto del equipo y con la familia.

La SEMYCYUC impulsó la creación del Consejo Español de RCP, con la participación de otras instituciones con actividad relevante en este campo. En septiembre de 2003, se firmó un acuerdo entre las diferentes sociedades catalanas que pertenecían a la Academia de Ciencias médicas y de la Salud y de Baleares para constituir el Consejo Catalán de Resucitación (CCR) (20). Dichas sociedades eran: de Anestesia, de Cardiología, de Medicina Intensiva y Crítica, de Medicina Familiar y Comunitaria, de Urgencias y Emergencias, y de Pediatría. Se constituyó con la voluntad de ser una organización abierta a la sociedad, multidisciplinar en cuanto a las especialidades médicas y transversales en cuanto a los colectivos profesionales. Queriendo ser capaz de aglutinar, de impulsar y colaborar con todas las entidades y profesionales en el ámbito vinculado al soporte vital. Su finalidad, pues, es promover, coordinar y estandarizar las actividades formativas, de investigación, de difusión y de buenas prácticas en soporte vital y resucitación cardiopulmonar en toda Cataluña. Esta actividad, de incidencia directa en la promoción

y prevención de la salud, se desarrolla siguiendo las directrices de la ERC, organismo al que el CCR está vinculado.

Cada 5 años, desde 1992, la ERC publica nuevas directrices que se van modificando, ya sea a nivel del soporte vital básico como avanzado, para poder ganar seguridad y eficacia en las maniobras de la RCP. No suponen la única manera de actuar, sino la opinión más ampliamente aceptada por el gran número de expertos que intervienen. Desde hace varias revisiones, aconsejan, además de las habilidades técnicas, la formación en habilidades no técnicas del personal sanitario con el objetivo de mejorar su atención. Estas habilidades son: liderazgo de equipos, comunicación verbal y no verbal entre sus miembros y rol o tareas que deben adquirir cada uno de ellos (6). Las últimas publicadas fueron el 15 de octubre del 2015 (21) y aunque gran parte de estas recomendaciones no han variado respecto al 2010, quieren enfatizar aspectos importantes que hagan aumentar la supervivencia. Entre ellos destacamos:

- Mayor número de ciudadanos sepa reconocer a «una persona que no responde ni respire con normalidad», que active el sistema de emergencias e inicie una RCP de alta calidad en espera de un DEA.
- Minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas mientras se coloca el DEA y reanudar la RCP tan pronto como lo indique dicho dispositivo.
- Profundizar en la prevención de la PCR en los centros sanitarios, mediante la formación del personal acerca de los signos de deterioro súbito de un paciente, los criterios de alerta precoz y una respuesta rápida a esa actuación.

### *2.1.2 Incidencia PCR intrahospitalario*

A pesar de que el porcentaje de supervivencia aumenta si se realizan maniobras PRECOCES hasta la llegada de los servicios médicos (22), la supervivencia al alta hospitalaria es del 10,7% para las paradas de todos los ritmos y del 21,2% para aquellas por fibrilación ventricular (FV), en situaciones extra hospitalarias. López-Mesa (23) refiere que en la mayoría de las comunidades la llegada al lugar de la parada de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) es de 8 minutos, y hasta 11 minutos el tiempo de la primera descarga del desfibrilador. La supervivencia, por tanto, dependerá de que

los testigos inicien precozmente el SVB y el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA), si disponen de él (23).

La incidencia publicada de parada cardíaca intrahospitalaria (PCIH) es más variable, pero está en el rango de 1 a 5 por 1000 ingresos. Un reciente estudio publicado por Menchant (24), en el año 2012, que estaba basado en el registro *Get with the Guidelines-Resuscitation Registry (in hospital cardiac arrest)*, señaló que la media de PCIH tratadas en pacientes adultos fue de 0,92 por cada 1000 días de estancia. Ello les llevó a concluir que en Estados Unidos se producirían aproximadamente 200 000 casos al año. Si extrapolamos esto a nuestro medio en España, y tomando los datos del año 2011 de la base de datos de altas hospitalarias del Ministerio de Sanidad (25), encontramos que se produjeron 3 640 064 altas, con una estancia media de 7,03 días. Aplicando los datos del referido estudio se habría producido en España 23 542 PCIH tratadas, lo que supone un número de gran relevancia y que se aproximaría en cifras a lo estimado que se produce en el ámbito extrahospitalario (26).

Datos recientes del Registro Nacional de RCP de la *American Heart Association* (AHA) (27) indican que la supervivencia al alta hospitalaria tras una parada cardíaca intrahospitalaria es del 17,6 % (todos los ritmos). El ritmo inicial es FV o taquicardia ventricular (TV) sin pulso en el 25 % de los casos y, de estos, el 37 % sobrevive al alta del hospital; tras Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP) o asistolia, el 11,5 % sobrevive al alta hospitalaria.

A pesar de que las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbilidad y la mortalidad en la Unión Europea, no ha habido una sistemática de estudio para evaluar el impacto económico; teniendo en cuenta los gastos de Atención Primaria, Urgencias, Hospitalización, Medicación y la pérdida de ingresos debido a la morbilidad y la mortalidad prematura. En el 2006, Leal. J et al (28), siendo pioneros en evaluar la carga económica, realizaron una estimación retrospectiva (año 2003) en diferentes países de la Unión Europea y observaron un gasto de 169 millones de dólares (equivalente a más de 125 millones de euros). Estimaron que se destinaba el 62 % a asistencia sanitaria, el 21 % a pérdida de productividad y 17 % a cuidados informales. Este es, sin duda, un gran problema de Salud Pública.

La incidencia del PCIH no es exactamente una medida de esta enfermedad. Es una medida de la respuesta institucional y del sistema de cuidados en la prevención de la misma.

Como medida institucional, la creación de una base comparativa, compuesta de variables iguales entre diferentes hospitales, es un desafío para intentar identificar las intervenciones que son más efectivas y seguras. En la mayoría de las instituciones el registro de los casos de PCIH no se realiza adecuadamente o no llega a realizarse (26).

### 2.1.3 Prevención

El primer eslabón de la cadena de prevención de la PCIH es, sin duda, la formación continuada del personal sanitario (29). Habitualmente, en nuestros hospitales, existe un órgano asesor con el objetivo de mejorar y actualizar el nivel técnico y humano de los profesionales que estimula y dinamiza su autoformación, favoreciendo su estudio científico y de investigación. Este organismo es la Comisión de Docencia y Formación Continuada. El sistema de formación en nuestro país tiene una gran importancia en el mantenimiento de un Sistema de Salud de calidad. La formación del personal sanitario de áreas hospitalarias no críticas ha demostrado reducir el número de paradas cardíacas, al mejorar el conocimiento de las situaciones que pueden desembocar en dicho proceso y de la pronta activación de los equipos de respuesta que atiendan a los pacientes potencialmente susceptibles de sufrirlas. La realización de un curso de soporte vital, según el modelo recomendado por el ERC en las guías del 2010 (30,6) y actualmente puesto en marcha en España por entidades del Consejo Español de RCP, demostró una reducción en el número de paradas cardíacas, así como un incremento en el número de avisos a los equipos de emergencia interna ante pacientes en riesgo, cuando fue realizado por gran parte del personal sanitario de un hospital londinense (31).

Las enfermeras constituyen el sistema de vigilancia para la detección precoz de las complicaciones y problemas en la atención, y ellas están en la mejor posición para iniciar acciones que minimicen los efectos negativos para pacientes (32). El ejercicio del juicio clínico de las enfermeras, así como la adecuación de la dotación de personal, es clave para una vigilancia eficaz del paciente.

El personal de enfermería es una de las categorías profesionales más importantes en los presupuestos hospitalarios; se estima que representan el 25 % de los gastos operativos anuales y hasta el 40 % de la atención directa (33,34). No existe evidencia científica acerca de la asociación entre menos cargas de trabajo y mejor resultado en la atención al

paciente, pero tal y como publicaba Aiken en 2011 (35), lo novedoso es que la calidad del entorno de trabajo de la enfermera da mejores resultados que disminuir la carga asistencial. A falta de un buen ambiente laboral, la reducción de las cargas de trabajo de enfermería puede tener poca importancia. Al mismo tiempo, el efecto de mejorar la dotación de personal será más pronunciado en los hospitales donde los entornos de trabajo son buenos, más que en los hospitales con entornos mixtos. En conclusión, independientemente de la dotación de personal y el ambiente laboral, confirmamos que aumentar en un 10 % la formación en enfermería disminuye las probabilidades de que los pacientes mueran en aproximadamente un 4 % (35).

El efecto de la formación de enfermería es más pronunciado en aquellos con ambientes buenos de trabajo. Entornos de trabajo mejores son aquellos en los que los médicos y las enfermeras tienen buenas relaciones laborales, las enfermeras están involucradas en los asuntos de hospital, gestión de escucha y responde a los problemas de atención de pacientes. Aquellas instituciones que invierten en el aprendizaje permanente de enfermeras, mejoran la calidad en el cuidado del paciente. La mejora de los entornos de trabajo no es cara, pero requiere cambiar la cultura interprofesional y delegar más autoridad para las decisiones de gestión en la atención. Los resultados sugieren que las características de enfermería apuntan a conseguir estrategias prometedoras para mejorar la calidad y seguridad de la atención hospitalaria, preservando los recursos escasos de la enfermera (35).

En las últimas décadas, la mayoría de estudios publicados se han centrado en el ámbito extrahospitalario, mostrando básicamente tratamientos innovadores que mejoran la supervivencia, dejando en un segundo plano el ámbito intrahospitalario, cuyo estudio se centra en la prevención y actuación ante una PCR siguiendo estándares establecidos por diferentes directrices. Un ejemplo es el estudio realizado en un hospital de la provincia de Barcelona, en 2006, donde se valoraban cuáles eran las percepciones del personal sanitario ante sus conocimientos y habilidades en RCP según su protocolo de actuación, llegando a la conclusión de que poseen una percepción regular y heterogénea de conocimientos y habilidades, sobre una media de 6, y reclaman la existencia de un equipo de RCP y la realización periódica de cursos de entrenamiento (36).

Encontramos que la mayoría de estudios abarcan, de manera anecdótica, las habilidades no técnicas en la formación y actuación del personal sanitario, como pueden ser:



comunicación, trabajo en equipo, liderazgo, distribución de tareas y toma de decisiones. Esta falta de conocimientos es básica para poder mejorar los resultados en las PCIH, ya que su déficit ha demostrado ser la causa de gran parte de los incidentes y efectos adversos en la atención de los pacientes. De los pocos estudios encontrados, la mayoría son de ámbito internacional y se centran en valorar actitudes o aptitudes centradas en después de la formación, no en situaciones reales. Uno de las más significativas fue un estudio realizado en Suiza, donde se valoró la modificación de las actitudes del personal sanitario después de realizar un curso de entrenamiento. Los datos concluyeron, bajo metodología cualitativa, que la formación sobre la RCP y DEA debían incluir habilidades no técnicas para mejorar su formación y, de manera indirecta, aumentar la supervivencia de las víctimas (37).

En 2012, Bristowe (19), mediante investigación cualitativa, pretendió observar, con la ayuda de 7 grupos focales, la experiencia de ciertos profesionales sanitarios sobre la efectividad del trabajo en equipo en situaciones de emergencias médicas de un área de hospitalización. Los participantes describieron a un buen líder como aquella persona que se identifica como tal, comunica objetivos claros y asigna tareas críticas al resto de los miembros del equipo. Resaltó, además, como aspecto relevante la comunicación dentro del equipo y con el paciente o familia. En conclusión, se reconoció la necesidad de mejorar la comprensión de trabajar en equipo en situaciones de emergencias, no solo por el riesgo de resultados adversos, quejas o litigios, sino también por la importancia de utilizar técnicas de entrenamiento para mejorar el resultado de la actuación del equipo.

Respecto a las percepciones que presentan las enfermeras ante una situación de PCR real, encontramos un estudio cualitativo fenomenológico, del 2011, donde, después de realizar entrevistas semiestructuradas a 7 participantes de un centro sanitario de Brasil, se concluye que la formación del equipo a través de la educación continua de sus miembros, del reciclaje, de la asistencia a charlas o congresos, puede proporcionar una mejora terapéutica en el comportamiento, la actitud, la postura e incluso la calidad asistencial (38).



## 3. MARCO TEÓRICO

---

### 3.1 CALIDAD ASISTENCIAL. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La idea de calidad es extraordinariamente difícil de definir. Su evaluación debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la «calidad de la atención médica», según Donabedian (39). Independientemente de la amplitud de la definición, expone que existen tres posibles métodos para evaluar el trabajo que, relacionados entre sí y sobre una base de conocimientos existentes, ayudan a construirla (40). Estos métodos pueden ser enfocados a nivel de la «estructura», del «proceso» y del «resultado», tal y como señala Donabedian (40).

En Barrera (41), la calidad es el tipo de atención que se espera que vaya a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención. Está compuesta por diferentes dimensiones, entre las que destacamos la seguridad. Esta es entendida como grado de reducción del riesgo de la atención sanitaria y el riesgo del entorno de la asistencia para pacientes, familiares y profesionales sanitarios (41). Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta en la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Efectos Adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial (41).

#### 3.1.1 Codificación eventos. ICD-9 y NANDA-NOC-NIC

Una herramienta para la mejora de la calidad y la adherencia a las recomendaciones del ERC es codificar los eventos ocurridos con los códigos de ICD-9 (42), entendidos como

la clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Revisión 9ª). Dentro de ellos encontraremos los de paro cardiaco (427.5), fibrilación ventricular (427.4), maniobras de RCP (99.6), masaje cardiaco externo (99.63) o desfibrilación (99.62). Deberá hacerse hincapié en que se registren en todos los pacientes en los que se haya realizado RCP con o sin desfibrilación. Se ha demostrado que el código 427.5 de parada cardiaca solo identificó un 43 % de los pacientes que fueron tratados por PCIH. Además, es necesario incluir en los sistemas de codificación procedimientos de hipotermia terapéutica y síndrome postparada. Es, por tanto, muy importante que las distintas variables de incidencia, resultados y tratamiento del PCIH sean claras y fácilmente medibles y que los sistemas de regulación hagan que su registro sea obligatorio (26).

Otra herramienta utilizada, de manera más específica por el personal de enfermería, son sus diagnósticos. Estos son entendidos como “problema de salud real o potencial que los enfermeros, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar. Son problemas que pueden prevenirse, resolverse o reducirse, mediante actividades independientes de enfermería”, según Gordon (43). En la actualidad, la principal organización para la definición estandarizada de los diagnósticos sigue siendo la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) que interrelaciona la etiqueta diagnóstica (problema de salud) con los criterios de resultados (NOC) y las intervenciones (NIC). Este método, tal y como señala Lucio (44), es un método sistemático y organizado que logra identificar una urgencia cardiopulmonar y reta a las enfermeras a tomar decisiones rápidas bajo presión y en escenas dramáticas.

Las etiquetas diagnósticas que la NANDA (45) presenta para esta situación de PCR son:

- Perfusión tisular inefectiva cardiovascular (00024) entendida como la reducción del aporte de oxígeno encargada de nutrir los tejidos capilares. Los criterios de resultados NOC sería Perfusión tisular: cerebral (0406) y Estado neurológico: conciencia (0912). Y las intervenciones NIC: Manejo de la medicación (2380), Oxigenoterapia (3320) y Manejo de líquidos (4120).
- Deterioro de la respiración espontánea (00033) definida como disminución de energía necesaria para sostener la respiración adecuada. Los criterios de resultados NOC serían Estado respiratorio: Intercambio gaseoso (0402) y Estado

respiratorio: ventilación (0403). Y las intervenciones NIC: Aspiración de las vías aéreas (3160), Oxigenoterapia (3320) y Monitorización respiratoria (3350).

### 3.1.2 Docencia en RCP

Otra herramienta para aumentar la calidad consiste en transformar la consideración de situación irremediable en una con posibilidades de salir hacia adelante; las diferentes instituciones tienen ese poder de convicción. La supervivencia de estos pacientes es el resultado de tres componentes:

- a) Aplicación de la Evidencia Científica.
- b) Formación de profesionales.
- c) Aplicación de los Avances Tecnológicos.

a) Respecto al primer punto, existe evidencia científica suficiente que nos indica que la RCP de alta calidad nos ayuda a mejorar los resultados del proceso (22,30,46). Deben mejorarse los sistemas de acceso al equipamiento y coordinación mediante protocolos de actuación. Tal y como señala García-Jiménez (47), un buen sistema organizativo mediante protocolos de actuación específicos pueden ayudar a disminuir la mortalidad de los pacientes ante una PCR, aunque con mucha variabilidad, suele estar alrededor del 85 %. Chair (48) comenta que es necesario realizar RCP de calidad optimizando las compresiones torácicas a una frecuencia de 100 por minuto (ampliable a 120x'), con una profundidad de 5 cm, y minimizando los tiempos de pausa, lo cual puede repercutir en una mejora de la supervivencia. Respecto a la ventilación, el reanimador la realizará si quiere o si puede, con una cadencia de 2 ventilaciones por cada 30 compresiones. Es necesario evitar también la hiperventilación con una excesiva frecuencia respiratoria, para evitar el vómito y la consecuente bronca aspiración. Deben implementarse las estrategias para incrementar la desfibrilación temprana, en menos de 4 minutos, fomentando el uso de parches de aplicación en el tórax y no de palas, con lo que se reducen las pausas previas a la descarga y son descritas como más seguras y eficaces (48). Es importante detectar y tratar las causas subyacentes que puedan llevar a una PCIH tales como arritmias, insuficiencia respiratoria e hipertensión (22).

b) Referente al segundo punto, formación de profesionales, la mejora del conocimiento se consigue a través de la formación continuada. Como ya hemos señalado anteriormente, todo personal hospitalario debe reconocer una parada cardíaca, solicitar ayuda

especializada, realizar compresiones torácicas de gran calidad y utilizar un Desfibrilador Externo Automático (DEA) como testigo, hasta que el personal específicamente entrenado acuda al lugar del evento. El entrenamiento mediante la activación de códigos de respuesta (simulacros) es crucial para obtener unos grandes resultados. Requieren frecuentes actividades de reciclaje y actividades de «*Debriefing*» (reuniones para analizar acciones, pensamientos y emociones con el objetivo de aprender de los errores) con todos los intervinientes a posteriori (49,50).

c) Para finalizar, el uso de los Avances Tecnológicos queda intrínseco en el ámbito de la medicina. El uso de DEA, por ejemplo, ha protegido a nivel legal a personal no especializado y logra salvar vidas cada día. Su aplicación en un tiempo inferior a 4 minutos aumenta en un 60-70 % la supervivencia (51). Conseguir una atención sanitaria segura es el resultado de un conjunto de valores, actitudes, competencias y actuaciones de todos los profesionales y del sistema sanitario en su conjunto.



### 3.2 TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA

Desde el punto de vista de la psicología sería interesante contemplar la autoeficacia del individuo, es decir, la creencia en nuestra propia capacidad para realizar una tarea concreta. A mayor autoeficacia, mayor creencia en la propia capacidad. La percepción de autoeficacia (PA) de un individuo constituye un tipo de proceso con una clara influencia sobre la realización de la conducta. La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Dicho concepto se ha adaptado a la psicología y a la enfermería como importante predictor de conductas de salud (52). La expectativa de autoeficacia, según Bandura (53), es la convicción de que uno puede ejecutar con éxito la conducta requerida para producir unos determinados resultados. Representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva. Las expectativas de competencia profesional afectan tanto a la iniciación como la persistencia de la conducta, esencialmente condicionadas por la confianza que la persona tenga en su propia competencia, en su capacidad para llevar a cabo la conducta de forma que le permita alcanzar los resultados. La confianza (“sentirse seguros”) o duda determinará el tipo de situaciones y escenarios a los que uno se acerca o evita.

En el curso de su desarrollo, la persona va estructurando la percepción de sí mismo como poseedor de recursos adaptativos, a partir de la información que recibe, básicamente, por estas cuatro vías:

1. Experiencia personal: es la más significativa fuente de información. Es la experiencia acumulada de éxitos y fracasos.
2. Experiencia vicaria o aprendizaje social: es la observación de conductas de los demás (esfuerzo, habilidad/capacidad, etc.). Esta influye en la sensación de predictibilidad y controlabilidad de la situación. Se aprenden, por tanto, nuevas conductas siguiendo los modelos vistos en otras personas con las que se identifica el que aprende, sin necesidad de práctica. Esta falta de necesidad de practicar para aprender, constituye una novedad respecto a otros modelos explicativos de la conducta, para los cuales las conductas aparecen y se instauran exclusivamente cuando hay refuerzo (algún tipo de premio). Una de las diferencias más sorprendentes entre el aprendizaje vicario o social y otras

formas de aprendizaje es que el aprendizaje vicario tiene lugar inmediatamente (54). Según Bandura (55), el aprendizaje de una nueva conducta a través de la observación de otra persona puede ser mucho más eficaz que el aprendizaje de esa misma conducta a través del refuerzo directo (premiar al sujeto cuando realiza determinada conducta). Esto se complementa cuando Rotter (56) dice que “la percepción precede a la respuesta”, es decir que el individuo responde al mundo de acuerdo a cómo lo percibe e interpreta. Por tanto, determinadas personas pueden aprender conductas de otras que actúan como «modelos conductuales» porque tienen relevancia para ellos, mientras que esos «modelos» pasan desapercibidos para el resto de los observadores.

3. Influencia social, opinión y valoración que los demás hacen de nuestra conducta. Para que este tipo de *feedback* sea eficaz, en primer lugar, la fuente de información nos debe merecer credibilidad y, en segundo lugar, no debe existir excesiva discrepancia entre la información que nos da y nuestra propia valoración y experiencia. Aunque la opinión de los demás no parece incidir directamente en la percepción de autoeficacia, sino en la medida en que sirve de estímulo para que la persona ponga en marcha conductas que tal vez no se hubiese atrevido a intentar; en definitiva, los ánimos que nos dan (57).
4. Indicadores fisiológicos, la información corporal se valora como señal de vulnerabilidad personal, si nos encontramos más reticentes o más nerviosos al iniciar la tarea (58). La percepción de autoeficacia influye en los diversos ámbitos de expresión comportamental:
  - 4.1 Procesos cognitivos: modo en que el individuo anticipa y hace planes para su futuro.
  - 4.2 Procesos motivacionales: plantean objetivos y estrategias para alcanzarlos; para ello, realizará un esfuerzo hasta el logro de tales objetivos, teniendo confianza y observando las dificultades y obstáculos. El individuo autoeficaz se coloca metas ambiciosas; el grado de satisfacción o frustración incide sobre el nivel motivacional de la conducta.



4.3 Procesos afectivos: relacionado en el modo en que se reacciona a las dificultades y contratiempos en el desarrollo de la actividad hacia la meta. La clave es la disponibilidad de confianza en los recursos para hacer frente a las dificultades, obtenidos en crisis anteriores, y la posibilidad de adaptación a las nuevas circunstancias. El individuo autoeficaz posee un amortiguador emocional que le lleva a percibir menos amenaza a una determinada situación y menos impacto emocional, por tener mayor confianza en la capacidad para atender demandas.

4.4 Procesos de selección: relacionado con el tipo de decisiones que uno mismo toma y con la percepción de uno mismo sobre su capacidad de esforzarse ante una consecución de objetivos, proyectos y resolución de problemas y dificultades.

Uno de los resultados más establecidos en este contexto es el que indica la percepción de autoeficacia en el ámbito académico. La hipótesis general es que influye sobre la motivación, incrementándola, lo que se traduciría en la inversión de un mayor esfuerzo por llevar a cabo la tarea y una mayor persistencia en la solución de la misma; en definitiva, a un mayor rendimiento. La autoeficacia o creencia en la propia capacidad de realizar una tarea es un elemento que predice un mejor desempeño de la habilidad y del conocimiento personal. La creencia permite ejercitar cierto control sobre sus pensamientos, acciones y sobre su sentimiento o percepción (59). Según Bandura (60), el ser humano es autoorganizado, autoreflexivo, autoregulado y comprometido con su desarrollo. De acuerdo a la teoría e investigación, la autoeficacia influye en cómo la gente piensa, actúa y siente. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo. Por el contrario, un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y desempeño cognitivo.

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o disminuir la motivación. Detectando que las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos (52). La autoeficacia se refiere, habitualmente, a una tarea específica aunque, sin embargo, algunos investigadores la han conceptualizado en sentido general donde valoran cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (61). Las situaciones de crisis o, en términos generales, cuando se producen cambios importantes en las condiciones de vida de una persona, el nivel de

autoeficacia que uno mantiene puede servir como factor protector, facilitando, al mismo tiempo, la adaptación a las nuevas condiciones. La percepción de sí mismo como capacidad para hacer frente a las dificultades de la nueva situación, reduce la percepción de amenaza, proporcionando protección contra el estrés situacional como, por ejemplo, el generado en una situación de PCR.

### 3.2.1 Trabajo en equipo

En la actualidad, existen abundantes investigaciones sobre las directrices y algoritmos de actuación ante una parada cardiopulmonar (PCR) descritas en las diferentes guías actualizadas, en función de varias escuelas; en nuestro país, está establecido, según Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP) seguir las guías descritas por la ERC (22). Sin embargo, las técnicas de reanimación se han de realizar en equipo, donde cada personal de la salud debe coordinar su actividad para garantizar un rendimiento óptimo del equipo. Por ello, los factores humanos son probablemente un aspecto relevante en la calidad de la reanimación cardiopulmonar. Solo existe información limitada, prácticamente anecdótica, sobre la importancia de los problemas en el comportamiento humano en la resucitación cardiopulmonar (RCP) y se desconoce si existe algún cambio de actitud antes y después de realizar el entrenamiento (62).

Según Cardona (63), en los últimos 20 años del siglo XX las organizaciones han impulsado con fuerza el trabajo en equipo. La necesidad de organizar el trabajo por tareas, como consecuencia del progreso tecnológico, fue la responsable de definir conceptos como trabajo en equipo y grupo de trabajo. Por una parte, trabajo en equipo consiste en colaborar organizadamente para obtener un objetivo en común. Cada miembro tiene una aptitud y una posición determinada, que ha de manifestarse para poder interrelacionarse entre sí en pos del objetivo (63). Y, por otro lado, un grupo de trabajo es un conjunto de personas que, dentro de una organización, realizan un determinado trabajo interactuando de forma independiente, sin depender del trabajo de sus compañeros. Están comprometidos con el enfoque y el objetivo global del jefe que tienen en común. Cada uno realiza su trabajo y responde individualmente del mismo, sin que exista una responsabilidad compartida. Esto en sanidad es prácticamente impensable, ya que todo nuestro trabajo interactúa con el resto de los profesionales sanitarios. En nuestro ámbito,

sería más correcto hablar de un equipo de trabajo, entendido como un conjunto de personas, pero con habilidades y competencias que se complementan con el propósito de lograr el objetivo común. Tiene identidades, metas y objetivos comunes, se coopera y colabora, estableciéndose tareas específicas para cada miembro. El equipo responde en su conjunto del trabajo realizado (64).

En un equipo de trabajo los esfuerzos de los miembros se potencian, disminuyendo el tiempo de acción y aumentando la eficacia de los resultados. Esta forma de trabajar, en la que todos los participantes son responsables de las metas, es la más asertiva para cualquier tipo de organización, no solo porque es más fácil cumplir con los objetivos, sino también porque es la mejor manera de retener talento y fomentar un clima laboral envidiable. Hay que tener presente varios aspectos para poder trabajar en equipo (65):

1. Construir confianza. La confianza es el elemento principal del trabajo en equipo. Crea un ambiente donde todos los participantes conozcan las habilidades de los demás, entiendan sus roles y sepan cómo pueden ayudarse mutuamente.
2. Establecer objetivos comunes. Los integrantes deben perseguir las mismas metas. Se debe comunicar la misión del equipo y hay que definir cómo cada miembro va a contribuir para cumplirla.
3. Crear un sentido de pertenencia. El factor más poderoso es el desarrollo de una identidad en común; los seres humanos necesitamos sentirnos parte de algo.
4. Involucra a todos los miembros en las decisiones. Impulsar la generación de ideas, y motivar a cada integrante a compartir su opinión. Si existe retroalimentación, será más fácil implementar cualquier cambio o estrategia.
5. Facilitar entendimiento. Es muy fácil criticar o subestimar el trabajo de los demás cuando no se conoce o no se ha practicado. Para crear empatía entre los integrantes, es importante realizar rotación entre áreas. Así cada miembro sabrá en qué consiste la labor del otro y cómo puede contribuir a hacerlo mejor.
6. Motivar la responsabilidad y el compromiso mutuo. Cuando una persona forma parte de un equipo, sabe que los logros o fracasos son

responsabilidad de todos y cada uno de los miembros. Los problemas y los aciertos han de ser compartidos.

7. Impulsar la comunicación. La única manera de que todos los miembros trabajen «como una orquesta» es que existan los canales de comunicación adecuados, tanto verbales como no verbales. Los verdaderos equipos se escuchan y retroalimentan; están dispuestos a cambiar de opinión y a crear estrategias en conjunto.
8. Aprovechar la diversidad. Un equipo de trabajo homogéneo puede operar con eficiencia, pero sin mucha innovación. Deben coexistir personalidades e intereses distintos, pero que compartan valores y un compromiso.
9. Celebrar los éxitos grupales. Aunque es importante también reconocer el trabajo individual, es clave que las recompensas se den por resultados en equipo. Cuando algo sale bien, hay que reunir a todos los implicados y agradecerles su trabajo. Destacar el papel de cada uno, pero celebrar el resultado grupal.
10. Existir la figura de líder que guíe y reúna los esfuerzos individuales. No te «laves las manos» y sé tú mismo parte del equipo. Como líder tendrás que llegar a consensos y tomar decisiones, con base en las ideas y opiniones de tu equipo.

Estos 10 puntos claves se pueden aplicar en cualquier empresa del mercado actual y se debe, especialmente, en un equipo de emergencias de un centro hospitalario. Un equipo de PCR debe reunir los siguientes requisitos (64):

- Colaborativo: todos los miembros reúnen el deseo de trabajar juntos para lograr un objetivo común. Buscan la complementariedad de cada miembro (todos los conocimientos son necesarios) y cada persona confía en el buen hacer del resto de los compañeros, lo que lleva a anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal. Se utiliza más el «nosotros» que el «yo».
- Comprometido: El desarrollo de un equipo es un proceso humano en el que se involucran sentimientos, actitudes y acciones; el compromiso de cada uno de sus miembros es fundamental. Este compromiso se incrementa si existe una comunicación, verbal y no verbal, fluida entre

todos los integrantes, que haga que cada uno conozca el objetivo a conseguir, los procesos a seguir y sus funciones. El compromiso debe empezar por el compromiso del líder, fundamental para desarrollar una actitud de pertenencia, de «miembro del equipo».

- Coordinación: precisa de los talentos individuales para sacar el trabajo adelante. Estudios han demostrado que la cooperación supone más que la suma de las individualidades, consiguiéndose incrementar los logros y la productividad (66); especialmente en tareas complejas, como es la de recuperar la vida de una persona (22).

### 3.2.2 Comunicación

Otra habilidad no técnica en la que se debería insistir para mejorar la calidad de la RCP en los centros asistenciales es la comunicación, no entendida en su sentido más amplio sino en el proceso de emitir señales, tales como sonidos y gestos con la única intención de dar a conocer un mensaje. Para que dicho mensaje pueda ser descifrado por el receptor, este deberá ser emitido con claridad, en un tono adecuado, coherente, breve y dirigido al receptor con decisión y firmeza. También será necesario que el receptor cuente con habilidades para decodificar e interpretarlo (67).

Este proceso producirá un *feedback* o retroalimentación, entendido como aquella información que devuelve el receptor al emisor sobre su propia comunicación, tanto en lo que se refiere a su contenido como a la interpretación del mismo o sus consecuencias en el compartimiento de los interlocutores (68). Los elementos que componen el proceso de comunicación son los siguientes: código (sistema de signos y reglas combinados con la intención de poner algo en conocimiento), canal (el medio físico a través del cual se transmitirá la información) y el nombrado emisor (quien desea enviar el mensaje) y receptor (la persona a la que estará dirigido el mensaje).

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías: la comunicación verbal y la comunicación no verbal. La comunicación verbal se refiere a las palabras que utilizamos, a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz), y también a la comunicación escrita. La comunicación no verbal hace referencia a un gran número de

canales, entre los que se podrían citar como los más importantes: el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura, y la distancia corporal. Pese a la importancia que le solemos atribuir a la comunicación verbal, entre un 65 % y un 80 % del total de nuestra comunicación con los demás la realizamos a través de canales no verbales. Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí (69).

La principal dificultad que puede presentarse dentro del proceso de comunicación es el ruido, entendido como perturbación que dificultará el desarrollo del proceso. No tiene relación exclusiva con el sonido, como puede ser las interrupciones visuales, ruido de tráfico, etc. Hay que intentar minimizar al máximo sus efectos negativos. A esta dificultad principal se le añaden los problemas derivados del propio mensaje: poco inteligible, en bajo tono, incoherente y, sobre todo, mal dirigido o lo que se conoce como «mensaje al aire». Se trata de un acto propio de la actividad psíquica, que deriva del pensamiento, del lenguaje y de las capacidades psicosociales de relación. Y no hemos de obviar los filtros que se definen como barreras mentales que surgen de los valores, experiencias, y conocimientos del emisor y del receptor (68).

Ante una situación de PCR, además de las dificultades expresadas anteriormente, podemos observar diferentes percepciones, sentimientos y actitudes, de cada miembro del equipo, que interfieren en su actuación. Pueden llegar a potenciarse entre ellos. La interacción social del equipo consiste en su intercambio. Sin un correcto entrenamiento, pueden llegar a modificar el resultado final. A continuación, se exponen las más habituales:

- Miedo de causar daño, con la implicación legal que conlleva; falta de capacidad y posible adquisición de una infección. Además, identifican una notable diferencia entre adultos y niños (70).
- Ansiedad generada por escasas situaciones reales (71).
- Estrés generado en el personal de servicios de emergencias causado por: malestar somático, estrés organizacional, insatisfacción laboral y actitudes negativas hacia los pacientes (72).
- Escasa confianza sobre las habilidades de las que disponen (73).

Dichas percepciones son consideradas, desde el 2003 en las guías ILCOR, como elementos importantes para provocar un fracaso o una disminución de efectividad en la RCP, debido a un cambio de motivación del individuo (74). Dar un mayor énfasis en habilidades no técnicas, tales como: liderazgo, trabajo en equipo, gestión de tareas y comunicación estructurada, ayudaría a mejorar el rendimiento en la RCP y el cuidado del paciente (22).

### 3.3.3 Liderazgo

El líder, entendido como el individuo que ejerce una mayor influencia en los demás con la capacidad y habilidad de conducir o dirigir a un grupo para lograr los objetivos definidos ha de encabezar los diferentes procesos, guiando al personal por el camino correcto y coordinando cada actividad a fin de que todos caminen por el rumbo trazado, para ello ha de mantenerse en permanente comunicación con el resto del equipo. Es muy importante que participe en las tareas del grupo con el objetivo de conseguir que el grupo adquiera una mayor motivación y eleve el nivel de confianza entre todos los integrantes; esto requiere de una buena planificación por su parte, sabiendo escoger aquellos momentos esenciales para su participación (75).

La función de delegar es un elemento primordial, que concede la posibilidad de tomar decisiones a otros integrantes del equipo, descentralizando el poder y mostrando confianza en aquellas personas que ponen a prueba sus conocimientos y demuestran emotivamente sus habilidades. Delegar permite al líder, según Maza (75), renovar sus energías. La función de decidir constituye una resolución que se adopta frente a otras posibles alternativas. La consulta hace referencia a solicitar consejo, ya sea en documentos o a examinar junto a otros integrantes del equipo. La decisión producirá efectos positivos o negativos, de mayor o menor alcance, por lo tanto, es imprescindible aprender a decidir (75). Tomar decisiones en grupo tiene ciertas ventajas: se puede obtener información que se desconocía y recibir diversos puntos de vista, consiguiendo que el resto de los integrantes se sientan comprometidos para impulsar la disposición. A la hora de decidir, nunca se debe olvidar: la razón de ser de la organización, antecedentes

del problema a resolver, intereses de las personas que facilitaron la información y el beneficio y desventajas a obtener (75). Es también importante saber prever, es decir ver con anticipación los acontecimientos venideros, para ello es necesario realizar un estudio histórico y analizar los sucesos actuales. Cada cierto período de tiempo, según Maza (75), es importante rendir cuentas para poner en conocimiento las acciones y los resultados del cumplimiento de responsabilidades, demostrando así la transparencia con la que actuamos y el respeto que tenemos al derecho de los otros para conocer y opinar. Para finalizar, es necesaria la gestión, entendida como la habilidad para buscar y obtener los recursos que necesita para cumplir su papel. Para gestionar se requiere cierto nivel de autoridad y de prestigio. El líder no debe someterse a acontecimientos que atenten la autonomía de su organización y de sus dirigidos (75).





### 3.4 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La investigación cualitativa (IC) (76) estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. Utiliza la recogida de una gran variedad de materiales procedentes de entrevistas, experiencias personales, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas. No se trata de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como sea posible. Se debe hablar de entendimiento en profundidad en lugar de exactitud: se trata de obtener un entendimiento lo más profundo posible (76).

Es la encargada de explorar la realidad de las personas tal y como la experimentan en su vida cotidiana. Permite indagar en sus emociones, sentimientos, pensamientos y reacciones de una manera profunda, desde un punto de vista naturalista, inductivo y descriptivo. Es usada para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren (77) desde un profundo entendimiento del comportamiento humano y de las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. En otras palabras, investiga el porqué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa, que busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo, cuánto. La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es, la observación de grupos de población reducidos porque lo que se valora es la calidad de la información y la saturación de los datos (78). Ciertamente es que la metodología cuantitativa es la preferida por los investigadores de las ciencias de la salud, porque dicen obtener datos objetivos, sólidos y repetibles, un verdadero proceso matemático, pero la IC no es un proceso matemático, sino de interpretación de datos, que se lleva a cabo para descubrir conceptos y relaciones entre ellos, para ser organizados a nivel teórico con posterioridad (79).

Blasco y Pérez (80) señalan que la IC estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. Haciendo uso de diferentes técnicas de recogida de datos, describen las rutinas y las situaciones problemáticas en el momento de la vida de los participantes que se está

estudiando. Tal y como recogieron sus antecesores, Taylor y Bogdan (81), la frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.

Lincoln y Denzin (82) la definen como multimetódica, naturalista e interpretativa. Es decir, que el investigador indaga en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan. La IC abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos que describen los momentos habituales, problemáticos y los significados en la vida de los individuos. En su propuesta inicial Denzin y Lincoln (82), al referirse a la historia de la investigación cualitativa, aluden a cinco momentos:

1) El tradicional (1900-1945), en el que los investigadores están preocupados por ofrecer interpretaciones objetivas, válidas y confiables en sus escritos.

2) El modernista o Edad de Oro (1945-1970), en el que se intenta dar rigor y formalizar los métodos cualitativos.

3) El de los géneros borrosos (1970-1986), en el que coexiste una pluralidad de paradigmas, métodos y estrategias de investigación.

4) El de la crisis de representación (1986-1990), en el que la escritura se hace más reflexiva y se procuran nuevos modelos acerca de la verdad y del método; prevalece el interrogante acerca de quién es el «otro».

5) El del presente (la década de 1990), caracterizado por una doble crisis: la de representación y la de legitimación, refiriéndose esta última a la autoridad y validez de los textos de investigación cualitativa. Este período es redefinido, después, como posmoderno, de etnografías nuevas y experimentales.

Más tarde se agregan otros períodos:

6) El futuro, en el que se combina la etnografía crítica, la investigación-acción aplicada y el nuevo periodismo público (83).

7) El de la explosión y el fermento, que se define por su ruptura con el pasado, su foco en las voces previamente silenciadas, la importancia acordada a los textos realizados

y por un continuo interés en el discurso moral, con diálogos sobre la democracia, la política, la raza, el género, la clase, la nación, la libertad y la comunidad. En este período se intenta mostrar cómo las prácticas de la investigación cualitativa, interpretativa y crítica pueden cambiar el mundo en un sentido positivo. Se constituye, entonces, en la forma imaginada que ha de asumir la investigación cualitativa, que será simultáneamente mínima, existencial, auto etnográfica, vulnerable, performativa y crítica (84).

El estilo de desarrollo presupuesto por Denzin y Lincoln es el que se reitera una y otra vez en la bibliografía concerniente a la investigación cualitativa. Los comentarios y críticas que suscita ponen en evidencia la diversidad de tendencias, escuelas, concepciones y perspectivas presentes en nuestros días en la investigación cualitativa (85). Por otra parte, Hernández (86) identifica el enfoque cualitativo en cuanto a una serie de características, proceso y bondades que se simplifican de la siguiente manera (tabla 2):

**Tabla 2: Características, proceso y bondades del enfoque cualitativo**

Características enfoque cualitativo	Proceso	Bondades
Explora fenómenos en profundidad	Inductivo	Profundidad de significados
Ambientes naturales	Recurrente	Amplitud
Significados se extraen de los datos	Analiza múltiples realidades subjetivas	Riqueza interpretativa.
No usa estadística	No secuencia lineal	Contextualiza el fenómeno.

*Origen:* Datos obtenidos del *best seller* de Metodologías de la investigación, Hernández Sampieri, R. 2010 (86).

La IC, según Hernández (86) va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación o un significado que son elaborados sistemáticamente a lo largo de la investigación. Dentro de este marco tan general, es preciso determinar cuál será el conjunto de postulados en el que uno va a moverse, su marco epistemológico. Guba y Lincoln (87) identificaron los cuatro paradigmas que se disputan el marco teórico, al

margen de cualquier análisis cualitativo. Estos son: el Positivismo, el Post-positivismo, la Teoría Crítica y el Constructivismo. Los dos primeros comprenden los paradigmas de la metodología cuantitativa y, los dos últimos se identifican con la cualitativa.

Una de las decisiones estratégicas iniciales de cada investigación viene dada por la elección de su paradigma, condicionada por el propósito de investigación, naturaleza del conocimiento y criterios de calidad. En esta investigación fue elegido el constructivismo por ser considerado el más empático con la IC y porque su ontología se basa en el relativismo, donde las realidades locales y específicas son creadas a partir de los individuos que sostienen esa construcción; su epistemología es transaccional y subjetiva, es decir que los hallazgos son literalmente creados al avanzar la investigación a causa de la interacción entre el investigador y los participantes; su metodología es hermenéutica y dialéctica, donde el objetivo final es destilar una construcción más sofisticada que sus precedentes (88).

Los orígenes de los métodos cualitativos se encuentran en la antigüedad, pero no será hasta el siglo XIX, con el auge de las ciencias sociales, en particular la sociología y la antropología, cuando esta metodología empieza a desarrollarse de forma progresiva. En la década de los años 60 resurgen como una metodología de primera línea, principalmente en Estados Unidos y Gran Bretaña. A partir de este momento, en el ámbito académico e investigativo, hay toda una constante evolución teórica y práctica de la metodología cualitativa. Dentro de las características principales de esta de metodología podemos mencionar, según varios autores, que (76,81):

- ♦ La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y no recogen datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. Es, principalmente, un método de generar teorías e hipótesis.
- ♦ El investigador aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. No busca la verdad o la moralidad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.
- ♦ Tiene una perspectiva holística. El fenómeno es un todo. Las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables.
- ♦ Se trata de estudios en pequeña escala que solo se representan a sí mismos

- ♦ Hace énfasis en la validez de las investigaciones a través de la proximidad a la realidad empírica que brinda esta metodología. Está destinada a asegurar un estrecho margen entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.
- ♦ La base está en la intuición. La investigación es de naturaleza flexible, evolucionaria y recursiva.
- ♦ En general no permite un análisis estadístico
- ♦ Se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto.
- ♦ Los investigadores cualitativos participan en la investigación a través de la interacción con los sujetos que estudian, es el instrumento de medida. Siendo de esta manera la manera de comprender cómo ven las cosas. Interactúan de un modo natural y no intrusivo.
- ♦ Analizan y comprenden a los sujetos y fenómenos desde la perspectiva de los dos últimos; debe eliminar o apartar sus prejuicios y creencias.
- ♦ Es considerada como un «arte».

La IC cobra sus raíces en el ámbito de la salud gracias al interés de los investigadores sociales en las instituciones sanitarias. Por ello, en la actualidad, la IC se ha puesto al alcance de diversas disciplinas (enfermeras, médicos, psicólogos,...,etc.), donde se abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, adoptando diversos procedimientos para acercarnos a las diferentes formas de comunicación, como son la etnometología, la inducción analítica y la teoría fundamentada (89).

### 3.4.1 Investigación cualitativa y evidencia en salud

El concepto de «evidencia científica» en salud es considerado como sinónimo del resultado de un tratamiento sistemático de la información, cuyo objetivo general consiste en apoyar la toma de decisiones en salud pública y en escenarios clínicos. El concepto de «evidencia» se asocia, en la actualidad, al buen trabajo científico (90). La denominada medicina basada en la evidencia (MBE) es un enfoque de la práctica médica dirigida a optimizar la toma de decisiones en los procedimientos que se realizan en atención sanitaria, sobre todo cuando se busca un marcado carácter científico. Uno de sus más destacados promotores fue Sackett (91) que definió la MBE de este modo:

(...) utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado individual de cada paciente. La MBE comporta integrar la mejor evidencia externa obtenida a partir de la búsqueda sistemática con la habilidad de la práctica asistencial, teniendo en cuenta la elección del paciente y los recursos disponibles.

En Burns (92), el concepto de Práctica Basada en la Evidencia (PBE) se inicia dentro de la práctica médica y posteriormente se incorpora en una amplia gama de profesiones sanitarias (medicina, enfermería, psicología...), y ha revolucionado el modelo de atención en el ámbito sanitario, mediante la utilización de la evidencia científica disponible para la toma de decisiones: de los profesionales sanitarios (acerca del cuidado individual de sus pacientes), de los gestores hospitalarios (acerca de un grupo de pacientes) y de los gestores políticos (aquellas que influyen al conjunto de la población) (92).

La Enfermería Basada en la Experiencia (EBE) (92), por su parte, nace en 1997 en Reino Unido, y una de sus diferencias con la MBE es que la mayoría de abordajes no son experimentales, sino que también se nutre de la investigación cualitativa para alcanzar sus objetivos. La MBE, en cambio, utiliza la clasificación de las pruebas científicas observadas y consensuadas por expertos de hechos firmemente establecidos derivados de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorios y metanálisis (92).

La investigación cualitativa en salud (ICS) es aún bastante incipiente. Se diferencia de la investigación cuantitativa por su capacidad de adaptarse a las realidades cambiantes propias del objeto de estudio, además de centrarse en los discursos y en los significados que se obtienen de los participantes, permitiendo conocer su percepción sobre experiencias vinculadas a las relaciones entre salud y enfermedad. La ICS lleva el estudio profundo de las construcciones sanitarias, en busca de la comprensión de la situación real y de las acciones de sus actores, en el contexto de salud (90).

En cualitativa, el tipo de estudios que marca la evidencia científica es la metasíntesis (93). Se trata de un complejo ejercicio de interpretación que busca ampliar la relevancia y utilidad de estos estudios. Independientemente de la técnica utilizada, siempre busca una interpretación más comprensiva de los fenómenos. La comparación constante, la interpretación y la integración de hallazgos son pasos claves; la diferencia entre las técnicas radica en el alcance o meta esperada que determina qué y cómo hacer la comparación e interpretación de los datos obtenidos (93). Según Gálvez (94), la meta es

producir una interpretación nueva e interpretativa de los hallazgos, que aporte mucho más de los resultados de cada investigación.

### 3.4.2 Tipos de metodología cualitativa

En primer lugar, es necesario resaltar que la IC no constituye un enfoque monolítico sino un espléndido y variado mosaico de perspectivas de investigación, como señala Patton (95). Su desarrollo prosigue en diferentes áreas, cada una de las cuales está caracterizada por su propia orientación metodológica y por sus específicos presupuestos teóricos y conceptuales acerca de la realidad.

En la literatura, varios autores han descrito los diferentes diseños o métodos de investigación cualitativa más utilizados en las ciencias de la salud: la biografía, la fenomenología, el estudio de casos, la teoría fundamentada y la etnografía. Entre los más relevantes se destaca a Creswell (96), como uno de los pioneros en esta clasificación. Los cinco diseños tienen en común el estudio de la experiencia humana y su interés por comprenderla desde la perspectiva de los participantes. Sin embargo, todos difieren en el diseño y en el objetivo de su investigación. En la actualidad, los diferentes modelos de investigación cualitativa han ido evolucionando y los más relevantes son:

#### 3.4.2.1 FENOMENOLOGÍA

Corriente filosófica de principios del siglo XX que designa un nuevo método descriptivo. Desde este enfoque se defiende que la experiencia debe ser simplemente descrita como se da, nunca debe analizarse ni interpretarse. Por lo tanto, la observación debe ser pura, sin creencias apriorísticas ni prejuicios. Significa algo así como poner el mundo entre paréntesis, para darse una observación pura del fenómeno, excluyendo todo juicio de valor. Tiene varios exponentes, pero la figura más significativa ha sido la de Husserl, tal y como señala Bolio (97). La base de la fenomenología está en su planteamiento: “No expliquemos, solo describamos”. Esto, que en teoría, puede entenderse muy fácilmente, es, sin duda, algo difícilísimo de llevar a la práctica. Entre otras cosas porque va en contra de lo que hemos aprendido, en contra de nuestra educación racionalista. Significa un

desaprender, en concreto a buscar causas a los fenómenos, pero también a dejar de lado parte de lo que llevamos con nosotros: prejuicios, fantasías etc. En ello, existe una búsqueda de la completa objetividad que, aún hoy por hoy, nadie ha conseguido demostrar. Quizás porque en toda observación existe un punto de subjetividad imposible de borrar; el sentido que uno mismo le da al fenómeno. Esta nueva dimensión paradigmática, opuesta tanto al positivismo como a toda ciencia sin sujeto. A este filósofo le parece absurda la pretensión de mirar al ser y eliminar la intención y la intencionalidad del observador (97).

De manera general, la gran importancia de la fenomenología como un paradigma teórico clave, porque influyó de manera contundente en la ciencia y la filosofía del siglo XX.

#### **3.4.2.2 TEORÍA FUNDAMENTADA**

Teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí. Un investigador no inicia un proyecto con una teoría preconcebida, más bien, comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos. Lo más probable es que la teoría derivada de los datos se parezca más a la «realidad» que la teoría derivada de unir una serie de conceptos basados en experiencias o solo especulando (cómo piensa uno que las cosas debieran funcionar). Debido a que las teorías fundamentadas se basan en los datos, es más posible que generen conocimientos, aumenten la comprensión y proporcionen una guía significativa para la acción. Aunque la característica primordial de este método es la fundamentación de conceptos en los datos, la creatividad de los investigadores también es un ingrediente esencial: un equilibrio entre arte y ciencia. Aquí destacamos a Strauss y Corbin (98), como referentes en este tipo de investigación cualitativa.



### 3.4.2.3 INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

Es una metodología común a las ciencias sociales, humanas y de la salud, que permite construir conocimientos significativos, al mismo tiempo que interviene en las situaciones problemáticas de las poblaciones en las que participa, posibilitando su transformación. Parte de una concepción dinámica y dialéctica de la realidad, entendiéndola como una construcción. Considera que se debe partir de la totalidad, de la complejidad y del dinamismo, y entender que toda persona es productora de conocimiento (99).

Su exponente por excelencia fue Fals Borda (100), que venía practicándola desde finales de los años 50 del siglo pasado, pero se conoce a Lewin (101) como el primero en utilizar este concepto argumentando que se podían lograr, de forma simultánea, avances teóricos y cambios sociales. Contempla la necesidad de la investigación, la acción y la formación como tres elementos esenciales para el desarrollo profesional. Para Kemmis y McTaggart (102) los principales beneficios son la mejora de la práctica, su comprensión y la mejora de la situación donde tiene lugar la acción. Propone mejorar la educación, a través del cambio, y aprender, a partir de las consecuencias de los cambios.

### 3.4.2.4 ETNOGRAFÍA

También conocida como investigación etnográfica o investigación cualitativa, surgió como un concepto clave, para la antropología, para el mejor “entendimiento en la organización y construcción del significado de distintos grupos y sociedades; ya sean distantes y extraños para el propio observador, o próximo y conocido” (103). Alude a un método o conjunto de métodos, cuya principal característica es descubrir pensamiento, creencias y elementos de la vida y su objetivo fundamental, que actúa como punto de partida de muchas investigaciones, es la comprensión empática del fenómeno objeto de estudio. En muchos sentidos es la forma básica de investigación social. En ocasiones, ha sido descalificada como impropia porque los datos que se obtienen son “subjetivos”, y en otras, como la única desde la que se puede dar forma y contenido a los procesos sociales. Aguirre Baztán (104),

analizando el término etimológicamente, entiende que “la etnografía es el estudio descriptivo (graphos) de la cultura (ethnos) de una comunidad”.

Su evolución historiográfica tiene origen a finales del siglo XIX. A lo largo de la historia ha ido adoptando diversas directrices, pero es imposible empezar a hablar de este modelo sin contemplar los métodos de investigación social que compiten entre sí: el cuantitativo (tendencia Positivista) y cualitativo (tendencia Naturalista). El Positivismo tuvo una considerable influencia sobre los científicos sociales. Las obras de Malinowski (105) y de Hammersley y Atkinson (106) son esenciales para entender la base de esta ciencia.

Es primordial contemplar las aportaciones de Bronislaw Malinowski (105) considerado el padre del método etnográfico por sus aportaciones a principios del siglo pasado y que, aunque han sufrido ciertas modificaciones, en esencia siguen siendo la columna vertebral. Es considerado como uno de los principales fundadores del Funcionalismo en la Antropología, corriente teórica de mediados del siglo XX que se caracteriza por un enfoque empirista que preconiza las ventajas del trabajo de campo.

Malinowski (105) nació a finales del siglo XIX en Cracovia (Imperio Austrohúngaro) en el seno de una familia acomodada. Una de sus características y aportaciones principales a la historia de la antropología, a partir de la cual ha sido construida la actual disciplina, fue su enfoque en el trabajo de campo, convirtiendo esta metodología en la base de esta ciencia. Fue durante su viaje a la isla de Papúa en 1914, donde alejándose de los estudiosos de gabinete, centra sus investigaciones en el estudio sincrónico de un grupo reducido, introduciéndose y conociendo en profundidad la comunidad, su lengua, costumbres, herramientas, tradiciones y demás componentes. Podría decirse que funda el método etnográfico mediante una forma de investigación participativa, aunque, como critican algunos autores, inmiscuyéndose en la vida de “los primitivos” desde un punto de vista etnocéntrico. Todo esto “con la meta de captar el punto de vista del indígena, su posición ante la vida, comprender su visión del mundo” (105). El resultado final fue una monografía sorprendente llamada *Los argonautas del Pacífico Occidental* (107), considerada como una obra fundamental de la antropología, sin duda, una de las más influyentes.

De esta maravillosa obra maestra, surge un trabajo de campo en el que el componente humano es esencial. Se ha de intentar mantener una mínima cordialidad con las personas que se vaya a trabajar, ya que de ello dependerá en gran medida la veracidad de la información, el detalle de la misma y a que los participantes colaboren en su totalidad. El investigador debe buscar la objetividad. Los fenómenos tienen que ser observados y analizados en su plena realidad, como son las rutinas de trabajo, formas, cuidados, tonos de voz, etc., y el tipo de comportamiento. Son los imponderables de la vida real. Los resultados obtenidos de la propia observación hay que diferenciarlos de las interpretaciones y deducciones del investigador; para acabar registrándolo en un diario de campo detallado. Es importante usar el «*cita verbatim*», es decir, citar de manera literal (108).

La etnografía también aparece vinculada a la escuela de Chicago de Sociología (109), entendida como un conjunto de trabajos de investigación en el campo de las ciencias sociales, realizado por profesores y estudiantes de la Universidad de Chicago, entre 1915 y 1940. Se trata de una sociología urbana, que desarrolla una serie de estudios, íntimamente ligados a problemas confrontados por la ciudad de Chicago, en una época de delincuencia y otras graves dificultades, en una urbe de crecimiento desproporcionado, poblada por miles de inmigrantes. Este interés por investigar el fenómeno social urbano a partir de la observación participante del investigador, va a ejercer una influencia significativa en el progreso de algunos métodos originales de investigación en la sociología contemporánea, según Azpurua (109). Se caracteriza por desarrollar una investigación de carácter empírico; es importante destacar en este instante, que al hablar de etnología nos referimos al estudio sistemático de los hechos tal y como aparecen. Se trata de la búsqueda del fenómeno social para describirlo, interpretarlo y comprenderlo. Por otra parte, la etnografía trata de percibir cómo los seres humanos interactúan en diferentes situaciones: ¿por qué actúan?, ¿cómo lo hacen? La aproximación etnográfica, por ejemplo, permite estudiar de una manera cualitativa la forma en cómo los seres humanos interactúan para construir la realidad (109).

Franz Boas, tal y como señala Azpurua (109), propone, junto con varios de sus alumnos, acentuar su visión antropológica sobre la base de una totalidad cultural, de una manera diferente a los británicos que orientan sus estudios desde una

perspectiva social e institucional. Aportan ideas pioneras sobre estudios antropológicos, que van configurando un aparato metodológico que tuvo la virtud de enriquecer significativamente las posibilidades de aproximación científica al fenómeno social. F. Boas (1896) a través de sus primeros estudios sobre los esquimales (inuits) en el pacífico norte de Canadá y los Estados Unidos, además de afinar procedimientos relacionados con el trabajo de campo en las ciencias sociales, introduce procesos investigativos que se apoyan en la interdisciplinariedad y en la recolección documental intensiva, según Azpurua (109). Para muchos investigadores, este trabajo de Boas constituye uno de los primeros trabajos de campo antropológicos. Se podría considerar uno de los primeros investigadores en desarrollar la actual Antropología Visual, entendida como herramienta que se basa en imágenes animadas para la observación, descripción y análisis de la realidad humana (109).

Hammersley y Atkinson (106) son los primeros en intentar explicar, de manera evidente, la oposición entre investigación cualitativa *versus* cuantitativa, advirtiendo de la posibilidad de que ambos métodos puedan desarrollarse de manera simultánea en el análisis de una investigación; siendo correcto el uso simultáneo de ambas técnicas. Opinión que, en la actualidad, es compartida por la mayoría de investigadores.

### 3.4.3 Etnografía, salud y enfermería

Las creencias y las tradiciones culturales influyen en la salud humana y se reflejan en las conductas efectuadas por los individuos en su medio ambiente. En otras palabras, la salud la comparte un grupo de un mismo lugar geográfico, o diferente, pero sus miembros comparten una misma experiencia común, por ejemplo, una enfermedad crónica como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, cáncer (81). Aunque el paradigma positivista mantuvo una fuerte influencia en el proceso de todas las ciencias del siglo pasado, la investigación cualitativa en el área de la salud no quedó a cargo hegemónicamente de la medicina, su perfil fue multidisciplinario, donde se desarrollaron diversas temáticas abordadas desde diferentes puntos de vista, no solo la antropología médica realizó estudios flexibles; la sociología, la psicología y la enfermería, entre otras,

retomaron esta orientación post-positivista disponible en diferentes bases de datos. Cada una de estas disciplinas ha realizado investigación de campo con terminología propia, situación que las coloca en un contexto único y poco explorado. Existen hoy en día cada vez más especialistas cualitativos reconocidos a nivel mundial dedicados a la salud pública cuyos resultados han dado surgimiento a modelos alternativos (110).

La Enfermería es considerada una disciplina científica, que tiene como meta el cuidado de la salud de los grupos humanos. Existe evidencia complementaria a la realidad del fenómeno salud-enfermedad de los grupos humanos, donde se aplican metodologías que se encargan de lo que no se puede medir o contar, como la percepción y la experiencia ante un fenómeno, la subjetividad de las conductas. Esto es conocido como el paradigma cualitativo, el cual ocupa un lugar relevante como vía legítima de adquisición de conocimiento. La forma de proceder en este paradigma tiene sus particularidades sostenidas principalmente en la teoría fundamentada, la fenomenología y la etnografía (110).

Cabe destacar que la primera enfermera profesional con preparación universitaria y doctorada en antropología fue Madeleine Leininger (111), considerada pionera en la visión transcultural del cuidado para el individuo, tal y como señala Fornons (112). Entre 1950-1960 señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento y de interés científico entre la enfermería y la antropología. Fue la primera de hablar del cuidado. Hacia el año 1970, elaboró el modelo del «sol naciente» donde describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural, de su estructura social, de su entorno y de su trayectoria vital, tal y como expone Leno (113).

Según esta teoría, la enfermería actúa como puente entre los sistemas genéricos y profesionales, pudiéndose contemplar tres clases de asistencia que permiten predecir las acciones y decisiones de enfermería (113), que son las siguientes: conservación y mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación y negociación de estos y la reorientación o reestructuración de los mismos. El objetivo consiste en proporcionar cuidados coherentes con la cultura, con lo que conocer los modelos de vida y los valores de la persona influye en las decisiones y las acciones a realizar. El conocimiento sobre la persona obtenido de su interior adquiere mayor credibilidad. Tal y como señala Leno (113) “El modelo de sol naciente describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto

ambiental. El sexo, la edad y la clase social se consideran factores emocionales y otras relacionadas se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria”.

En los últimos años la disciplina enfermera está publicando literatura variada sobre el tema de los cuidados y su gestión; son, sin duda, los profesionales de salud quienes más esfuerzo y tiempo destinan a los cuidados. El cuidado tiene dos dimensiones: una basada en las prácticas habituales, ya sean individuales y/o colectivas; y la otra desde un punto de vista moral, que asigna al cuidado un valor, un bien que legitima el actuar. Por esta segunda dimensión, sería importante que la disciplina enfermera también generara teorías inductivas desde la praxis, una conexión fundamental con la investigación de nuestros días, que proporcionaría conocimientos de la propia práctica asistencial (114). Esto es un conjunto de valores que debe combinarse con el conocimiento científico, sin olvidar que estos no ayudarán por sí solos a la relación con otros.

La enfermería debe comprender que ha seguido durante décadas a la ciencia médica, pero que, aunque seguiremos conviviendo con ella, el personal de enfermería debe valorar los cuidados como algo más apreciado que la complementariedad a la medicina, al otorgarle representación y visibilización en la práctica, siendo así sus mismas practicantes y sus usuarios los beneficiarios de los mismos. El cuidado, expuesto en forma de supuesto y factores, da cuenta de una metodología inspirada en la fenomenología para el cuidador como instrumento terapéutico.

Margaret Jean Watson (115), nacida en EEUU en 1940, permite plantear una filosofía de los cuidados, con un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría y práctica que se caracteriza por ser humanista y existencialista. Reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser; que la enfermera puede ayudar al otro a resolver problemas y a promover a restaurar su salud, pero no puede crear ni restaurarla. Las enfermeras podemos ofrecer condiciones. Su teoría se basa en la confección de siete supuestos y diez factores caritativos de cuidados (FCC) (116), que más tarde serán llamados Proceso Caritas de Cuidados (PCC) (117), con el objetivo de delimitar el cuidado profesional. Watson otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas para comprender las dinámicas sociales y psicológicas de los individuos.

Watson (118) publicó que “la enfermería ha perdido su alma en las prácticas médicas basadas en la evidencia”, y que esta, “sin la dimensión humana, puede ser destructiva

para los seres humanos. Es fundamental para sostener a la humanidad y poner el cuidado de nuevo en nuestros sistemas”, es decir que, “el enfermero/a puede tener las habilidades tecnológicas y clínicas, pero sin las competencias humanas, puede ser destructivo y no de ayuda”. Sostiene que existe un riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, y se hace necesario el rescate del aspecto humano (115).

La antropología médica, entendida como parte de la social o cultural, busca la manera de satisfacer las demandas humanitarias y científicas, mediante la búsqueda del origen social de las enfermedades. Para esto, se hacen investigaciones en las cuales se buscan los obstáculos que deben enfrentar las personas al momento de buscar ayuda médica y cuidados de salud, o incluso, como es nuestro caso, las dificultades que pueden encontrar el personal sanitario para atender estas demandas. Los estudios etnográficos pretenden conocer la manera en que las personas perciben la salud y las enfermedades, y de qué manera la sociedad, la cultura, la política y el ambiente afectan su salud, positiva o negativamente. Los resultados de las etnografías son descripciones comprensivas del comportamiento humano, según Del Rincón (119) se caracteriza por:

- ♦ Tener carácter fenomenológico o émico: la investigación describe los fenómenos sociales desde el punto de vista de los participantes.
- ♦ Supone una permanencia, relativamente persistente, por parte del etnógrafo en el escenario objeto de estudio, para tener conocimiento interno de la vida social.
- ♦ Tiene carácter inductivo: es un método de investigación basado en la experiencia y exploración de primera mano, a través de la observación participante.

Las principales etapas que configuran el proceso etnográfico no son un proceso lineal, sino circular, aunque en él puede identificarse diferentes momentos, que en la práctica pueden darse, y de hecho se dan, simultáneamente. Estas etapas son:

- A. Negociación y acceso al campo: suele ser un inconveniente al que aluden todas las obras sobre etnografía, y es que, como muy acertadamente plantea Stake (120): “Casi siempre, la recogida de datos «se juega en casa de alguien»”. Los procedimientos para obtener respuesta se basan en que siempre se da por supuesta la necesidad de obtener permisos. Esta fase, por tanto, puede determinar en buena medida el curso de la investigación. Tal y como dice Woods (121), en esta fase el investigador “en el fondo, se trata de venderse a sí mismo como una persona digna de crédito que lleva a cabo un proyecto de valor”.

La descripción de la cultura elegida es básica en todo estudio etnográfico. Es preciso delimitar el campo estudiado, caracterizarlo, «peculiarizarlo». Para Serra, es su objetivo principal (122).

- B. Trabajo de campo: es una etapa también problemática, pues se desarrolla en el espacio en el que habita el grupo a estudiar. En esta etapa básicamente se recoge la información con la que se trabajará posteriormente realizando los pertinentes análisis, aunque, como es evidente, ya muchos de estos análisis (reflexiones, interpretaciones, etc.) se van produciendo a la par de la recogida de datos.





# PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## *4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS*

---

### *4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN*

Partiendo de la bibliografía revisada, se observa que los profesionales sanitarios muestran preocupación sobre cómo realizar las maniobras de RCP, tanto dentro como fuera de los centros sanitarios; sin embargo, poco se sabe sobre los miedos, actitudes y dificultades que presentan para afrontar este tipo de situaciones, tanto a nivel personal como a nivel de equipo. La educación del personal sanitario a través de formación continuada establece las pautas de habilidades técnicas, pero no contempla cómo mejorar el trabajo en equipo, la importancia de establecer un buen líder, mejorar la comunicación entre sus semejantes y mejorar aptitudes ante situaciones tan estresantes.

En conclusión, después de valorar lo anteriormente expresado, surge la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es la vivencia de los profesionales sanitarios de un hospital comarcal que intervienen en las maniobras de reanimación cardiopulmonar?

El propósito de esta investigación es conocer la realidad a la que se enfrentan mediante reconstrucciones individualizadas en interacción con el resto de participantes y permitiendo su expresión apasionada de sentimientos, emociones y valores. En conclusión, se pretende comprender la realidad vivida por los participantes desde sus propias experiencias. Para conseguirlo, parece ir en concordancia la metodología cualitativa con el paradigma escogido.

## 4.2 OBJETIVOS

### 4.2.1 Objetivo general

Explorar la experiencia de los profesionales sanitarios: auxiliares de enfermería (AE), diplomados universitarios de enfermería (DUE) y médicos adjuntos (MAD) del Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (HCAP) respecto a una situación de parada cardiaca intrahospitalaria.

### 4.2.2 Objetivos específicos

1. Comprender los pensamientos, emociones y reacciones que se generan en los profesionales sanitarios ante una parada cardiorespiratoria.
2. Determinar si se producen diferencias en función de las categorías profesionales.
3. Conocer si existe un trabajo en equipo ante una parada cardiorespiratoria intrahospitalaria y si existen dificultades para desarrollarlo de manera efectiva.
4. Identificar necesidades y recursos o estrategias para mejorar, en un futuro, la calidad asistencial y la formación en Soporte Vital (SV).

## 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

---

### 5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

#### 5.1.1 Aproximación metodológica

El objetivo de cualquier investigación es adquirir conocimientos, por ello la elección del método adecuado que permita conocer la realidad es fundamental. En coherencia con el tema a investigar, donde se pretende conocer las experiencias de un grupo específico de la población, y de objetivos a alcanzar, se decide realizar una investigación cualitativa. La razón de esta elección estuvo condicionada por los propósitos de estudio y la pregunta que se deseaba responder, tal como aconsejaba Mayan (123), y no por la experiencia de la investigadora.

#### 5.1.2 Selección de las estrategias metodológicas. Etnografía.

La IC utiliza métodos y técnicas diversas, como gama de estrategias, para alcanzar los objetivos de estudio. En este estudio, se optó por la técnica que existe más cercana a los informantes, ya que permite que el investigador experimente los sucesos en primera persona, la etnografía. Con ella se describe e interpreta los patrones de los valores, comportamientos, creencias y lenguaje compartidos y aprendidos por los miembros de un grupo cultural (96). El investigador se desplaza a los espacios y se centra en descubrir lo que allí acontece de forma cotidiana de primera mano. La primera de las justificaciones es que permite una interacción con el objeto de estudio, con lo que nos ayuda a conocer las experiencias vividas por el personal sanitario en situaciones de PCIH, allí donde se desarrollan. Observar las acciones humanas *in situ* nos aporta una importante información de la realidad del fenómeno, ya que están parcialmente determinadas por el contexto y el ambiente en el que suceden, tal y como defiende Wilson (124).

En esta investigación se realizó una microetnografía, es decir, que la investigación se centró en una sola institución social y se desarrolló por un solo investigador o etnógrafo. A través de la observación y comprensión de una población de estudio específica (personal sanitario que realiza SVB intrahospitalario) dentro de su marco institucional. Se recogió una visión global del ámbito social, holística y naturista, desde dos puntos de vista: uno interno (el de los miembros del grupo) y otro externo (la comprensión del investigador). Se centró el interés en cómo el personal sanitario se comportaba, cómo interactuaba, cómo se comunicaba ante una situación de parada cardiorrespiratoria dentro del hospital, y así descubrir sus creencias, valores, motivaciones, etcétera. De este modo se ha logrado obtener una investigación etnográfica muy detallada y rica en significados sociales.



## 5.2 ÀMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio escogido para desarrollar este trabajo de investigación fue el Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (HCAP). Situado en el municipio de Vilafranca del Penedès, en la provincia de Barcelona. La elección de este lugar fue determinada por dos circunstancias: la primera por tratarse del hospital donde el investigador principal, el moderador y los participantes del estudio realizaban su labor laboral habitual. De esta manera se facilitaba su rápido y fácil acceso al trabajo de campo. Y, la segunda, por tratarse de uno de los hospitales de la zona que disponían de personal sanitario formado en SV en el momento de la recogida de datos, según recomendaciones del CCR.

El *Consorci Sanitari de L'Alt Penedès* (CSAP) es una entidad pública de carácter asociativo integrada por el Servicio Catalán de la Salud, el ayuntamiento de Vilafranca del Penedès, el Consejo Comarcal de l'Alt Penedès y la Fundación del Hospital de Vilafranca. Su presupuesto está incorporado al de la *Generalitat de Catalunya* y ha de ser aprobado por el *Parlament de Catalunya* anualmente.

El HCAP es una entidad gestionada por el CSAP que ofrece una amplia cartera de servicios sanitarios, con más de 400 profesionales que trabajan y que la hacen posible cada día (125). Su misión es ofrecer una asistencia integral e integrada de calidad y seguridad en el ámbito de la salud a la población de referencia, en un marco de sostenibilidad. La población de referencia es de 95 901 habitantes (datos recogidos en la memoria del 2015), de entre los que 33 066 proceden del Área Básica Rural (compuesta por 19 municipios que pertenecen a la comarca del Penedès), 21 725 del municipio de Sant Sadurní D'Anoia y 41 110 de la capital de la comarca, Vilafranca del Penedès (Barcelona, Cataluña). Su visión es ser una organización sanitaria innovadora, reconocida por los ciudadanos y profesionales, buscando la excelencia en la atención sanitaria. Respecto a los valores, es importante destacar que se basa en el respeto a la persona en una actitud de mejora continua, en un trato de profesionalidad donde se fomenta el desarrollo y la satisfacción de sus profesionales mediante el trabajo en equipo, la formación continuada, la docencia y la participación de proyectos de investigación. Y, sobre todo, donde existe un compromiso social y con el entorno, siendo siempre respetuoso con el medio ambiente (125).

A falta de la publicación de la memoria del pasado año 2016, se aportan los siguientes datos en función de los publicados en la memoria del 2015 (126). El HCAP respondió a 69 363 urgencias, de las que solo el 5.7 % fueron ingresadas en las 86 camas que mantuvo en funcionamiento, de las 144 que dispone, ya que, como todos los hospitales de nuestro país, sufrió recortes presupuestarios. Se contabilizaron un total de ingresos de 7691, 308 más que el año 2014. Las causas, por patologías, más prevalentes de ingreso son: neumonía simple y otros trastornos respiratorios, la insuficiencia cardiaca y shock, y la insuficiencia cardiaca crónica y arritmias. A nivel de actividad quirúrgica, se realizaron 4085 consideradas como intervenciones mayores de las que 2320 fueron cirugía mayor ambulatoria. Del total de partos atendidos, el 17.1 % fueron cesáreas. Y se atendieron 121 695 visitas en consultas externas, de las que 30 680 fueron primeras visitas.

En base a los indicadores de calidad y seguridad, el HCAP se situó entre los 8 mejores hospitales, en su categoría, de los «Premios top 20» a la gestión hospitalaria global, premio otorgado según un programa de evaluación basado en indicadores de calidad, funcionamiento y eficiencia. No se registra el número de PCIH que se presentan, pero sí el tanto por ciento de mortalidad en general, que asciende al 4.2 % del total de pacientes atendidos, porcentaje ligeramente superior al año 2014 (126).

El coste total de la formación recibida por los trabajadores del CSAP durante el año 2015 es de 125 787,15 euros. Se han dedicado a la formación 9141 horas, de las que 171 han sido impartidas por el equipo docente del propio centro (126). El cuerpo docente del centro está compuesto por un equipo multidisciplinar (enfermeros, médicos, fisioterapeutas, entre otros) que se encargan de impartir cursos de entrenamiento en SV y acciones formativas de prevención de riesgos laborales.

La adquisición de conocimientos y habilidades de la CSH se obtiene a través de numerosos métodos de entrenamiento en Soporte Vital. Los cursos tradicionales de entrenamiento guiados por un instructor continúan siendo el método más frecuentemente utilizado. En este hospital se realizan de manera habitual, según el plan docente del CCR, desde el año 2012. La composición de los grupos es pequeña (8 participantes por instructor), interactivo (favoreciendo el *feedback*) y sus integrantes han de pertenecer a diferentes categorías profesionales. Los gradientes de autoridad diferente (médicos, enfermeras o auxiliares) puede ser un problema, porque habrá participantes que aprendan habilidades que nunca pongan en práctica, pero las evidencias científicas nos demuestran

ventajas compatibles con la reanimación. La mezcla de diferentes profesiones sanitarias consigue un trabajo en equipo óptimo en circunstancias de RCP (127).



## 5.3 SUJETOS DE ESTUDIO

### 5.3.1 Descripción de la muestra

Los participantes del estudio corresponden a una pequeña parte de nuestra población. Entendida como población al personal sanitario del HCAP de las siguientes categorías profesionales:

- Auxiliares de Enfermería (AE)
- Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE)
- Médicos Adjuntos (MAD)

#### 5.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los participantes deberán cumplir las siguientes características para poder formar parte de la investigación:

- Ser profesional sanitario de las categorías profesionales mencionadas del HCAP.
- Contar con una experiencia profesional de 2 o más años en el ámbito sanitario.
- Ser personal asiduo en el servicio de urgencias, bloque quirúrgico y hospitalización (más concretamente del área de Medicina Interna y de Hospital de día).
- Haber vivido el fenómeno en el centro asistencial escogido.
- Tener una edad comprendida entre 25 y 60 años.
- Haber realizado un curso de entrenamiento de RCP, según las directrices del CCR, en menos de 5 años.
- Participar de manera voluntaria en la investigación, después de haber firmado el consentimiento informado.

#### 5.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Características de los participantes que hacen que sean excluidos de la investigación:



- Profesionales que alternan de manera frecuente diferentes servicios asistenciales del HCAP, es decir que pueden trabajar en cualquiera de ellos en pequeñas unidades de tiempo, por no tener ninguno asignado de manera habitual.
- Aquellos que no cumplan los criterios de inclusión.

#### *5.3.1.3 TIPO DE MUESTREO*

La selección de la muestra ha sido estimada mediante un tipo de muestreo intencional, es decir, donde las leyes del azar no han intervenido. Todos ellos han sido escogidos en base a los criterios de inclusión y exclusión, anteriormente mencionados, según la modalidad opinática. Los participantes del estudio fueron elegidos siguiendo criterios estratégicos que ayudaran a comprender en profundidad las percepciones que presentaban el personal sanitario ante una PCIH. No desde un punto de vista representativo de la población, porque nuestra intención no era generalizar resultados, sino desde la garantía de obtener una cantidad suficiente, hasta saturación de datos (el punto en el cual no aparece información adicional), que nos proporcione una riqueza de esa información (88).

En la muestra seleccionada, se consideró relevante incluir a estas categorías profesionales y no a otras, porque son las que participan con un papel protagonista en las situaciones de PCR. La experiencia de 2 o más años en el centro era requerido para asegurarnos que conocían los protocolos de actuación en estas situaciones y que habían sido instruidos en SV por nuestro centro, ya que el personal de nueva incorporación no es instruido hasta que no lleva un tiempo en él. El hecho de delimitar las unidades o servicios fue porque en estas existe mayor probabilidad de que ocurra un PCR y, por lo tanto, su personal asiduo, dispone de más experiencia. Se consideró imprescindible el haber presenciado y participado en una PCIH para poder responder a las preguntas realizadas en nuestro grupo focal. Y, por último, se estimó importante concretar el límite de edades porque con menos de 25, al ser una situación inusual, encontrábamos a personal con poca experiencia y, con más de 60, mostraban poco interés por estar a un año de la prejubilación.

### 5.3.1.4 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Todos los participantes del estudio, antes de iniciar los grupos focales, rellenaron un formulario, confeccionado *ad hoc*, dónde se recogieron las siguientes características de los informantes (ver tabla 3):

- Sexo
- Edad, dividida en 4 intervalos que son: >25 a 30, 31-40, 41-50 y 51-60.
- Categoría Profesional: Auxiliar, Enfermera y Médico.
- Experiencia laboral, dividida en 4 intervalos: <2 años, 2-5 años, 6-10 años y >11 años.
- Si han realizado un curso de SVB y cuántos años hace, <5 0 >5 años.

**Tabla 3: Variables demográficas del grupo de estudio**

○ SEXO			
Mujer		Hombre	
○ EDAD			
>25 a 30	31- 40	41- 50	51- 60
○ CATEGORIA PROFESIONAL			
AUXILIAR		DUI	MÉDICO
○ EXPERIENCIA LABORAL			
<2 AÑOS	2-5 AÑOS	6-10 AÑOS	>11 AÑOS
○ HA REALIZADO CURSO SVB			
SÍ	¿CUÁNTOS AÑOS?	<5 AÑOS	>5AÑOS
NO			

*Origen: Elaborada por la autora de la Tesis, 2015*

## 5.4 RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Las estrategias de recogida de información utilizadas para esta investigación han sido: la observación participante, la realización de tres grupos focales y el uso de fuentes documentales.

### 5.4.1 Observación participante

“Casi todos los ojos miran, pero son pocos los que observan, y menos aún los que ven”, Guasch (128).

De todos los sistemas de investigación social, la observación participante (OP) es la base de la investigación etnográfica, de hecho no se puede entender una sin la otra, tal y como expresa Guasch (128). Es un instrumento idóneo para recuperar el sentimiento en las ciencias sociales. Si los estereotipos de género fueran ciertos, resultaría que la observación participante es femenina: es flexible, dúctil, intuitiva, sutil, no racional. La observación participante opone al rígido positivismo masculino, una tolerancia epistemológica que prefiere pactar la realidad antes que imponerla.

Existen autores que piensan que, en la medida de lo posible, hay que mantener al observador fuera del escenario para evitar ver las cosas desde su punto de vista, este no se ha de involucrar, haciendo explícita cuál es su posición social. Dejando la subjetividad, si no controlada, sí al menos matizada (81). En cambio, están quienes defienden que el científico social debe hacer observación participante de un grupo social en el que esté directamente implicado. Un emigrante, un policía, un médico o una enfermera puede producir etnografía excelente sobre su propio grupo social. El pertenecer a un grupo social evita los problemas de traducción cultural, tal y como señala Guasch (128). Ya no es necesario que quien investiga pase por un proceso de resocialización en un grupo social que desconoce. Quien investiga conoce los códigos vigentes en su propio grupo y puede hacerlos explícito. Es precisamente la proximidad al fenómeno lo que facilitará el acceso (128).

Es lo que se pretende en esta investigación: acceder a la realidad de los profesionales sanitarios en estas situaciones, inusuales y críticas, desde la visión de un profesional sanitario. Establecer un contacto directo con los miembros del grupo que se quiere

investigar y que el observador esté implicado en la realidad que observa. La observación que se realiza es corta, pero intensa. En cualquier caso, según Boyle (129), lo importante es el contacto directo con los miembros del grupo que se desea investigar.

Para observar, lo ideal fue modificar lo menos posible la situación objeto de estudio. Se adoptó un modo de actuar «de mosca en la pared», y se pudo observar las situaciones tal y como acontecían, provocando la menor interferencia posible. Al tratarse de una situación poco frecuente, el investigador se mantuvo alerta durante todas las horas de su jornada laboral, con el fin de poder detectar una situación de PCR. La duración de cada observación osciló, dependiendo del caso, entre 10 y 15 minutos. Y la recogida de datos se realizó mediante el formulario *ad hoc* de la recogida de datos de la OP (anexo 2) y mediante notas de campo. Durante los 6 meses que se realizó la OP, se observaron 3 casos de PCIH.

Los datos fueron recogidos de modo sistemático y no intrusivo. La observación del contexto se produjo por la inmersión del investigador en el campo, obteniendo acontecimientos, vivencias, experiencias y la sensación del observador que fue recogida en un diario de campo. Respecto a los cuatro tipos de OP que existen (130): observador completo, observador como participante primordial, participante como observador y participante completo, en las tres situaciones en las que se realizó OP en esta investigación, el observador hizo de observador completo, donde, manteniéndose al margen de la acción, tuvo la posibilidad de registrar, mediante notas de campo, todas las actividades (acciones, reacciones, expresión de sentimientos, silencios, etc.) que se produjeron en los pocos minutos que dura la acción.

No solo hay que mirar atentamente, tal y como señala Woods (121): “Los principales requisitos de la observación son, naturalmente, un ojo avizor, un oído fino y una buena memoria”. La gran aportación, sin duda, de esta técnica es que permitió acceder a un tipo de información que de otra manera sería imposible de conseguir, brindando al investigador la oportunidad de recoger dicha información en persona. Goffman (131) se aplica al análisis de la interacción social en las sociedades más complejas, donde diversos sistemas normativos impulsan a los actores sociales a comportarse de manera correcta atendiendo a una pluralidad de reglas de aptitud, adecuación, decencia y decoro. En su obra *La Presentación de la persona en la vida cotidiana*, utiliza la metáfora teatral para denominar el comportamiento de las personas en una realidad determinada.

La etnografía no es la observación participante, sino su resultado. Se entiende como forma condensada, capaz de lograr la objetividad por medio de una observación próxima y sensible, y de captar a la vez los significados que dan los sujetos de estudio a su comportamiento. La observación y la observación participante proporcionan descripciones, es decir, discurso propio del investigador, con la diferencia que la OP exige la presencia en escena del observador de tal modo que este no perturbe su desarrollo (132).

La OP presenta, como cualquier otra técnica de recogida de datos, las siguientes ventajas y limitaciones (88):

1. Ventajas:

- Permite examinar la realidad tal y como sucede, no existe interferencias o manipulación como en otros procedimientos. Prima la naturalidad.
- Evita la distorsión artificial del suceso, que se introduce entre el participante y el investigador, en caso de una entrevista. Distorsión relacionada con que no quieren dar información o no sepan.
- Garantiza un alto nivel de rigor cuando se combina con otros métodos.

2. Limitaciones:

- Imposibilidad de observar fenómenos profundos.
- La relación emocional que se establece en la mayoría de fenómenos puede cegar al investigador, impidiendo que observe la verdad.
- Falta de validez por no poder interferir en la situación, acaba por apoyarse en sus propios criterios personales.

#### **5.4.1.1 SELECCIÓN DEL ESCENARIO**

El escenario ideal para la investigación es aquel en el que el observador obtiene fácil acceso, establece una buena relación inmediata con los participantes y recoge datos directamente relacionados con los intereses de la investigación. El campo o escenario es la realidad social que pretende analizarse a través de presencia del investigador en diferentes contextos en los que esa realidad social se manifiesta (128).

Por este motivo, y en concordancia con el tema a investigar, el escenario elegido fue el box 16 del servicio de Urgencias, destinado a las emergencias vitales, también llamado «box de paros». Esta habitación, de forma rectangular y de 15 m<sup>2</sup> (3 metros de ancho por 5 metros de largo), está diseñada para realizar la mayoría de las RCP del servicio y para controlar, de manera exhaustiva, la fase postcrítica de cualquier tipo de paciente, adulto o niño. La puerta es de 1,20 m de ancho y es corredera, para ganar espacio y facilitar un rápido acceso. En la zona central hay una camilla, de 90 cm de anchura, con 4 ruedas y barandas a sus dos lados. En ella siempre permanece colocada una tabla, en su superficie, para ganar rigidez, necesaria para realizar maniobras de RCP, o por si se ha de desplazar el paciente de una camilla a otra.

Al entrar al box, a mano izquierda, tenemos un panel con todo el material fungible: tubos de mayo o *guedel* de diferentes números (de 000 a 5), mascarillas reutilizables (del n° 2 al n° 5), tubos endotraqueales (del n° 2.5 al n° 9), guías de intubación (pequeñas, medianas y grandes), sondas nasogástricas (del n° 16 y del n° 18), sondas vesicales de tipo Foley (del n° 6 al 22), bolsas de diuresis estériles y *urinometers*, y catéteres de vía central (de 2 y de 3 luces). Al finalizar el panel, encontramos el timbre, dispositivo eléctrico usado para llamar al personal sanitario.

En la cabecera de la camilla, encontramos de izquierda a derecha, el carro de RCP (con todo el material necesario para atender una PCR fuera o dentro de este box) con el DEA en su parte superior. El respirador con la bolsa de reanimación o ambú® y la venda de gasa en su parte superior. Las tomas de oxígeno (doble) y de vacío o de aspiración que se encuentran conectadas a la tabuladora y a una sonda de aspiración. Una batea metálica grande, colgada de la pared, con las palas de laringo (4 medidas: pediátrica, n° 2, n° 3 y n° 4) y pomada epitelizante. En su parte más a la derecha, encontramos el monitor, colgado de la pared, para visualizar correctamente desde cualquier punto del box la tensión arterial (invasiva o no), la saturación de oxígeno, la frecuencia cardiaca y la capnografía.

En la parte izquierda de la camilla, encontramos el palo de sueroterapia con una bomba de perfusión, calefactor centralizado, tablón de anuncios de corcho con la información más relevante sobre emergencias, dos carros de pediatría (en uno tenemos medicación habitual y material fungible, y el otro, es metálico, está

destinado a la RCP pediátrica (contiene material específico, medicación y material para acceder a vía intraósea, este último tanto para adultos como pediátrico). A continuación, encontramos el ordenador, una silla de oficina y las dos papeleras: una para residuos contaminantes (amarilla) y otra para residuos no contaminantes (negra).

La última pared, entrando a mano derecha, encontramos de izquierda a derecha: negatoscopio, 4 cajones con material fungible (equipos de suero, equipos de transfusión, etc.), cajoncillos colgados de la pared con la medicación necesaria ordenada por orden alfabético según principios activos, 3 armarios con sueros, estanterías con toallas, sábanas, esponjas y batas, una nevera con medicación indispensable (insulina, reactivos de grupo sanguíneo, sueros fríos, etc.), contenedor de agujas, collarines de diferentes medidas, pila para lavarse las manos con su dispensador de jabón, de papel, y de solución de clorhexidina. En su parte más distal, encontramos la mesa de mayo y taburete.

#### **5.4.1.2 ACCESO AL ESCENARIO**

Se entiende como un proceso por el cual el investigador accede al escenario para obtener la información fundamental para su estudio. Tal y como señala Hammersley (133), la obtención del acceso es una cuestión totalmente práctica en la que tenemos que emplear recursos o estrategias personales que hemos aprendido en nuestra vida cotidiana para conseguirlo. Las dificultades de acceso nos revelan cómo está organizado el lugar, por lo que se convierten en la primera fase de recogida de información del estudio.

Después de finalizar el proyecto de investigación, se iniciaron los trámites para poder acceder al campo. Primero se solicitó permiso a la Dirección de Enfermería del HCAP, previo envío del protocolo por escrito y posterior explicación oral. Tras nuestro encuentro corto de tiempo, pero completo en información, obtuve su aprobación. Mi presentación, tal y como aconsejaban Taylor y Bogdan (81), fue como estudiante, no como trabajador, para evitar que me percibieran como una amenaza para la empresa. Mi intención era de no dañar a la organización y así fue transmitida.

Después, se mantuvieron reuniones con la supervisora y con el jefe del servicio de urgencias para explicarles en qué consistía el proyecto, cómo iba a ser desarrollado y cuáles eran los objetivos. Al pretender realizar una observación estricta, sin interactuar, de los casos de PCIH se necesitaba que comprendieran la importancia de este tipo de técnica para evitar prejuicios o malentendidos. Al obtener su aprobación, comuniqué al resto del servicio en qué consistía el estudio y cómo iba a recoger los datos. Todos mostraron su conformidad y su apoyo.

#### *5.4.1.3 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN*

Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de referencia de mi centro, el acceso al escenario fue relativamente fácil para el investigador porque era su lugar de trabajo habitual. No se necesitó de informantes ni de «porteros», entendidos como aquellas personas que nos abren el acceso al campo. Mi instrumento de registro de datos fue mi «cuaderno de campo», tal y como aconseja Amezcua (134), se realizó de manera precisa y detallada después de cada observación todo aquello que se recordaba: explicación breve del caso, actividades de los participantes, secuencia y duración de los acontecimientos, tipo de comunicación verbal y no verbal, y mis propios comentarios sobre: experiencia vivida, sentimientos y reflexiones. No limité el tiempo de la observación, a priori, porque son situaciones que abarcan poca cantidad de tiempo.

Las OP se realizaron durante la jornada laboral del investigador. Lo ideal fue asumir un rol pasivo abierto, es decir sin interferir en las actividades del grupo, aunque todos conocían y daban su conformidad para que el investigador registrara los datos observados. Pasados unos segundos, el grupo olvidó que estaba siendo observado y actuó con normalidad. Durante seis meses se recogieron datos de tres situaciones reales de PCIH, cuyos pacientes fueron dos adultos y un niño. El tratamiento de estos datos, descripción y análisis fue continuo, es decir, a las pocas horas de que se produjera la situación, se describía y se registraba desarrollando un listado de codificaciones, que, a posteriori, se organizaron por interés temático.

La recogida de datos se inició teniendo en cuenta los siguientes parámetros (ver tabla 4):



**Tabla 4: Registro de la manera de activación, tiempo real de PCR (hora de inicio y finalización), servicio donde sucede, el n° de participantes y el responsable (líder)**

ACTIVACIÓN	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	SERVICIO ASISTENCIAL	NÚMERO PARTICIPANTES	RESPONSABLE
BUSCA <input type="checkbox"/>					
SEÑAL <input type="checkbox"/>					

*Origen:* Elaborado por la autora de la Tesis, 2015.

A partir de aquí, y después de realizar una breve descripción del caso, se registraron una serie de parámetros relacionados con la comunicación verbal del líder (o responsable) hacia el resto de los integrantes, y de la comunicación entre los diferentes componentes del equipo (ver tabla 5 y tabla 6). Se anotaron aquellas características del lenguaje necesarias para establecer una correcta comunicación: claridad, decisión/firmeza, coherencia, tono adecuado –incluye: volumen (alto, pero sin gritar), velocidad pausada y articulación adecuada (vocalización)–, brevedad y si se dirigía al receptor, en el caso del líder, o si existía comunicación entre el equipo.

**Tabla 5: Características de la comunicación oral del líder.**

CARACTERÍSTICAS COMUNICACIÓN ORAL	SÍ	NO
CLARIDAD		
DECISIÓN/FIRMEZA		
COHERENCIA		
TONO ADECUADO		
BREVEDAD		
DIRIGE -RECEPTOR		

*Origen:* Elaborado por la autora de la Tesis, 2015.

**Tabla 6: Características de la comunicación verbal entre los integrantes del equipo.**

CARACTERÍSTICAS COMUNICACIÓN ORAL	SÍ	NO
CLARIDAD		
DECISIÓN		
COHERENCIA		
TONO ADECUADO		
CONCRETO/CONCISO		
COMUNICACIÓN EQUIPO		

*Origen:* Elaborado por la autora de la Tesis, 2015.

Los problemas detectados en la comunicación verbal, ya fuesen por parte del emisor, del receptor o del propio mensaje, también se registraron. Por parte del emisor se tuvieron en cuenta la emotividad (alta o baja) y la información excesiva; por parte del receptor, si existían interrupciones, si no escuchaba, si estaba distraído o si no dominaba el lenguaje. Del mensaje se destacaba la falta o no de coherencia, es decir, si lo que se decía tenía o no sentido (ver tabla 7).

**Tabla 7: Problemas detectados en la comunicación.**

PROBLEMAS DETECTADOS EN LA COMUNICACIÓN	
♦ EMISOR/TRANSMISOR:	
EMOTIVIDAD	ALTA: Presenta ira, impaciencia, rabia, irritabilidad, tristeza, desesperación, soledad...
	BAJA: Desmotivación, pérdida de interés.
INFORMACIÓN EXCESIVA	RAPIDEZ: No asimilan la información percibida.
	LENTITUD: Distracción.

♦ RECEPTOR:

INTERRUPCIONES A menudo Aisladas	NO ESCUCHA Bloqueado Falta de atención	DISTRACCIÓN	NO DOMINIO DEL LENGUAJE
--	--	-------------	-------------------------

♦ MENSAJE: Destacar la FALTA DE COHERENCIA.

*Origen:* Elaborado por la autora de la Tesis, 2015.

El otro gran registro que se tuvo en cuenta fue la comunicación no verbal. Se consideró importante registrarlo porque en estas situaciones existe una gran cantidad de mensajes sin palabras. Se utilizan muchos gestos o signos entre los integrantes, porque son personas que se conocen y que acostumbran, en mayor o menor medida, a interactuar juntos. Las características de la comunicación no verbal registrada fueron: expresión facial, mirada, gestos y postura. Y se diferenció entre la detectada por el responsable o líder, y el resto del equipo. Para ambas situaciones se utilizó el mismo registro (ver tabla 8).

**Tabla 8: Características valoradas en la comunicación no verbal.**

EXPRESIÓN FACIAL	TRISTEZA MIEDO ENOJO SORPRESA DESPRECIO ASCO ALEGRÍA
MIRADA	CONTACTO VISUAL: SÍ / NO ↑PARPADEO
GESTOS	DESCONOCIMIENTO NERVIOSISMO TENSIÓN
POSTURA	INMOVILIDAD DEAMBULANDO RIGIDEZ

*Origen:* Elaborado por la autora de la Tesis, 2015.

Antes de finalizar las anotaciones obtenidas de la OP se valoró el entorno en cuanto a su idoneidad para realizar maniobras de RCP, desde el punto de vista de: el espacio (dimensiones adecuadas), el material del que disponían (necesario) y del número de personas (si faltaban tareas sin poder realizar por falta de personal, o si

eran demasiadas y existían varias personas haciendo lo mismo), si se trabajaba en equipo teniendo en cuenta las 5C (complementariedad, comunicación, coordinación, confianza y compromiso), si existía la figura de líder (impuesta por sí misma o identificada por el resto del equipo), si este había sabido coordinar la situación (delegando tareas, identificando errores y dirigiendo la actuación de todos los integrantes) y manera de informar a la familia (quién, dónde, cómo y cuándo) (ver Anexo 1).

Para concluir, se describieron los comentarios del investigador: las experiencias vividas, sentimientos, comentarios teóricos, reflexiones mediante «memos», hipótesis, líneas de actuación que nos ayudaron a analizar nuestra pregunta de investigación. Los «memos» hacen referencia a las anotaciones que registra el analista durante el proceso de análisis. Se trata de un registro de importante relevancia según varios autores como Taylor y Bogdan (81) y Amezcua (134).

#### 5.4.2 Grupos focales (Focus Groups)

Krueger (135) define el grupo focal como una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo y natural para que fluya en toda su extensión a razón del fenómeno que se analiza. Se trata de una entrevista formal, que habitualmente se realiza mediante entrevistas semiestructuradas. Es útil porque permite obtener gran cantidad de datos, en poco tiempo, y que serían menos accesibles con otras técnicas. También resulta eficaz para observar la interacción entre los diferentes participantes, y ver las diferentes perspectivas de cada uno de ellos, actitudes, opiniones y la reacción que generan en el resto de participantes. Tal y como dice Vallés (136) se produce un «efecto sinergia» provocado por el propio escenario grupal y un «efecto de audiencia» donde cada participante resulta estimulado por la presencia de los otros.

Es aconsejable que sea grabada en audio y/o en vídeo, para no perder ningún dato de la conversación verbal y no verbal; aunque esto quedará a expensas de la voluntad de los participantes, que si se sienten intimidados se realizará únicamente en audio. Las sesiones deben tener una duración máxima de 120 minutos, siendo correcto entre 60 y 120 minutos. El grupo debe constar entre 6 y 10 participantes, guiados por un moderador

experto o por el propio investigador. Sus participantes deben ser homogéneos, en relación con los criterios establecidos para su selección: nivel socio-económico, edad, sexo, categoría profesional, etc. Evitándose relaciones excluyentes y de jerarquía (padres-hijos, profesores-alumnos, etc.). En la sesión solo debe incluirse a personas con experiencia en el tema a tratar (137).

El número de grupos que se deben formar varía, pero se recomienda entre 3 y 5 grupos de participantes que estarán agrupados en función de algún criterio, determinado con anterioridad. El investigador principal tiene preparado un guion para la entrevista, que utiliza para orientar la discusión del grupo, sin restringirla y con posibilidad de anotar datos. El investigador en la hoja frontal codifica los datos demográficos cuantitativos, necesarios para entender el estudio y para mantener el anonimato de los participantes (edad, categoría profesional, experiencia laboral, si han realizado un curso de SV y cuánto hace) y, en la hoja de comentarios, registra lo que pasó, cómo se desarrolló, cuál era el ambiente, detalles de la comunicación no verbal, etcétera (130).

Los comienzos del grupo focal (GF) como herramienta de investigación social y de mercados, se remonta a la década de los cuarenta, en pleno siglo XX. Aunque existen textos clásicos de diferentes autores, cabe señalar como manual fundamental la obra de Merton y Kendall (138) en *The focused interview* donde se encuentran identificados la mayor parte de los aspectos que forman la estructura básica del grupo de discusión, a saber, la espontaneidad como elemento fundamental, la no-directividad, y la importancia de analizar tanto lo que se dice como lo que no se dice. No obstante, no fue hasta iniciarse la década de los noventa, donde el uso del grupo de discusión ya estaba muy extendido en ámbitos como la investigación académica, la salud, la educación o la planificación social (138).

En España, aunque se sabe que antes de los setenta ya se usaban los GF, tanto en mercados como en estudios de tipo sociológico, también se suele mencionar a varios autores como los que fundamentaron el uso de esta herramienta de investigación a partir del estructuralismo, el psicoanálisis y la teoría crítica, entre los que se destaca a Jesús Ibañez (139) en *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*, considerado como una de las fundamentaciones teóricas más potentes de esta técnica de investigación.

La aplicación de este instrumento puede generar una serie de ventajas y limitaciones al investigador:

1. Entre las fortalezas o ventajas, según Krueger (135), podemos señalar que:
  - Permite una interacción directa entre el investigador o moderador y los participantes, siendo el mismo grupo el responsable de generar la información requerida en el tema a investigar.
  - Posibilita la observación de comportamientos verbales y permite el acceso a aspectos internos, tales como los sentimientos, actitudes, percepciones, motivaciones y experiencias.
  - Constituye una práctica flexible que permite al investigador o moderador ir pensando y decidiendo en modificar el guion para explorar aspectos que surgen sobre la marcha.
  - Se trata de una técnica con un coste económico bastante reducido, rápido en la obtención de resultados y fácil de usar.
  
2. Callejo (140) establece una serie de limitaciones que el investigador puede encontrarse, y que se centrarán en los siguientes aspectos fundamentales:
  - El tema sea accesible a la discusión por parte del grupo. Si los participantes no lo entienden o no lo han vivido jamás, poco podrán aportar a la investigación.
  - La selección de la población. Por una parte, si los participantes se conocen pueden generar situaciones de tensión por sacar a la luz detalles personales o por querer desviar el tema a su propio interés. Y, por otro lado, la dificultad de reunir a todos los participantes en un lugar, en un mismo día y a una hora en concreta.
  - Necesidad de que el moderador o investigador esté bien entrenado en este método, para reconducir el tema, evitar que haya participantes que quieran hablar demasiado obstaculizando al resto, o impedir enfrentamientos entre sus miembros o con el propio moderador o investigador.
  - Su finalidad debe ser entendida por todos los participantes. Tienen que tener claro que no se trata de una técnica que intente convencer de algo a sus participantes, sino de conocer su actitud, experiencias, sentimientos, y otros aspectos, sobre el tema a investigar.
  - Dificultad en el análisis y la interpretación exhaustiva de los datos.

#### *5.4.2.1 CRITERIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN*

Un proyecto de investigación que pretenda tener éxito depende de algo más que de dirigir buenos equipos. La clave es lo que el investigador hace con los datos y esto no depende de la planificación que realiza al principio, sino de un proceso continuo desde la primera toma de contacto. Huertas (141) aconseja establecer los grupos focales en base a los siguientes criterios que, aunque diferentes, están relacionados entre sí:

- Es primordial tener claro el objetivo del estudio en todo el proceso de investigación ya que nos determinará la muestra que queremos investigar. Hemos de entender esta fase como “una pequeña inversión de tiempo y energías que se supone nos permitirá prevenir errores mucho más costosos”, Krueger (135).
- Los criterios de selección de los participantes y tamaño de la muestra. Los participantes deben ser buenos informantes, poseer el perfil requerido y debe ser tanto homogéneo como heterogéneo, con el fin de presentar tantas características comunes como perspectivas diferentes. Respecto al tamaño (de 4 a 12 personas), el grupo ha de ser lo suficientemente pequeño para que todos puedan opinar y, a la vez, lo suficientemente grande para que exista diversidad de opiniones (141).
- El conocimiento o desconocimiento de los participantes sobre el tema repercute en la validez del estudio e influye en la interacción de los miembros (141).
- La existencia del grupo se reduce al espacio-tiempo en el que se desarrolla, fuera de esto no tiene lugar (141).

#### *5.4.2.2 ESTABLECIMIENTO DE LOS GRUPOS FOCALES: PROFESIONALES SANITARIOS*

En concordancia al tema a investigar y al objetivo general del estudio se decidió formar tres grupos focales, cada uno de ellos de una categoría profesional diferente. Se escogió estas tres categorías (auxiliares de enfermería, diplomadas en enfermería y médicos adjuntos), por ser los principales protagonistas o interventores en los casos de PCR dentro de nuestro centro. Se realizaron grupos homogéneos para facilitar el diálogo entre semejantes y así evitar el silencio de algunos participantes,

por coacción o vergüenza al tratarse de diferentes estamentos bien delimitados a nivel social.

La entrevista focalizada al tema de estudio y semiestructurada fue diseñada para determinar las respuestas de sus participantes con base en: la percepción del personal sanitario ante este tipo de situación, comprender los pensamientos, emociones y reacciones que se generan ante una PCIH, determinar si existen diferencias entre los grupos focales, conocer si existen dificultades para liderar y para trabajar en equipo e identificar aquellas necesidades o recursos de los que dispone este personal.

La determinación de la muestra, dentro de nuestra población de referencia, se realizó previo contacto por correo electrónico, de manera individualizada y privada, teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos. El mensaje fue claro, conciso y coherente. Se les informó sobre qué se quería investigar, bajo qué tipo de metodología y cuáles eran nuestros objetivos generales y específicos. Se les explicó dónde se iban a realizar los grupos focales y cuál era su duración. Se les comentó que iba a ser grabada dicha conversación, mediante una grabadora, para poder recoger toda la información, ser transcrita literalmente y ser codificada con posterioridad, para poder ser analizada.

Una vez las personas contestaron el correo dando su confirmación, realicé la selección de los participantes en función del perfil más idóneo (edad, experiencia laboral y en situaciones de PCIH, realización de cursos de SV según normativa del CCR), con tal de conseguir una mayor riqueza en los datos recogidos, y siempre cumpliendo los criterios de inclusión. Se reagruparon en tres grupos focales, cada uno de ellos con un profesional sanitario diferente. Disponíamos de un grupo de DUE, uno de Médicos y otro de Auxiliares de Enfermería. En un primer momento se seleccionaron 12 integrantes para cada grupo focal. Se les confirmó su participación, mediante correo electrónico, y se les convocó a una reunión informativa para informarles sobre aquellos aspectos que no habían quedado claros y, para hacer entrega del consentimiento informado (CI) de manera personalizada e individualizada. El retorno del CI debidamente firmado se realizaría el día del grupo focal. Se confirmaron las fechas y las horas en que se realizaría cada reunión grupal para debatir aquellos aspectos más relevantes sobre el tema de estudio,



teniendo en cuenta nuestros objetivos a alcanzar. A pesar de que se pretendía formar grupos de 12 participantes, finalmente se constituyeron de 6, el resto abandonaron la propuesta por diversos asuntos personales.

#### *5.4.2.3 ACCESO A LA SALA DE GRUPO FOCAL*

El día y la hora señalado en cada grupo se reservó el aula de formación del HCAP. Es un aula espaciosa, de unos 30 m<sup>2</sup>, con mucha claridad y con una buena temperatura. En ella disponemos de una mesa de oficina con su silla, de una pizarra blanca (con sus rotuladores de colores: negro, rojo y azul), su borrador, un papelógrafo y más de 30 sillas, todas con apoyo para escribir (unas pocas para zurdos y la mayoría para diestros). Al final de la sala hay dos grandes calefactores, centralizados, que mantienen un ambiente agradable.

Todos los integrantes del grupo fueron citados con una antelación mínima de 15 días, a partir de la fecha de reclutamiento. Se estimaba una duración de máximo 90 minutos. Nos aseguramos que todo el mundo recibió el mensaje y que conocía dicha sala de formación. Sugerimos que, si con un máximo de 48 horas no podían acudir que nos avisaran, para asegurar la máxima asistencia. En caso negativo, tendríamos suficiente maniobra para poder modificar el día y la hora con antelación, sin perjudicar al resto de los integrantes. Se intentó que la mayoría de los participantes no tuvieran que trabajar el día escogido, para disminuir al máximo la interferencia de participar en el grupo en sus quehaceres diarios. Todos los participantes participaron fuera de su jornada laboral habitual.

#### *5.4.2.4 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN*

La recogida de datos se realizó mediante dos registros: una entrevista semiestructurada (Anexo 2) y notas de campo recogidas por el investigador. No se dieron a conocer las preguntas a los participantes hasta el día del GF. Se formularon 8 grandes bloques de donde conseguimos recaudar el siguiente tipo de información: percepciones y emociones que afloran ante una PCIH, conocimientos sobre la PCR, docencia sobre RCP, formación de equipos y existencia de figura de un líder, relaciones que se establecen con paciente/familia, pensamientos y sentimientos en

el desenlace de la RCP, recursos y estrategias de afrontamiento, y necesidades existentes para proponer acciones de mejora o mecanismos de apoyo (Anexo 2).

Se realizaron un total de 22 preguntas abiertas dando la oportunidad de recibir matices en la respuesta. Fue moderada por una enfermera experta en la metodología cualitativa y observada por la investigadora, quien realizaba notas de campo. En muchas ocasiones, se fueron entrelazando temas, pero la moderadora estuvo muy atenta para encauzar los temas de investigación. Fueron grabadas en audio, bajo permiso de los participantes, con el fin de recoger gran parte de la información. Otra parte de la información, la referente a la comunicación no verbal fue recogida por la investigadora en su cuaderno de notas.

Al finalizar cada sesión de GF, la investigadora realizaba la transcripción literal de las sesiones de cada uno de ellos, con la mayor brevedad posible para no perder información que se ha observado y que no ha quedado registrada en la transcripción o anotada en las notas de campo. Todos los GF fueron identificados por: número del GF y categoría profesional, fecha de realización, duración de la reunión, datos sociodemográficos de los participantes, redes semánticas con los puntos clave y memos con aportaciones reflexivas e interpretativas del investigador.

#### 5.4.3 Fuentes documentales

Consisten en un rastreo de materiales en formato papel, vídeo y audio, producidos por la comunidad de estudio o por el propio investigador con la finalidad de permitir «volver» sobre la realidad objeto de estudio. Constituyen, sin duda, un excelente material que también hemos de analizar. Esta perspectiva es considerada como complemento a la observación participante, muestra la enorme diversidad de documentos analizables, donde cada uno de ellos, potencialmente, ofrecen una información variada que hay que contemplar. Aquellos documentos oficiales pueden ofrecer simplemente visiones «deseables» y los documentos personales pueden ofrecer visiones «autocomplacientes» (142).

La fuente documental (FD) que hemos utilizado es la grabación en vídeo de dos simulacros de RCP. Fueron realizados en el espacio habitual y con recursos, tanto

humanos como materiales, reales. Uno de ellos se realizó en el mes de junio bajo previo aviso, y el otro en el mes de octubre sin avisarlo. En ambas situaciones se realizó un registro estricto de la hora de activación del PCR y de quién lo detectaba, si la DUE o la auxiliar de enfermería. Anotando los tiempos, se controló si seguían el algoritmo, si iniciaban de manera precoz las compresiones torácicas y si estas eran de calidad, cuánto tardaba en llegar el resto del equipo (llamado equipo de primera intervención), en qué orden llegaban y qué tareas realizaba cada uno de ellos. Se tuvo en cuenta cómo eran las acciones: si se vivía una situación de caos u orden. Se valoró si se estableció una comunicación verbal y no verbal, tanto del líder hacia el equipo como entre los mismos miembros, y qué características o problemas surgieron en los mensajes que se establecieron. Se observó el entorno intentando detectar dificultades, si disponían de todo el material necesario, si se había trabajado en equipo con un líder bien diferenciado, y si habían informado o no a la familia de manera correcta.

En ambas situaciones, se realizaron sesiones de *debriefing* con el personal sanitario que había formado parte de los simulacros. Sesiones que tuvieron una duración de 30 minutos. Se valoraron los tiempos de activación y reacción, las acciones que se habían realizado y la manera en que se habían hecho, para detectar posibles errores y aprender de ellos. También se tuvieron en cuenta las percepciones que se habían experimentado, tanto a nivel emocional como a nivel de sentimientos e incluso de pensamientos, así como las diferentes maneras de afrontar esta situación. Se comentaron qué recursos, estrategias o necesidades podían presentar para mejorar la atención en los sucesivos PCR del centro asistencial.

Como las técnicas anteriormente mencionadas, las técnicas documentales presentan las siguientes ventajas y limitaciones (136):

1. Ventajas:

- Bajo coste, teniendo en cuenta la gran cantidad de información que brindan.
- Por sus características, se prescinde de la reacción de los sujetos.

## 2. Limitaciones:

- La propia naturaleza de la información requiere que esta se tome como datos secundarios de la información. Solo como complemento.
- Sesgo del material, como en nuestro caso, por no tratarse una situación real se pueden observar emociones, actitudes, reacciones que en una situación real no se presentarían.



## 5.5 ANÁLISIS DE DATOS

Proceso a través del cual se va más allá de los mismos datos para acceder a la esencia del fenómeno de estudio, a su entendimiento y comprensión. El investigador se expande más allá de la narración descriptiva. Es un aspecto sumamente delicado y complicado, pues el etnógrafo recoge gran cantidad de material, de diferentes fuentes, soportes, y necesariamente debe saber qué hacer con ellos. Es habitual que el investigador se encuentre, después de un importante trabajo y esfuerzo, delante de multitud de datos y registros que debe analizar de manera metódica, rigurosa, con sensibilidad, reflexividad y rigor. La teoría no emerge de manera mágica, no es cuestión de paciencia, sino de la búsqueda de respuestas pertinentes a nuestra pregunta de investigación, observación activa y de una memoria muy precisa. La investigación cualitativa no «es fácil», ni «algo subjetivo», ni «no científico». Esta fase empieza desde el momento en que el investigador accede al campo y acaba con la redacción del informe de investigación. La recolección de datos se hace de forma concurrente con el análisis para poder profundizar en categorías emergentes. A la hora del análisis es cuando se logra dar la clave a todo el trabajo científico. Va adquiriendo profundidad conforme vamos avanzando (130). Diversos autores se destacan en esta difícil fase por su gran relevancia, entre ellos señalamos a Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez (78), que plantean que: “el análisis de datos es visto por algunos como una de las tareas de mayor dificultad en el proceso de investigación cualitativa. El carácter polisémico de los datos, su naturaleza predominantemente verbal, su irrepitibilidad o el gran volumen de datos que suelen recogerse en el curso de la investigación, hacen que el análisis entrañe dificultad y complejidad”.

“El análisis significa esencialmente poner algo aparte. Ponemos aparte nuestras impresiones, nuestras observaciones (...) Tenemos que separar la nueva impresión, y dar sentido a las partes. No al principio, la mitad y el final, no a esas partes, sino aquéllas que son importantes para nosotros”, Stake (143).

Hammersley y Atkinson (106) plantean que: “Las necesidades del etnógrafo, por supuesto, a la hora de decidir qué códigos son relevantes para los temas del trabajo en

cuestión y para el análisis preliminar que acompaña a la recogida de información, son prioritarias”. Para realizar este análisis, básicamente, se dan varios pasos, intrínsecamente ligados (142):

1. Reflexión analítica sobre los datos: simultánea a la recogida de los mismos y fundamental para su organización y selección. El etnógrafo juega así un papel «centralizador» en todo el estudio. Su mente archiva y desecha, recoge y analiza, reflexiona sobre lo vivido, lo sentido, lo pensado, los datos recogidos. Realiza una lectura integral en profundidad.
2. Selección y codificación: dados los impresionantes volúmenes de información con los que trabaja un etnógrafo es preciso «apartar», tal y como plantea Stake (143), aquello que es relevante para el estudio de aquello que no lo es tanto. Reducir los datos con los que se va a trabajar finalmente no es una tarea sencilla, pues implica dejar a un lado gran cantidad de material. Los intereses del estudio tienen que guiar ese proceso.

Codificar consiste en fragmentar los datos que responden a nuestra pregunta de investigación y objetivos. Permite prepararlos en unidades analizables, de forma minuciosa, ayudando a llegar desde datos a ideas. El investigador identifica palabras, frases o párrafos, con significación relevante, y va asignándoles código, nombre o etiqueta que recoja el significado que emerge de los elementos más significativos. Cuando el código que se asigna es el que el propio informante a utilizado, se denomina «*in vivo*»; si este no aparece, es el investigador que lo debe crear haciendo uso de su creatividad. Se debe constituir un glosario con los códigos y etiquetas usados, explicando su significado (143).

3. Categorización: una vez seleccionados los datos es preciso organizarlos. Esta operación se puede realizar de modo «manual» o mediante el empleo de programas informáticos, pero, en cualquier caso, el etnógrafo tiene que tratar de ser consecuente con los intereses de su investigación, pues los programas informáticos (NVIVO, Atlas. Ti, etc.) son recursos para facilitar el manejo de los datos, hacen un excelente trabajo de recuento de frecuencias, pero no reflexionan sobre los significados que encierran las muestras que se someten al programa. Permanentemente, el etnógrafo, en su esfuerzo por dar sentido a los datos

recogidos, genera y regenera categorías explicativas en las que agrupa los significados recogidos más relevantes. Esta categorización no es una tarea sencilla, ni definitiva, pues se encuentra sometida a permanente revisión y transformación, en cuanto aparece un nuevo dato que nos hace repensarla (142).

4. Triangulación: considerada como estrategia de validación de los datos. Es la puesta en relación de las diferentes aportaciones, incluido las del investigador. Dentro de la IC se entiende el uso de varias estrategias (métodos, datos, investigadores o teorías) para poder visualizar el problema desde diferentes ángulos y conseguir sumar sus fortalezas, es decir, que al utilizar una sola estrategia, las investigaciones son más vulnerables a sesgos o fallos metodológicos inherentes a ellas y, en cambio, al interrelacionarlas se aumenta la validez y la consistencia de los hallazgos (95).
5. Elaboración del informe etnográfico: suele ser una tarea complicada. La redacción, tras muchas horas de lectura (diarios campo, grupos focales, etc.), resulta difícil por cuestiones de expresión (se requiere de rigurosa disciplina), reflexión y dedicación; los informes suelen tener unos plazos, y aunque estos tengan que ser reflexivos, en ocasiones, el tiempo se echa encima.

Tal y como afirma Stake (143) : “La página no se escribe sola, sino cuando se descubre, y se somete a análisis, el ambiente adecuado, el momento adecuado, mediante la lectura repetida de las notas, con la reflexión profunda, para que después se revele el sentido y se nos escriba la hoja”.

En este estudio se consideró utilizar un método para generar teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social con una base empírica, tal y como señalaba Kendall (144). El objetivo de análisis será crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas. Se trata del método comparativo constante, desarrollado por Glaser y Strauss (145) en 1967. Los investigadores están en busca constante de semejanzas y diferencias a través del análisis de los incidentes contenidos en los datos, y son capaces de crear patrones de comportamiento en aquellas que se repiten. En él se distinguen hasta cuatro etapas o estadios que son los principales momentos del análisis cualitativo (136):

1. Comparación de incidentes y su categorización: se comparan incidente a incidente, asignando tantas categorías como sea necesario. Los incidentes se pueden comparar en la categoría del mismo grupo o en otros grupos diferentes.
2. Integración de categorías y propiedades: las categorías se integran para formar el núcleo de la teoría emergente. Las preguntas que surgen van a servir de guía a la recogida y análisis de los datos, permitiendo a la saturación teórica y dando sentido a las categorías.
3. Conceptualización teórica y reducción de la teoría: se produce al reducir el listado original de categorías para dar forma a las explicaciones teóricas.
4. Escritura de teoría: pretende plasmar por escrito una serie de ideas que provienen de la clasificación teórica. Recoge las aportaciones sistematizadas de las etapas anteriores.

En síntesis, los datos generados en esta investigación a través de las técnicas de recogida de datos anteriormente mencionadas, serán presentados en tres fases que constituyen tipos de operaciones diferentes con los datos, no de forma lineal, como aquí los presentamos, sino de forma circular y dialéctico, como hemos expresado en apartados anteriores. Tal y como expresa Medina (146), son tres momentos diferenciados pero un solo proceso infragmentable y estos son:

1. Codificación de las unidades de significado y agrupación en categorías.
2. Identificación de los temas principales o núcleos temáticos («metacategorías»).
3. Integración e interpretación de los resultados en base al marco teórico construido.

Una vez obtenidos los datos de esta investigación y para ayudar a nuestro proceso de análisis se utilizó la herramienta computacional Atlas. Ti, en su versión 7.5.16. Nos permitió organizar, reagrupar y gestionar los datos obtenidos de nuestras observaciones, de nuestras transcripciones y de nuestros vídeos, ya que este programa te permite codificar desde formatos de texto, audio y vídeo. En ningún caso este programa nos sirvió para guiar el proceso de análisis, sino como instrumento facilitador en el almacenamiento y búsqueda de nuestra información, permitiendo que el investigador se centrara en el análisis del contenido.



### 5.5.1 Codificación de las unidades de significado y agrupación en categorías

Se entiende por unidad de significado aquellos datos como palabras, citas, personas, conceptos, etcétera que representan una misma idea y que son relevantes para nuestra investigación y de los que queremos averiguar su frecuencia de aparición y así determinar su importancia. Al principio del proceso de análisis estas unidades se las va a renombrar y se van a reagrupar en categorías para captar mejor el contenido de su texto de campo (88).

En esta primera fase, se ha realizado el desarrollo de las descripciones de las unidades de significado que el personal sanitario experimenta ante una PCIH. Para conseguirlo, se han realizado múltiples lecturas de los datos recogidos en el cuaderno de campo de las OP realizadas *in situ* de los casos de PCIH, de las transcripciones de mis grupos focales y de las notas de campo generadas en las fuentes documentales. Esto nos permitió obtener una idea general del contenido y conocer los temas principales que surgían de los participantes.

En una segunda fase, se ha llevado a cabo la codificación o segmentación del corpus de los datos, es decir, se han agrupado segmentos del texto con el mismo sentido semántico. Los temas a los que aluden estas unidades de significado, que tienen relevancia para alcanzar los objetivos de nuestro estudio, constituirán las categorías, el resto serán descartados. Este proceso de generación de categorías se considera inductivo, abierto y generativo, es decir, a cada unidad de significado relevante le otorgábamos un código con el que habíamos identificado la categoría, y que se correspondía con el tema que aparecía en el texto.

Después de un largo y dificultoso trabajo, a través del método de las comparaciones constantes, las categorías fueron constantemente redefinidas y modificadas por aquellas que realmente se ceñían a nuestros objetivos de investigación. A medida que iban apareciendo nuevas unidades de significado, se comparaban con las existentes para incluirlas en una de ellas. Las categorías, por su parte, también eran comparadas entre ellas para permitir su fusión o su división si pensaba que eran demasiado heterogéneas. El proceso de creación de categorías finalizó cuando comprobamos que habíamos alcanzado la saturación de datos.

Al final de este proceso encontramos 740 unidades de análisis que, en consecuencia a nuestros objetivos de investigación, fueron agrupadas en 9 categorías emergentes que están definidas en la siguiente tabla (ver tabla 9):



**Tabla 9: Categorías emergentes y su definición.**

CATEGORÍAS	DEFINICIÓN
1. Emoción/sentimientos	Expresiones psicofisiológicas que experimentan los miembros de personal sanitario sujetos de estudio ante diferentes situaciones dentro de la PCR. Pueden ser potenciadoras o limitadoras. Se alude a la palabra «sentimientos» entendida como el resultado de la emoción.
2. Acción/reacción	Expresan las características del momento. Manera o forma de actuar que tienen en la situación de PCR.
3. Relación con Paciente/Familia	Diferentes vínculos, y características de los mismos, que pueden establecerse entre el profesional-paciente o entre profesional-familia.
4. Desenlace final	Acontecimientos que surgen en el instante en que finaliza la acción. Maneras de afrontarlo.
5. Personal sanitario	Integrantes esenciales del equipo que llevan a cabo tareas para reestablecer la circulación sanguínea espontánea.
6. Formación/educación	Elementos importantes que debe contener el proceso de aprendizaje en este ámbito.
7. Comunicación Mixta	Intercambiar información entre dos o más participantes con el objeto de transmitir o recibir un mensaje mediante signos lingüísticos (palabras) o no lingüísticos (expresión facial, mirada, gestos y postura).
8. Recursos/estrategias	Elementos que se requieren para el buen desarrollo de la técnica de Soporte Vital. La palabra «estrategias» entendidas como conjunto de actividades para lograr de forma los objetivos.
9. Necesidades	Sensación de carencia unida al deseo de satisfacerla para abordar la situación en condiciones óptimas.

*Origen: Elaborada por la autora Tesis, 2016*

Para conocer cómo están distribuidas las 740 unidades de análisis, según la fuente de información generada y en función de las categorías emergentes, se elaboró la siguiente tabla (ver tabla 10) con la finalidad de destacar aquellas categorías que fueron abordadas con mayor frecuencia, y su peso relativo en cuanto al total de categorías, es decir, la relevancia de las mismas.



**Tabla 10: Unidades de significado agrupadas por fuente de información y categoría.**

CATEGORÍAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO CÓDIGOS					
	OP	GRUPOS FOCALES (FOCUS GROUPS)				FUENTES DOCUMENTALES
	IN SITU	AUX	DUI	MAD	Total	SIMULACROS
1. Emoción/ Sentimientos	20	22	34	38	94	17
2. Acción/ Reacción	17	22	37	32	91	15
3. Relación con Paciente/Familia	3	17	26	35	78	3
4. Desenlace Final	6	9	10	7	26	-
5. Personal Sanitario	15	23	38	65	126	15
6. Formación/ Educación	1	19	20	32	71	4
7. Recursos/ Estrategias	-	6	8	6	20	1
8. Necesidades	-	11	14	19	44	2
9. Comunicación Mixta	42	-	-	-	-	29
Total Fuentes	104	129	187	234	550	86
TOTAL Unidades de significado	740					

Origen: Elaborada por la autora Tesis, 2016

La elevada frecuencia en que han aparecido estas categorías, en la mayoría de las técnicas de recogida de información, me ofreció una aproximación sobre los núcleos temáticos que eran más relevantes para el personal sanitario. Se desestimaron todas aquellas que aparecían en una técnica o aquellas que no se ceñían a los objetivos de esta investigación.

Después de esta primera visión global, y si comparamos unas categorías con otras, observamos que existen ciertas categorías con más unidades de significado, entre 76 y 156, que permiten observar el interés de los participantes. Todas ellas están presentes, en mayor o menor medida, en las técnicas de recogida de datos (ver tabla 11).

**Tabla 11: Categorías emergentes con mayor relevancia entre los participantes.**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>Unidades de significado</b>
<b>Personal sanitario</b>	156
<b>Emoción/Sentimientos</b>	131
<b>Acción/Reacción</b>	123
<b>Relación con Paciente/Familia</b>	84
<b>Formación/Educación</b>	76

*Origen:* Elaborada por la autora de la Tesis, 2016.

El resto de categorías que han obtenido menos unidades de significado, entre 21 y 71, también han sido incluidas en nuestra investigación para no perder aspectos, considerados importantes, en esta investigación. Su importancia recae por estar presentes en la mayoría de las técnicas de recolección o por su alta cuantía de unidades de significado.

Si, de modo más concreto, realizamos una comparación entre los diferentes grupos focales y las categorías emergentes, observamos que estas tienen diferente relevancia entre ellos. Aunque están presentes en las tres, existen categorías, como la de personal sanitario y la de formación/educación, que presentan un mayor número de unidades en el grupo de los médicos, de manera significativa, con respecto al resto. Y, a modo de

curiosidad, observamos un índice menor en la relación con paciente/familia en el grupo de las auxiliares, cuando son las que más parecían interesarse por esta relación.

Para finalizar, este análisis transversal, resulta importante resaltar que las categorías expuestas han sido las de mayor frecuencia, en pertenencia al tema a investigar, pero eso no significa que me haya decantado por una aproximación cuantitativa al análisis de los datos obtenidos. Esta primera parte me ha servido para conocer la cantidad de evidencias existentes y sobre las que me basaré para interpretar y comprender la información, siempre en concordancia a los objetivos de esta investigación. Creo importante recordar que uno de los principales objetivos de la IC, en palabras de Erikson (147), es: “Convencer al auditorio de que existe una adecuada base de evidencia para las afirmaciones efectuadas y que los patrones de generalización dentro del conjunto de datos son tal y como el investigador afirma que son”.

### 5.5.2 Identificación de los temas principales o núcleos temáticos (Metacategorías)

Una vez superada la primera fase de análisis, se realiza un proceso de comparación entre las categorías emergentes buscando similitudes estructurales, teóricas y, sobre todo, entre las unidades de significado obtenidas, con la finalidad de destacar la relevancia asignada por los participantes en las técnicas de recogida de datos y en concordancia a los objetivos del presente estudio. El resultado de este proceso ha sido la creación de tres metacategorías, donde he identificado los principales temas capaces de captar la realidad que he observado y cómo es descrita por el personal sanitario en una situación de PCIH. “Su construcción es simultánea e interactiva a la emergencia de las categorías”, tal y como señala Medina (146).

En síntesis, esta agrupación en metacategorías o núcleos temáticos no son extrañas a nuestras categorías, sino que son el reflejo de las perspectivas de todas las personas que han participado en este estudio. Esta afinidad temática conlleva a los siguientes dominios:

1. Percepciones del personal sanitario en situación inusual y emergente, PCIH.
2. De la teoría a la práctica en la realización del trabajo en equipo.
3. Conocimientos de mecanismos de mejora hacia la calidad asistencial.

Cada núcleo temático (dominio o metacategoría) está compuesto por unas determinadas categorías y unidades de significado. A continuación, mostraré las tablas que reflejan la relevancia de cada una de ellas en el total de las categorías emergentes, en la relación con su frecuencia, y su definición para facilitar la comprensión de este segundo apartado de mi análisis.

#### 5.5.2.1 PERCEPCIONES DEL PERSONAL SANITARIO EN SITUACIÓN INUSUAL Y EMERGENTE, PCIH

Esta metacategoría engloba todos aquellos aspectos relacionados con las emociones y sentimientos que se generan en el personal sanitario en este tipo de situaciones, en las que se ha de actuar y reaccionar de una determinada manera, y en la que se establecen unas relaciones con la familia que se verán influenciadas por el desenlace final (ver tabla 12).

Tabla 12: Metacategoría 1-Percepciones del personal sanitario en situación inusual y emergente, PCIH

CATEGORÍAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Emociones/Sentimientos	131
Acción/Reacción	123
Relación paciente/Familia	84
Desenlace Final	32
<b>TOTAL Unidades de significado</b>	<b>370</b>

Origen: Elaborada por autora de Tesis, 2016.

#### 5.5.2.2 DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO

Esta nueva metacategoría recoge aquellos aspectos más importantes relacionados con el trabajo en equipo que se genera en estas situaciones, diferente de la teoría existente a la pura realidad. Elementos tan esenciales como son: el personal sanitario, desde perspectivas diferentes en función de la categoría profesional que



observamos, y la necesidad de formación sentida y la comunicación, tanto verbal como no verbal, establecida entre ellos en el momento del PCR adquieren una gran relevancia para lograr un trabajo en equipo óptimo según bases teóricas (ver tabla 13).

**Tabla 13: Metacategoría 2-De la teoría a la práctica en la realización del trabajo en equipo.**

CATEGORÍAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
Personal sanitario	156
Formación/Educación	76
Comunicación Mixta	71
<b>TOTAL Unidades de significado</b>	<b>303</b>

*Origen:* Elaborada por autora de Tesis, 2016.

### 5.5.2.3 CONOCIMIENTOS DE MECANISMOS DE MEJORA HACIA LA CALIDAD ASISTENCIAL

Esta última metacategoría identifica aquellos elementos que son utilizados por las diferentes categorías profesionales como estrategia para obtener un buen control de la situación generada y aquellas necesidades percibidas para mejorar su actuación ante una PCR. Se realiza una comparativa entre las diferentes profesiones, destacando aquellas que surgen en los tres grupos, y se identifican aquellos que los participantes encuentran como positivos y que permiten sentirse útiles. Se perseguirá obtener una buena calidad asistencial, elemento requerido en auge por las instituciones sanitarias en las últimas décadas (ver tabla 14).

**Tabla 14: Metacategoría 3-Conocimientos de mecanismos de mejora hacia la calidad asistencial.**

CATEGORÍAS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<b>Necesidades</b>	46
<b>Recursos/Estrategias</b>	21
<b>TOTAL Unidades de significado</b>	<b>67</b>

*Origen:* Elaborada por autora de Tesis, 2016.

### 5.5.3 Integración e interpretación de los resultados en base al marco teórico construido

Para finalizar, he realizado una tercera fase que consiste en interpretar y reconstruir los datos obtenidos en información, a través de las unidades de significado, categorías emergentes y su agrupación en metacategorías o núcleos temáticos. Globalmente, con la ayuda de todos estos elementos descritos, se consigue explorar la experiencia de los profesionales sanitarios ante una PCIH y, de manera más concreta, alcanzar nuestros objetivos específicos. A continuación, expongo la relación establecida de estos núcleos temáticos y los objetivos:

#### **1. Percepciones del personal sanitario en situación inusual y emergente, PCIH.**

Gracias al análisis e interpretación de este dominio se pudieron comprender los objetivos específicos enumerados anteriormente como 1 y 2:

- Comprender los pensamientos, emociones y reacciones que se generan en los profesionales sanitarios ante una PCR.
- Determinar si se producen diferencias en función de las categorías profesionales.

#### **2. De la teoría a la práctica en la realización del trabajo en equipo.**

En este caso se pudo responder al objetivo enumerado como 3:

- Conocer si existe un trabajo en equipo ante una PCIH y si existen dificultades para desarrollarlo de manera efectiva.

### **3. Conocimientos de mecanismos de mejora hacia la calidad asistencial.**

Para finalizar, con esta metacategoría se pudo responder al último objetivo de esta investigación, enumerado con el número 4:

- Identificar necesidades y recursos y estrategias para mejorar, en un futuro, la formación en SV.

Su posterior análisis y comprensión de estas tres metacategorías tendrá lugar en el apartado de resultados.



## 5.6 CRITERIOS DE RIGOR

El papel de los investigadores cualitativos es entender e interpretar qué está sucediendo y ello se convierte en una tarea difícil, por un lado, porque los investigadores no pueden abstraerse totalmente de su propia historia, de sus creencias y de su personalidad, y por otro, por la complejidad de los fenómenos humanos. Se trata de una investigación en tiempo «real», donde los sucesos y los eventos siguen un curso natural que no siempre es predecible. Sin embargo, existen maneras de extrapolar los resultados de un investigador a otro siempre y cuando se mantenga la misma perspectiva, y las mismas reglas de recolección y análisis de los datos (148).

Cuando hablamos de calidad de un estudio solemos referirnos a su rigor científico. Una investigación no válida no es verdadera, pues carece de credibilidad. La validez ha constituido siempre una preocupación en la investigación educativa y se convierte en la línea divisoria entre lo aceptado y lo no aceptado. En la IC el significado de validez ha sido reformulado como «construcción social del conocimiento» otorgando un nuevo énfasis a la interpretación (149).

Los criterios tradicionales para valorar la calidad de un estudio de investigación son: la validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad. Estos cánones o estándares que se utilizan para juzgar los estudios cuantitativos son totalmente inapropiados para evaluar el rigor científico de los estudios cualitativos por tratarse de diferentes raíces ontológicas y epistemológicas que deben comprenderse, respetarse y mantenerse a lo largo de todo el proceso investigativo (148).

A pesar de que muchos autores han intentado utilizar estos criterios positivistas en sus IC, se ha comprobado con los años que no era legítimo articularlos con este fondo epistemológico. Se genera pues la tesis *kuhniana* sobre la que se generan normas propias que se adecuen a los postulados de dicha investigación (149). El trabajo más representativo es la obra de Guba y Lincoln (150) en la que los autores proponen, en 1985, cuatro términos alternativos en el marco de lo que ellos denominan «Investigación Naturista» (IN). Otros autores como Miles y Huberman (151) han desarrollado propuestas similares al presentar un patrón alternativo a los criterios de rigor convencionales (ver tabla 15).

**Tabla 15: Términos convencionales y alternativos de criterios de calidad en la IC**

<b>Aspecto</b>	<b>Término convencional</b>	<b>Guba y Lincoln (1985)</b>	<b>Miles y Huberman (1994)</b>
Valor de verdad	Validez interna	Credibilidad	Autenticidad
Aplicabilidad	Validez externa	Transferibilidad	<i>Fittingness</i>
Consistencia	Fiabilidad	Dependencia	<i>Auditability</i>
Neutralidad	Objetividad	Confirmabilidad	Confirmabilidad

*Origen:* Sandín Esteban M.(149).

Como los elementos propuestos por Guba y Lincoln (150) son los más paralelos a los convencionales porque tienen sus orígenes en las raíces positivistas, serán los utilizados en esta investigación. Estos elementos son los siguientes:

La credibilidad, entendida como elemento indispensable para garantizar la veracidad del estudio, se logra cuando el investigador, a través de sus observaciones y conversaciones con sus participantes, descubre información que es reconocida por los informantes como verdadera. Es una aproximación sobre sus pensamientos y sentimientos. Para conseguirlo, el investigador realizó una escucha activa, mostró empatía y reflexionó sobre lo observado. La credibilidad fue alcanzada en esta investigación porque los hallazgos fueron confirmados por los participantes del estudio y revisados junto a la moderadora, en el caso de los GF. Según Castillo y Vázquez (152) a las personas les gusta participar en la revisión para reafirmar su participación y porque desean que los hallazgos sean los más creíbles y precisos.

Para aumentar la credibilidad de cualquier IC, la triangulación adquiere un papel muy relevante. Se trata de una estrategia de validación de los datos obtenidos que pretende controlar el sesgo personal del investigador, cubriendo sus deficiencias intrínsecas, tal y como señala Arias Valencia (153). Generalmente, se describen cuatro tipos: de expertos (varios investigadores ponen en común sus diferentes visiones sobre el tema u objeto de estudio), de espacios y tiempos (consiste en aplicar diferentes técnicas de recogida de información en diferentes espacios y tiempos, y poder observar si los resultados son constantes), de sujetos (contrasta los puntos de vista de los participantes del estudio) y de métodos (compara la información obtenida a través de diferentes técnicas). En esta investigación se utilizó la triangulación de métodos, en la que se contrastó la información

de la observación participante, los grupos focales y las fuentes documentales, con la finalidad de poder determinar la congruencia de los resultados (142).

Otro aspecto importante que aportó credibilidad a este estudio fue la naturalidad con la que actuaron los participantes. La investigadora formaba parte del grupo y su presencia no alteraba la realidad de los hechos. No era percibida como una presencia amenazadora, sino que su presencia pasaba desapercibida, era un hecho habitual. La estancia permanente en el campo favoreció que la investigadora pudiera recoger datos de situaciones reales de PCR desde su llegada al campo, sin necesidad de informantes ni porteros que pueden alterar la información. El gran conocimiento de la situación permite que la investigadora necesite de menor tiempo para alcanzar la comprensión de la realidad, a diferencia de aquellas personas que necesitan adquirir una experiencia previa a la observación.

Todos los datos obtenidos fueron sometidos a una comprobación por los participantes del estudio. Aspecto que ha garantizado en las tres técnicas de recogida de datos. En la OP se estableció un proceso de retroalimentación o *feedback* después de cada situación observada con los integrantes del equipo. En los GF, los participantes pudieron revisar las transcripciones donde se les permitió realizar modificaciones con la supervisión de la investigadora y del moderador. En las FD se realizó un *debriefing* que favoreció la expresión de los participantes, permitiendo la recogida de comentarios y aclaraciones.

La transferibilidad se refiere a en qué grado se ajustan los resultados a otro contexto. La posibilidad de ampliar los resultados a otras poblaciones. Para ello se requiere la descripción detallada del lugar y de los sujetos donde el fenómeno fue estudiado. Corresponde con el proceso de generalización o validez externa, el cual permite aplicar los hallazgos obtenidos a otra situación similar a la investigada. Según Castillo y Vázquez (152) puede ser difícil de controlar por las diferentes variables que pueden afectar a los hallazgos. Sin embargo, en nuestro estudio se indicó lo reiterado en las respuestas de los informantes y se examinó la representatividad como un todo.

La dependencia es paralela al concepto de confiabilidad. Este es el grado de similitud de las respuestas observadas entre el contexto del investigador y el investigado, es decir, del participante. Goetz y LeCompte (154) señalan que la confiabilidad representa el nivel de concordancia interpretativa entre las diferentes observaciones, evaluadores o jueces del mismo fenómeno; por ello, esta depende de la solución a sus problemas de diseño interno

y externo. La confiabilidad interna correspondería a las concordancias entre varios investigadores que, ante la misma situación, concuerdan en sus conclusiones. La externa se logra cuando al replicar un estudio diferentes investigadores llegan a un mismo resultado. Correspondería, en definitiva, el grado en que los datos se repetirían si repitiéramos la investigación. En nuestro estudio, hemos triangulado entre diferentes métodos y hemos obtenido los mismos resultados. En las fuentes documentales se aprecian los mismos resultados, clasificados en categorías, que decían haberse encontrado en situaciones reales, en los GF.

Para finalizar, la confirmabilidad se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista de lo que hizo otro. Para ello, según Guba y Lincoln (150) refirieron que es necesario un registro o documentación con las decisiones e ideas que ese investigador tuvo en su estudio. Esta estrategia permite examinar datos y llegar a conclusiones, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas. En nuestro estudio se comparó con varios estudios realizados en varios hospitales de Suecia, donde se investigó las actitudes hacia una PCIH o donde se investigó si la formación en RCP modificaba la percepción en las PCIH. En estos estudios se observan similitudes al nuestro y están realizados con otros investigadores.

Otro aspecto que nos ayuda a obtener esa neutralidad requerida es la triangulación de métodos, anteriormente explicada, y la reflexión realizada en todo el proceso, desde el inicio hasta el fin de la investigación, para determinar lo consciente que ha de ser el investigador de toda la situación generada. Los posibles sesgos, tal y como señalaba Calderón (155), vendrían determinados por una “falta de reconocimiento de los efectos del investigador en el objeto de estudio”.





## 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

---

El propósito de este apartado es facilitar la comprensión de las experiencias vividas por el personal sanitario, en su realidad, ante una PCIH. Para conseguirlo, se me presentó un gran desafío por intentar traducir la enorme cantidad de información obtenida, a través de las diferentes técnicas, análisis y las elevadas reflexiones que he ido elaborando a lo largo de todo el proceso, en varias páginas de lectura comprensible. Su presentación es una manera de describir el estudio a otras personas de manera clara, creíble y representando la realidad que ha sido investigada (154). Es la culminación de este proceso de investigación.

Existen diferentes formas de exponer la narrativa de los resultados en una IC. De entre ellas, se ha elegido la descripción de los núcleos temáticos o metacategorías emergentes durante mi análisis de los datos, siempre en coherencia con mi marco teórico y con mis objetivos de estudio. Aunque aparecen en un apartado anterior, claramente enumerados, es relevante que se recuerde cuáles son:

1. Percepciones del personal sanitario en situación inusual y emergente, PCIH.
2. De la teoría a la práctica en la realización del trabajo en equipo.
3. Conocimientos de mecanismos de mejora hacia la calidad asistencial.

Tal y como he señalado anteriormente, cada metacategoría contiene una serie de categorías, que integran las unidades de significado resultantes del análisis de los datos, a partir de las que se iniciará la interpretación de los mismos. Datos obtenidos de las tres técnicas realizadas en el presente estudio. Para garantizar su credibilidad y veracidad de los mismos, se ha creído oportuno designar a las citas de cada técnica de la siguiente manera:

- En la técnica de OP, la cita irá acompañada de un número, que indica el caso observado, y de una abreviatura, LID (Líder) o EQ (miembros del equipo), que hará referencia en quién se ha observado ese tipo de comunicación, emoción o dificultad. Tal y como se expresa, a modo de ejemplo, en la siguiente cita:

OP 1- LID: Caso número 1 y lo que observamos es en el líder del equipo.

- En el GF, la cita irá acompañada por el número del grupo que nos estemos refiriendo, enumerados del 1 al 3. Siendo el 1 el grupo de las auxiliares, el 2 el de las enfermeras o DUE y el 3 de los médicos adjuntos. Seguidamente, aparecen varias cifras, separadas por dos puntos, que señala el momento en el que aparece en la transcripción; primero aparece el concepto minuto y después segundos. A modo de ejemplo:

GF 2- 2:11 Grupo de discusión número 2, el de las DUE, y a los 2 minutos con 11 segundos de la transcripción.

- Referente a la tercera técnica, las FD, la designación será muy parecida a la de las OP. Encontraremos, después de las siglas, el número de la fuente, que puede ser 1 o 2. Siendo 1 el simulacro avisado a los miembros del equipo de primera intervención y, 2 el simulacro realizado sin previo aviso, por sorpresa. Y después, observaremos de quién hemos observado esa comunicación, emoción o dificultad. Las abreviaturas serán LID, para señalar al líder, y EQ, para designar al resto del equipo. A modo de ejemplo:

FD 1- EQ: información recogida de la fuente documental 1, simulacro avisado, y de algún integrante del EQ.

### *6.1 PERCEPCIONES DEL PERSONAL SANITARIO EN SITUACIÓN INUSUAL Y EMERGENTE: PCIH*

Esta primera metacategoría pretende comprender e interpretar aquellos procesos mentales mediante el cual una persona (en este caso el personal sanitario escogido) selecciona, organiza e interpreta la información que proviene de sus propios sentimientos y emociones, a partir de su propia experiencia en la PCR en su lugar de trabajo habitual. Se indagará en cómo actúan o reaccionan ante esta situación inusual y emergente, y en cuáles son los vínculos que se generan entre los diferentes personales y el paciente y/o la familia de este, ante diferentes acontecimientos, ya que pueden verse modificados y generar una nueva representación de la realidad del entorno.

### 6.1.1 Emociones y sentimientos experimentados por el personal sanitario

La palabra emoción viene del latín *emotio* y su definición, según el diccionario de la Real Academia Española (RAE) es “alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática” (156). La existencia de diferentes enfoques y modelos teóricos donde enmarcar este concepto, a lo largo de su historia, ha contribuido a la dificultad por definirla de manera universal. Pero, en 1981, el matrimonio Kleinginna (157) realizaron un gran trabajo de recopilación de diversas fuentes y obtuvieron la siguiente definición: “Conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuro-hormonales, que pueden dar lugar a experiencias afectivas que pueden ser los sentimientos de excitación, placer o disgusto”.

Al principio, este concepto despertó especial interés en filósofos y pensadores, como Platón y Aristóteles, y no es hasta finales del siglo XIX, después de la obra de William James, tal y como señala Fierro (158), cuando se empieza a adquirir especial interés por científicos de diferentes áreas. Es cuando surgen las teorías que defienden la idea de que las emociones son características biológicas presentes en todos los seres humanos, innatas y universales, a partir de las que se originan las emociones secundarias, que no son más que el resultado de la combinación de las diez fundamentales que, según Izard (159), son: alegría, miedo, sorpresa, culpa, vergüenza, tristeza, asco, desprecio, interés y rabia.

En esta investigación, la aparición de las diferentes emociones y sentimientos experimentados por el personal sanitario ante una PCIH es frecuente en todas las técnicas de recogida de datos. En una primera aproximación, se observa en los tres casos clínicos presenciados por el investigador, emociones de **asombro, sorpresa, tensión** debido a que se trata de una situación inesperada por el equipo asistencial. Aparece un marcado **nerviosismo e irritabilidad** por parte de todos sus miembros. En el caso 3, víctima pediátrica, se observa además una mayor **tristeza, miedo y enojo**, si comparamos con los otros dos casos de víctimas adultas, y un estado de **culpabilidad, rabia e impotencia** que lleva a manifestarse por miembros del equipo como:

“Estos casos no deberían pasar”

OP 3- EQ

En los GF todos manifiestan una afectación sentimental al establecer, de manera involuntaria, una relación de empatía, que sorprendentemente se manifiesta con mayor

intensidad en el GF 3, el de los MAD, junto con una elevada **impotencia, frustración y pena** que viene determinada, en mayor o menor medida, si se trata de un paciente propio o ajeno.

“Si un paciente es mío, hay una relación, un vínculo. Una mayor responsabilidad”.

GF 3-2:9

“El vínculo que estableces al empezar a tratarlo... es esencial, y cuando ves que no va bien, una de las cosas que piensas es en que no hayas hecho algo bien al inicio”.

GF 3-2:13

En el GF 1, el de las auxiliares, se observa mayor **nerviosismo, preocupación, miedos e inseguridad** con respecto a los otros dos grupos, básicamente marcado por un sentimiento de inutilidad, que únicamente presenta esta categoría profesional.

“Pienso que viene todo el mundo...y que hacemos más de una cosa que no sirve”.

GF 1-40:48

“Estás en el teléfono y te sientes un poco inútil mientras esperas a que responda el mensaje de que se ha activado el busca de paros”.

GF 1-44:40

“A la hora de la verdad, las auxiliares en caso de una PCR no estamos”.

GF 1- 43:25

“La cosa importante es que hayas llamado bien, no te hayas equivocado”.

GF 1-43:50

En el GF 2, el de las DUE, se observa mayor **confusión, ansiedad y estrés** unido a miedo a equivocarse en la realización de alguna tarea por escasa experiencia. Sentimiento que únicamente manifiestan ellas de manera tan explícita. Manifiestan que las emociones que experimentan son diferentes en función de la situación, básicamente de cómo se hayan producido los hechos y, sobre todo, de la edad de la víctima.

“Sabes que te viene un momento de mucho estrés, de hacer muchas cosas y muy complicadas y que te genera ansiedad”.

GF 2-2:11

“Momento de confusión... cuando no estás acostumbrado al equipo con el que estás. Miras a tu compañera y si ella pone la vía, yo pongo el monitor”.

GF 2- 3:21

“Depende mucho de la edad, de las enfermedades que presente, de la manera en qué ha pasado...”.

GF 2-10:19

En las FD se observa gestos de **sorpresa** y **tensión** en ambos simulacros con la misma intensidad, en cambio, existe mayor **preocupación, nerviosismo y enojo** en el simulacro 2, influenciado por el factor desconocimiento de la situación, por tratarse una situación inesperada, como en el caso real.

“Muestran cara de sorpresa y de miedo. Están extrañados por la situación generada. Los gestos son de tensión y nerviosismo”.

FD 1-EQ

“A su llegada se mostraron un poco enojados porque se pensaban que era un caso real... Se miraron entre ellos con cara de sorpresa. Aumentaron el parpadeo, con preocupación, intentando recordar las secuencias que habían aprendido seis meses antes. Los gestos eran de tensión y nerviosismo”.

FD 2- EQ

“A su llegada al servicio de rehabilitación, se observa sorprendida. Desconocía la situación y se pensaba que era real. Se mete rápidamente en el papel. Está nerviosa, realiza movimientos con los brazos rápidos e incontrolados”.

FD 2-LID

Después de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica se ha observado poca literatura en España que exprese las emociones y sentimientos experimentados por el personal

sanitario ante este tipo de situaciones. La encontrada se centra en ámbitos formativos y en relación a los usuarios (160), no en conocer qué sienten para poder comprender sus reacciones. En la mayoría de estudios encontrados, ya de ámbito internacional, encontramos que las emociones más trabajadas son el estrés manifestado por cualquier miembro del equipo. Resultando un factor que influye de manera negativa en la calidad de la RCP por perturbar el rendimiento del profesional (161,162).

Para mejorar su actuación, empiezan a surgir voces que defienden la necesidad de formar al personal sanitario en habilidades emocionales, y de manera más específica en el ámbito de la enfermería (163), tal y como aconsejaban las guías de la ERC desde hace ya bastantes años. No olvidemos, como ya señalaba Damasio (164), que las emociones juegan un papel fundamental en las valoraciones, juicios y las decisiones que se derivan.

#### 6.1.2 Acción y reacción que manifiestan en el momento de la PCR

Los principales factores psicofisiológicos que intervienen en las reacciones individuales en situaciones críticas son la personalidad y el nivel de formación, entre otros. A nivel de personalidad, se refiere en cómo una persona está constituida a nivel de estructura, es decir, si se trata de un histérico (conductas exageradas, infantiles y primitivas), de un depresivo (conductas pesimistas y desmoralizantes) o de un obsesivo (de ideas fijas e irrechazables). A nivel de formación, se observan diferencias en aquellas que poseen mayor grado de instrucción por que muestran mayor autocontrol de la situación, en cambio, en niveles bajos de formación se encuentran conductas frecuentes de inseguridad, desconcierto y menor cooperación (165).

En esta investigación, no nos vamos a centrar en los diferentes rasgos de personalidad que presenta nuestro personal para así determinar qué acciones o reacciones presentarían, sino que vamos a observar qué tipo de reacciones presentan ante este tipo de situaciones las tres categorías profesionales con formación de base diferente, referente a conocimientos en medicina, pero con instrucción semejante, ya que todos han realizado un curso de entrenamiento según las directrices de la ERC/CCR.

En un primer análisis, en los tres casos observados se actúa de manera **rápida**. Se genera una situación de **caos** y **descontrol** en unos primeros instantes, pero, pasados unos

minutos, se instaura la calma, es decir, se tienden a **tranquilizar** una vez superan la fase de sorpresa y desconcierto, y en la que cada miembro adquiere su rol. Aparecen actos de nerviosismo de manera generalizada, como **aumento del parpadeo**, en cambio permanecen **inmóviles** ante la víctima, a excepción de algún miembro que se moviliza para abastecer de aquellos materiales necesarios, en este tipo de situaciones, y que no se encuentran en la sala donde acontecen los hechos, como es el aparato de electrografía (ubicado fuera de los boxes) o la caja de intubación difícil (ubicado solo en el box de PCR).

“Queda rígido ante la víctima. Aumenta el parpadeo. Realiza gestos de nerviosismo, rápidos y poco precisos. Desconoce qué ha podido pasar”.

OP 2-LID

“Las caras expresaban velocidad. Nadie miraba a nadie en concreto, solo a la víctima y al monitor. Todos permanecían inmóviles en la zona que ellos mismos se habían agenciado. Uno de ellos comentó que ‘se respiraba tensión’”.

OP 1-EQ

En el caso pediátrico, a diferencia de los de víctimas adultas, se observa un silencio sepulcral en la sala. Los miembros actúan con mayor serenidad, adoptando una tarea específica, y en un contexto donde se establece una comunicación más dirigida, con las mínimas interrupciones posibles. A pesar de que se presentan menos casos de este tipo, muestran una percepción de autoeficacia mejor que los otros casos. A modo de reflexión, esto ocurre porque existe mayor implicación ética por parte del equipo sanitario. Muestran tener la necesidad de prestar mayor concentración para conseguir salvar la vida de la víctima, ya que han de rendir cuentas a los padres y considerar el mejor interés del niño (166). Manifiestan sentir mayor empatía.

“A su llegada, su expresión facial es de sorpresa. Al ver que se trataba de un lactante, expresa tristeza y bastante miedo. Comenta tener un hijo de la misma edad”.

OP 3- LID

“Empiezan a manifestar rabia e impotencia, pero nadie es capaz de parar”.

OP 3-EQ

A nivel de los GF, todos coinciden que, al tratarse de una situación **inusual**, tienden a reaccionar de manera **caótica**. Asumen que han de reaccionar con **rapidez**, pero que este **descontrol** les lleva a cometer **equivocaciones** que podrían subsanarse con una mejora en la formación. Actúan con un alto nivel de exigencia y conocen cuál es su prioridad en la situación generada, salvar la vida del paciente. Referente al primer GF, el de las auxiliares, se observa que conocen claramente cuáles son sus funciones: **avisar** al resto del equipo multidisciplinar mediante la activación de un «busca personas» y **traer el carro de PCR** al lugar de los hechos. A partir de aquí, vigilar que no falte de nada y **ayudar** a la DUE o al médico. Algunas piensan que podrían realizar más tareas, pero que no las hacen por miedo a que sean acusadas de intrusismo laboral.

“A por el carro... correr a buscar el carro”.

GF 1-1:15

“Primero llamar al número de paros”.

GF 1- 1:20

“Aquí se acaba la intervención de la auxiliar... cualquiera se pone a canalizar una vía.

Te cae una bronca que..., te dirían que qué haces, que eso lo hace la enfermera”.

GF 1-40:45

En el GF 2, el de las DUE, destacan que se trata de un momento complicado en el que deben **pedir ayuda**, aspecto que no se contempla en el GF 3, el de los MAD. Manifiestan que existen diferencias en la actuación en relación al equipo que participa, debido a la manera de reaccionar cada integrante, y de si la PCR se produce en un turno de día o de noche, a causa de la cantidad de personal presente en las PCR. Por un lado, coinciden en que demasiada asistencia de profesionales en el escenario es perjudicial en la calidad de la PCR, tal y como refiere Citolino (161). Y, por otro lado, el no ser los suficientes provoca un aumento en la sobrecarga asistencial. El estrés junto a la presión asistencial interaccionaría siendo unos de los motivos precursores del famoso síndrome de «*Burnout*» de los profesionales sanitarios (167).



“Además vamos cambiando tanto de compañeros, que si nos dejaran con los mismos nos adaptaríamos, pero al ser diferentes, hemos de observar cómo reaccionan y qué rol adoptan, para evitar solaparnos”.

GF 2- 4:17

“De noche se trabaja diferente. Yo ahora que he pasado de día lo veo, hay menos gente, a veces insuficientes, pero estamos más compenetrados. Nos conocemos y sabemos qué hará cada uno de nosotros en cada momento”.

GF 2-17:14

El GF 3 reitera en varias ocasiones, por la mayoría de sus integrantes, que ellos **han de hacer todo lo posible** para salvar la vida del paciente. Piensan que cae en ellos la **máxima responsabilidad**. Creen **involucrarse** más que ningún otro profesional sanitario. Actúan con seguridad en sus actos y, si se diese el caso optarían por **rectificar** con tal de mejorar su actuación o la de sus compañeros. Coinciden que son los encargados de tranquilizar al resto del equipo, siendo capaces de crear un clima de confianza.

“Hacemos todo lo posible por ellos”.

GF 3-3:39

“O pensar que hemos de hacer alguna cosa más, como modificar el tratamiento”.

GF 3-3:42

“Incluso si viese que, otro compañero o especialista, aún con rango superior, estuviese haciendo algo incorrecto no dudaría en rectificarle”.

GF 3- 4:12

“Se ha de ir a por todas. No hay nada perdido”.

GF 3 -16:18

En todas las situaciones observadas, ya sea OP o FD, y en los GF se estima como resultado importante que el personal sanitario piensa que, a pesar de que exista mucha carga asistencial en el servicio o unidad, la atención de una PCR es una urgencia vital, por lo que es prioritaria por encima de cualquier otra tarea. La prioridad es el paciente, y sus

pensamientos se centran en **salvar** la vida de esa persona. Poco importa el estado de ánimo del profesional sanitario, ni te acuerdas si estás cansado o si te encuentras mal. Es después de la asistencia cuando, a causa de la elevada liberación de adrenalina y estrés, se manifiesta el cansancio y tienen la necesidad de liberar tensiones.

La praxis de los sanitarios en la urgencia está respaldada por una normativa ético-legal que apoya sus decisiones en la necesidad de actuar de manera rápida en situaciones urgentes o emergentes, como sería una PCR. La ERC recoge una serie de algoritmos o protocolos de actuación, bien respaldados legalmente, que indican unas normas bien definidas sobre cómo actuar en caso de SV básico o avanzado, y en caso de adulto o niño. Permitiendo que todo el personal sanitario del centro sea eficiente, rápido y capaz de priorizar, llevando además las técnicas a la perfección (168).

### 6.1.3 Relación con el paciente y la familia

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención aceptadas a nivel internacional se sustentan en el modelo de *Donabedian, tal y como señala Herrera* (169), quien propuso analizar la calidad a partir de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. Este esquema supone que los resultados son una consecuencia previsible de la atención proporcionada. Aunque se reconoce que no todos los resultados son imputables al proceso, y que todos los procesos dependen directamente de la estructura.

La relación profesional de la salud y paciente ha sufrido varios cambios desde los años setenta. Estos cambios afectan a la tradicional postura de paternalismo del médico respecto a su paciente. La revolución tecnológica y científica han impulsado estos cambios, y han permitido conjugar los diferentes principios éticos, normas deontológicas y convicciones propias para no dañar, hacer el bien y respetar al paciente en sus decisiones (170). Existen diversas situaciones en las que este binomio es imposible de mantener o de crear porque la situación del paciente es tan crítica que no nos permite comunicarnos. Es cuando surge la figura de la familia o de documentos legales que representen la palabra de nuestro paciente, como sería el testamento vital.

En esta investigación, el personal sanitario se enfrenta a situaciones de incertidumbre y ansiedad manifestadas por los familiares de sus pacientes. En una primera aproximación,

en mi OP, contemplé que a la figura del familiar se le **prestaba poca atención**. Se centra tanta atención al enfermo, siendo considerado como centro y foco casi exclusivo de toda la asistencia, que el familiar recibe poca atención por parte del personal sanitario, sobre todo por parte de enfermería (171).

“La familiar, durante varios minutos, ha estado observando qué hacíamos, en la más absoluta soledad, sin recibir información ni apoyo de nadie”.

OP 2-EQ

La familia, debido al poco tiempo de adaptación, presenta durante el periodo de hospitalización sentimientos de desamparo, vulnerabilidad, desorganización y estrés, sobre todo en estos momentos de crisis, y es donde se hacen más necesarias la comunicación y la cercanía con el paciente hospitalizado (172). En concordancia, se observa la capacidad de nuestro personal sanitario de sintonizar sus emociones y sentimientos en el lugar del familiar y pensar qué puede estar sintiendo, haciendo uso de la **empatía** (próximo) y de la **escucha activa**. Permitiendo que los familiares expresen las dificultades en la vivencia de este proceso.

“Cuando abandona el servicio, a los 9 minutos, es apoyada por la auxiliar en la calle, que le ofrece una infusión”.

OP 2- EQ

Aunque, en todos los casos observados, la información pasa a un segundo plano, no deja de considerarse un elemento indispensable en todas ellas. La fuente siempre recae en la figura médica, pero el resto de los miembros manifiestan inquietudes sobre quién, dónde, cuándo y cómo se **informa** a los familiares.

“Diez minutos más tarde es informada en el pasillo por el médico responsable”

OP 2- LID

“La familia ha sido informada brevemente, pasados más de 30 minutos, por la administrativa y por teléfono”.

OP 1- EQ

“La DUE informa a la pediatra que el padre estaba solo en la sala de espera de pediatría”.

OP 3-EQ

“El familiar ha sido acompañado, por la administrativa, a un lugar privado. Ha sido informado de su gravedad a los 2 minutos de su llegada y se le ha ofrecido llamar a más familiares”.

OP 3- EQ-LID

En los GF manifiestan relevante, de manera general, la existencia de la **figura informante** y el **apoyo familiar**. Aunque dejan claro que la prioridad es el paciente, comentan que existen relaciones donde se establece **mayor «feeling»**, tanto con el paciente como con la familia, llegando a presentar desgaste emocional y una pena tremenda por la familia.

Insisten, por otra parte, en que **aumenta el vínculo** en dicha relación si se trata de una **persona conocida**.

“¡Qué sufrimiento, pobres! Creo que no se quedarían por no molestar, pero soy de la opinión que se les puede ofrecer esa oportunidad”.

GF 3- 17:17

“Los acompañas, los escuchas e intentas responder sus dudas”.

GF 3- 18:17

“El tema es más duro si es alguien conocido, tanto por nuestra parte, como entre ellos. Uno de los familiares que presenció la PCR en el domicilio es médico y explicaba que no pudo hacer nada...”

GF 3-20:34

En los últimos años, se han diseñado diferentes procesos de participación que permiten que el familiar ascienda en el cuidado de la persona crítica, de acuerdo a sus posibilidades y motivación, aunque, previa a cualquier participación, coinciden en que se realice una orientación educativa en intervenciones o procedimientos. La RCP ha sido considerada

durante mucho tiempo la situación estresante por excelencia donde se restringía la presencia de familiares; sin embargo, con el paso de los años, las tendencias actuales, al destacar la importancia de la familia y sus necesidades, hacen imprescindible la apertura de estos espacios a la presencia del familiar (173).

No fue hasta 1982, en el hospital de Foote de Michigan (EEUU), donde Doyle (174) introdujo en la práctica de RCP la presencia de familiares. Los miembros de la familia eran preguntados, por un capellán o una enfermera, si deseaban estar presentes en la sala de reanimación, y los que aceptaban eran acompañados por un miembro del personal de apoyo que les explicaba el ambiente con el que se iban a encontrar. El 94 % de los encuestados, creían que volverían a participar, el 76 % pensaban que el ajuste al proceso de duelo fue facilitado por su testimonio en la resucitación y el 64 % consideraron que su presencia era beneficiosa para el miembro de la familia que estaba muriendo (174). A partir de aquí, algunos consensos realizados en 2007 a nivel internacional por varias sociedades como las *European Federation of Critical Care Nursing Associations*, la *European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care* y la *European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions* manifiestan el derecho de las familias a estar presentes durante la RCP con tal de satisfacer sus necesidades (175).

La presencia de la familia en la RCP es un aspecto para reflexionar. A muchos familiares les gustaría estar presentes durante los intentos de resucitación y aquellos que tuvieron esta experiencia, más del 90 % volverían a hacerlo de nuevo (176). Evidentemente, se requieren algunas medidas que aseguren que la experiencia del familiar es la mejor de las circunstancias. La RCP debe ser guiada correctamente, bajo un líder bien identificado, con una actitud abierta y receptiva hacia el familiar. Se ha de facilitar una correcta información antes de entrar, para asegurarnos de que va a entender lo que va a observar, y mantener un apoyo continuo por una enfermera. Su presencia ayudará a aceptar la realidad, facilitando el proceso de duelo (168).

Los miembros del equipo de RCP bien entrenados y expertos no tienen ningún estrés en presencia de la familia durante la reanimación. Su observación, mediante una persona de apoyo, es capaz de disminuir los niveles de ansiedad y aumentar su satisfacción. Para evitar que pueda afectar a la calidad asistencial en decremento, se recomienda que se establezcan directrices para proteger los derechos de los pacientes, ya que las maniobras

de reanimación tienden a prolongarse en el tiempo si se permite la presencia de su familiar, según un estudio cualitativo publicado el pasado mes de enero (177).

Desde el punto de vista de las auxiliares (GF 1), ellas permitirían la observación de los familiares para evitar que se les juzgue con posterioridad. Piensan que la población está en el derecho de poder **juzgar** por todo y a todos. Además, son el único GF que refleja la importancia de intentar **evitar invadir la intimidad** del paciente.

“Si tenemos la costumbre de dejar a los familiares dentro de la habitación cuando hacemos cambios posturales, por qué no dejarlos en este tipo de situación. Los hacemos salir porque toca”.

GF 1-26:14

“Cuando la habitación es individual es idílico, pero cuando se trata de una habitación doble..., ¿qué haces con el compañero de al lado? A veces también les afecta”.

GF 1- 33:20

En el momento que se les plantea si permitirían observar a la familia nuestra actuación, los participantes del GF2 manifiestan no estar de acuerdo, como medida de protección a la familia y para no aumentar la inseguridad del propio profesional.

“Para la familia ha de ser muy duro presenciar el momento en el que decidimos ¡hasta aquí hemos llegado! Nosotros ya sabemos que hay un momento que hemos de parar, pero si en función de la edad o antecedentes ya es difícil de aceptar por uno mismo..., no quiero pensar la familia”.

GF 2- 9:11

“A mí me molestaría su presencia porque como me siento poco segura, me provocaría mayor inseguridad”.

GF 2- 9:28

En el caso del GF 3, comentan que, si la familia decide observar, están de acuerdo, aunque expresan que, sin duda, aumentará el sufrimiento. Coinciden en ser el eje central de quien debe informar a la familia, son quienes tiene de referencia la familia para resolver dudas.

En la interpretación de las FD 1 también se observó un abandono y una falta de información a la familia por parte del personal sanitario. La auxiliar la acompañó fuera de la habitación, dejándola en el pasillo, y nadie le dio información hasta que no finalizaron las intervenciones, 10 minutos más tarde.

#### 6.1.4 Desenlace final. Conducta ética en el PCR

La PCR es un problema de extrema gravedad que debe ser identificado y resuelto lo más rápidamente posible, no solo por el pronóstico vital a corto plazo, sino también por las secuelas, generalmente neurológicas, que acompañan a una reanimación tardía, defectuosa e inapropiada. Una vez que se produce, debemos identificar aquellos pacientes que son candidatos a iniciar maniobras de RCP, y en los que no por cuestiones médicas o éticas. Ante la duda, siempre se ha de iniciar hasta obtener datos más objetivos, ya que el beneficio de la duda debe favorecer siempre al paciente. Por ello, se aconseja realizar una buena historia clínica, dejando anotado, si fuese el caso, órdenes de no-reanimar para facilitar la decisión de empezar o no la RCP (178).

La posibilidad de fracaso de la RCP y muerte de la víctima sigue siendo el desenlace más habitual. Algunos pocos pacientes pueden lograr una recuperación integral, sin experimentar afectación neurológica. Otros, en cambio, lograrán sobrevivir con el grado de independencia disminuido, ya sea por necesitar terapias médicas invasivas o la ayuda de otras personas. La decisión del reanimador de iniciar, limitar o suspender este procedimiento de sostén vital se realizará en base a los objetivos de la RCP, recuperar y mantener las funciones vitales del individuo, teniendo presente los principios éticos siguientes: autonomía, beneficencia, no maleficencia, de justicia y equidad, y de futilidad médica (21). A pesar de esto, en la actualidad, sigue planteando problemas clínicos al médico, equipo de salud, paciente y familia (178).

En mi primera aproximación, en la OP de los casos reales, se obtuvo un **desenlace fatal** en dos de los tres casos, curiosamente en las dos situaciones que venían del exterior. En el caso 2 producido, posiblemente, por la severidad del mismo traumatismo, y en el caso 3 motivado por el retraso en el inicio de las maniobras. Ambas situaciones con un claro pronóstico hostil desde el principio. En ambas ocasiones, ligadas a la edad, aparece la

**dificultad de asimilar o de afrontar** la situación por parte del personal sanitario. Manifiestan **desesperanza** e impotencia por el resultado obtenido.

En los GF coinciden que esta situación será diferente en función de la **edad de la víctima**. Marcado por la situación que se presente, existirá mayor o menor **dificultad de asimilación** por parte del personal sanitario. Los participantes del GF 1 y GF 2, auxiliares y DUE respectivamente, apuestan por **facilitar la despedida** de sus familiares y así permitir la aceptación del proceso de **duelo**. Y los integrantes de los GF2 y GF3, DUE y médicos respectivamente, prefieren concienciarse de que “era su momento” como barrera protectora a sus propios sentimientos.

“En base a la experiencia que tengo, ya he vivido unas cuantas PCR y de diferentes edades, me acerco a ellos y les acompaño al box diciéndoles: ‘Mira, ¿quieres pasar y lo ves? Estoy aquí para lo que necesites’”.

GF1-25:50

“Cuando se trata de una persona joven, o ha sido un accidente, como no lo esperabas, te quedas impotente”.

GF 2-11:11

“No he hablado nunca con la familia para decir nada..., solo para acompañarla. Paso al box con ellas permitiendo su despedida”.

GF 2- 20:30

“A nivel emocional, me afecta diferente en función de la situación. Si un PCR me afecta mucho, provocándome mucha tristeza o generándome mucho estrés, tiendo a pensar que era su momento... y que consigue liberarse de su sufrimiento”.

GF 2-9:40

“Si has hecho todo lo necesario y se ha muerto..., tienes pena, decepción..., pero pienso que por mala suerte era su momento... Mala suerte”.

GF 3-19:20



En las FD no se han registrado ninguna de las unidades de significado, seguramente por tratarse de maniquís de entrenamiento y de situaciones simuladas de entrenamiento.

El duelo es un proceso de adaptación emocional ocasionado a cualquier pérdida. En esta investigación se va a centrar en la pérdida de un ser querido por parte de la familia, entendida como personas de referencia de la víctima. En base a lo que se expone en la bibliografía revisada, existen 4 tareas que constituyen el trabajo de duelo y que pueden ser llevadas a cabo para alcanzar su pleno desarrollo. Dichas tareas son las siguientes (179):

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de la persona.
- Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida.

Para alcanzar la aceptación de la realidad se hace necesario informar a la familia, si puede ser, lo antes posible durante la situación emergente. Ellos mantienen la esperanza hasta el último momento, pero debe ser el profesional sanitario quien le ponga en contacto con la realidad. La mejor manera de facilitar la expresión y el manejo de sentimientos es mediante la escucha empática por parte del profesional, para sí comprender sus sentimientos. Y para facilitar su despedida, el personal sanitario debe permitir darle el último adiós para no interferir en sus etapas de aceptación de la situación.

## 6.2 DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO

En la actualidad, se habla mucho de trabajo en equipo en todos los ámbitos, pero específicamente en sanidad. Nadie discute que se trate de una herramienta esencial para abordar tareas cada vez más complejas dentro de un área específica de la institución. Parece ser que trabajar en equipo consiste en colaborar todos sus miembros, de manera organizada, para alcanzar un objetivo en común eficazmente. Cómo conseguir que ese trabajo sea verdaderamente de equipo es donde recae la gran dificultad. Cada miembro ha de aportar sus aptitudes (conocimientos, experiencias, etc.) al grupo y permitir que se interrelacionen para conseguir la eficacia del equipo (63).

Esta segunda metacategoría recoge aquellas unidades de significado referente al conjunto de personas, diferentes en aptitud, que se interrelacionan más significativamente en una situación de PCIH con el objetivo común de salvar la vida de la víctima, con las mínimas secuelas posibles. Las diferentes características del personal sanitario, en busca del liderazgo dentro del grupo, la formación de sus integrantes, para preservar el mutuo conocimiento, y la comunicación establecida, para aportar ideas y diferentes puntos de vista, serán las categorías analizadas.

### 6.2.1 Personal sanitario: elemento indispensable

El personal sanitario, según fuentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (180), son “todas aquellas personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud”. La tarea sanitaria es compleja y no puede recaer en un único profesional. Cada sanitario tiene una tarea diferente que realizar, dependiendo de la profesión a la que se dedique, pero todos tienen el mismo objetivo y responsabilidad ante el paciente, su curación o su muerte digna. El trabajo en equipo permite que se administre un cuidado mucho más global y holístico de la persona. La atención personalizada e integral es lo que buscan nuestros pacientes cuando acceden al centro sanitario (181).

En una primera aproximación se observa, en los tres casos reales, una relación de **confianza** entre todos los miembros del equipo. Cada participante adquirió una **tarea o**

**rol** específico que, en ocasiones, se tendía a solapar debido a la **poca comunicación** entre ellos y a la **excesiva cantidad de personas** que acudía en los primeros momentos. En las tres situaciones se observa la **figura de líder**, ya sea impuesto por el resto de los miembros, por acto de mayor responsabilidad, o por propia iniciativa. Este tiende a coordinar acciones que se complementan con dificultades debidas, en la mayoría de casos, a su poca experiencia.

“El MAU de CIR empieza dubitativamente a dar órdenes, bajo sugerencia del personal de enfermería. Ante cierta inseguridad y nerviosismo, (...) el mensaje llega al receptor de manera clara y dirigido, intenta mantener contacto visual”.

OP 1-LID

“El médico de MI se identifica como responsable y explica, titubeando, la situación a los restos del equipo. Está nervioso y asombrado. Enciende el desfibrilador, en posición de palas, sin protección del tórax, y refiere que se encuentra en FV. Mira al monitor, obedece a sugerencias de la DUE-2 (colocar protección) y realiza la primera descarga”.

OP 2- LID

Tal y como señala la bibliografía, el trabajo en equipo se realiza dentro de un contexto socioafectivo caracterizado por un clima de respeto y de confianza mutua, satisfactorio y gratificante. Las realizaciones de actividades son consideradas de igual responsabilidad por todos sus miembros. Requieren ser coordinadas por aquella persona, con mejores actitudes y aptitudes, que el grupo identifique como líder. Esto requiere tiempo para que se conozcan entre ellos y no está exento de dificultades (182).

A nivel de los GF, coinciden que **creen trabajar en equipo**, aunque no sin dificultades manifestadas por las **diferentes maneras de trabajar** de cada integrante. Y que, para poder trabajar en equipo de manera óptima, es necesario la figura de un líder.

“Creo que sí que se trabaja en equipo... Cada uno adopta una tarea. Nosotras intentamos ayudar a la enfermera, al anestesista...”.

GF 1- 17:10

“Creo que sí, con dificultades. Trabajar en equipo es ayudarse unos a los otros.  
Suplir las carencias de unos con las virtudes de los otros”.

GF 2- 6:12

“Es difícil trabajar en equipo. Existe mucha teoría y poca práctica... Falta  
organización”.

GF 2- 7:12

“Trabajar en equipo se hace, pero cuesta porque falta liderazgo. Todos mandan.  
Habría que hacer más simulaciones con el protocolo establecido”.

GF 3- 15:00

Cada equipo **necesita un líder** que organice los esfuerzos del grupo. Es el máximo responsable de que todo se realice en el momento oportuno y de la manera adecuada. Se trata de una tarea difícil porque ha de supervisar la actuación de cada miembro, debe ser experto en todas las habilidades necesarias en la reanimación, debe procurar el cuidado integral del paciente, y debe utilizar una comunicación concisa y dirigida al miembro específico para evitar errores o retrasos innecesarios.

“Cuesta mucho que no lidere un médico. En nuestros tiempos, sigue existiendo el clasismo en el ámbito de la salud. El médico, como integrante de mayor rango, debe ser el que adquiera este rol”.

GF1-15:52

“En un paro hay una clara falta de liderazgo. A veces, todos quieren serlo, y otras nadie. A pesar de que debería ser aquella persona que estuviera mejor formada, en el 100% de los casos, este rol lo adquiere el médico”.

GF2-7:40

“El líder es una pieza esencial... Se tendrían que realizar simulaciones con el protocolo establecido del centro”.

GF3-13:13

“La figura de líder es un elemento imprescindible. La persona que asuma este rol ha de saber coordinar las diferentes situaciones y hacerse respetar por el resto. Debería ser la persona con más conocimientos, la más preparada y ésta no siempre es el médico”.

GF3-15:36

La **dificultad de liderar**, la **poca o deficitaria comunicación** entre ellos y la **poca experiencia** en estas situaciones son las mayores dificultades en que creen encontrarse los grupos focales estudiados. Consideran relevante la **complicidad o confianza** que se establece cuando se conocen, la aparición de un **rol profesional bien identificado** por cada uno de sus miembros y la **ayuda** que se pueden prestar unos a otros para alcanzar su objetivo.

“Si no te conoces como equipo..., miras alrededor a ver qué hace el otro. No nos comunicamos verbalmente”.

GF 2- 8:14

“Para trabajar así hace falta mucha comunicación, y depende del equipo con el que te encuentres, no se tiene porque no te conoces (...) Nos chafamos unos a los otros”.

GF 3-13:20

“Todo el mundo ha de «ir a la una». Todo el mundo ha de saber qué ha de hacer en aquel momento. Hay un descontrol, un caos importante, motivado por las pocas situaciones que nos encontramos”.

GF 3- 14:20

En el ámbito sanitario, el campo de actuación de cada miembro está muy delimitado, por el hecho de tratarse de personas procedentes de diferentes disciplinas (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.), esta especialización de actividades y las diferentes maneras de trabajar son la primera dificultad que aparece a la hora de trabajar en equipo. Es obvio que un trabajo en conjunto no puede darse cuando «todos están en todo», sino que es necesario una distribución de tareas o actividades para el logro del objetivo (182).

Algunas integrantes del GF 1, el de las auxiliares, expresan gestionar **con dificultad los imperativos** cuando observan que existe una falta de atención por el resto de los miembros del equipo.

“El médico lidera..., y la enfermera da órdenes: ‘tráeme esto o tráeme aquello’. Y no se para a pensar que lo tiene en el carro que le he traído hace un momento”.

GF 1- 17:20

La comunicación, considerada como elemento esencial, permite trabajar de forma adecuada mediante mensajes claros y dirigidos, para facilitar la comprensión del resto de sus miembros. Si la comunicación no fluye, cuesta mucho llegar a acuerdos, y es considerada como dificultad para establecer un equipo. El tono de voz del profesional afecta al resto de los miembros. El tono imperativo o directivo provocará una peor respuesta, ante un tono amigable o cálido, y puede ser considerado como algo personal afectando a la relación entre ambos (183).

En los otros dos GF, consideran importante la **incorporación de un psicólogo o coach** para atender determinadas situaciones conflictivas, a nivel emocional, de PCR y de un **momento de reflexión** postparada. Encuentran muy difícil concluir el caso de PCR y salir del box o de la habitación, como si nada hubiese pasado.

“Continuas y no tienes tiempo para decir ‘paramos’, porque tienes otros 15 o 16 pacientes a tu cargo, que te necesitan, y que llevan tiempo esperando. Preferiría poder hablar con mis compañeros y tener un momento de desfogue”.

GF 2-40:14

“Creo en la necesidad de incorporar un psicólogo o coach para que nos ayude a gestionar nuestros sentimientos, ya que normalmente lo haces como puedes o como sabes”.

GF 3-21:13

“En situaciones de *debriefing* pondría un coach, y cuando necesite gestionar mis sentimientos un psicólogo”.

GF 3-23:10

Como se recoge en la bibliografía, el proceso de morir es un periodo propicio para experimentar intensas emociones que ponen en evidencia la fragilidad y la limitación de la vida humana. Los profesionales sanitarios son susceptibles de vivir de forma muy intensa esta situación tensa que genera la muerte a corto plazo, provocando unos

sentimientos difíciles de contener o vivenciar que, de no ser atendidas o canalizadas de forma apropiada, pueden llevar a manifestaciones de estrés o ansiedad (184). Es por ello que, en el ámbito de la salud, existe una necesidad de abordar estas emociones de los profesionales que puedan influir en la calidad de la asistencia mediante la figura psicológica, de manera individual o grupal, en el análisis de la situación que se debería realidad con posterioridad al suceso (185).

Una de las funciones de los psicólogos clínicos en sanidad, según Echeburúa (186), es trabajar el malestar emocional y las dificultades de adaptación a la vida cotidiana, no solo los trastornos mentales tradicionales. A pesar de que, manifiesta la necesidad de fundamentar la psicología en una base empírica, en la actualidad no se ha encontrado ningún trabajo donde se refleje esta función en el profesional sanitario, con lo que sería considerado como una futura línea de investigación.

Para finalizar esta categoría, en mi observación de las FD pude constatar la dificultad de trabajar en equipo, básicamente motivada por la duda surgida en adoptar un rol específico y la poca comunicación entre ellos. La dificultad de liderar, observada en los dos líderes, está motivada por una difícil coordinación de tareas y por un cierto desinterés, posiblemente generado por tratarse de casos simulados y no reales, ya que no se observó en ninguna otra técnica de recogida de datos.

#### 6.2.2 Formación en Soporte Vital, educación muy necesaria entre el personal sanitario

La formación en las técnicas de RCP constituye un tema de gran interés, debido a la importancia de la PCR en nuestro sistema sanitario. Potenciar y mejorar la formación entre nuestros profesionales, ya desde las escuelas de medicina y enfermería en pregrado, y el consiguiente mantenimiento en las instituciones se ha convertido en un elemento necesario para alcanzar la calidad de nuestra asistencia. El personal sanitario deberá recibir una formación, mediante la utilización de instructores y maniqués, acorde a sus necesidades, y deberá destacarse las habilidades no técnicas, como el trabajo en equipo, liderazgo o comunicación, para el adecuado desempeño de esta tarea en cualquier área donde se presenten casos de PCR o sea susceptible de que acontezca (187).

En la actualidad, he podido observar que existen numerosos estudios centrados en las habilidades técnicas de la RCP, si se realizan de manera adecuada o no (73), si se degradan con el tiempo o no (188), y en base a los conocimientos de los que disponen los profesionales de la salud sobre la RCP(189). En cambio, dentro de los pocos estudios relevantes que valoran las actitudes o miedos ante una situación de PCR del personal sanitario, destacamos a Södersved (190) cuando consigue comprobar el efecto positivo de la formación sobre sus comportamientos. Respecto a las habilidades no técnicas ante una PCR, que tanto hablan las recomendaciones de la ERC/CCR desde hace unos años, no existen estudios relevantes.

En una primera aproximación a la OP, observé mayor preparación del personal sanitario en los casos de SV del adulto que en el pediátrico. La **mayor dificultad** estaba relacionada **con las dosis de la medicación**, ya que se utilizan dosis bajas de los principales fármacos para alcanzar el efecto deseado, fármacos que no estamos acostumbrados a diluir. Respecto a la realización de las maniobras, observé que realizaban **compresiones con poca profundidad y bajo ritmo**, y una colocación inadecuada de las manos sobre el pecho desnudo del paciente, a pesar de que todos habían realizado los cursos de formación pertinentes. Esto sería indicativo de escasa práctica y la necesidad de realizar situaciones simuladas.

Al iniciar los diferentes GF, con tal de crear un clima de confianza, realicé una pregunta básica sobre cómo definirían la PCR y si creían que existían diferencias entre la intrahospitalaria y la extrahospitalaria. Mi mayor objetivo no era conocer qué sabían sobre el tema a tratar, sino observar cómo reacciona un grupo de sanitarios ante esa pregunta. En el primer GF observé caras de asombro y gestos absurdos, en la mayoría de participantes, por considerar que era una pregunta demasiado fácil; en cambio, al intentar definirla mostraron dificultades y no tuvieron en cuenta la atención extrahospitalaria de los SEM.

“El corazón y los pulmones dejan de funcionar”.

GF1- 0:40

“Que en hospital tienes los medios para atender a la persona, y en la extrahospitalaria no. Estas en la calle”.

GF1-0:59



En el segundo GF, observé caras de asombro e incertidumbre generada por si habían entendido bien la pregunta, después de un silencio sepulcral durante los primeros segundos. A este GF2 les resultó más fácil definir la pregunta, aportando a la definición cual era la etiología más frecuente en su medio y, respecto a la diferencia entre los dos medios, destacaron existir diferencias en el **tiempo de respuesta** (menor en el caso intrahospitalario), la disposición del **material necesario**, que dependerá del recurso que active el SEM (por ejemplo, si activa una ambulancia «Tango», con dos técnicos en transporte sanitario, no transportará la medicación necesaria porque ellos tampoco pueden administrarla a nivel legal) y **personal especializado** (referido a aquel personal que, a nivel legal sí puede realizar técnicas invasivas).

“Interrupción brusca de la respiración o de la función cardiaca. En nuestro medio, producida con mayor frecuencia la respiratoria”.

GF2-01:02

“El tiempo de respuesta es diferente. El material y el personal depende si llega la básica o la intermedia”.

GF2- 1:14

En lo que se refiere al GF3, comentar que conoce sin titubear el significado de PCR. Son muchos más específicos y concisos, con respecto a los otros dos grupos. Tienen el concepto más claro y entienden, a la primera, el tipo de pregunta formulada sin mostrar asombro o incertidumbre.

“El corazón deja de funcionar de manera brusca secundaria a una arritmia. La parada también se puede producir porque no ponemos solución a una parada respiratoria, como un broncoespasmo”.

GF3- 00:15

Coinciden con el GF2 que la intrahospitalaria tiene más probabilidades de éxito porque se actúa más rápido, se dispone de todo el material y de todos los recursos humanos necesarios. En la extrahospitalaria, a no ser que sea presenciado, tardan en llegar un tiempo importantísimo dentro de la «primera hora de oro», más que en la intrahospitalaria, con lo que disminuyen las posibilidades de éxito y aumenta la aparición de secuelas.

Además, destacan la importancia de conocer a la víctima, ventaja que contemplan si se produce la PCIH.

“Existen diferencias si sucede dentro o fuera del hospital. En el primer caso tendrá más oportunidades de ser recuperada que la segunda, a no ser que la segunda sea presenciada”.

GF3-2:58

“Por la actuación será lo mismo. La diferencia está en el pronóstico, que será peor si viene de fuera. Además, con el nuestro existe un vínculo, un conocimiento... y eso es ventajoso si has de adecuar mejor el tratamiento”.

GF3- 3:14

En los GF coincidieron en que la formación es el **elemento esencial y necesario** para obtener los conocimientos suficientes para saber cómo actuar en esta situación inusual o poco frecuente en el centro. El GF que mayor **desconocimiento** presenta es el GF1 y el que mayor **demanda la realización de estos cursos** al equipo formativo de la institución, y, sorprendentemente, el que menos la realiza.

“Yo creo que esta formación, por parte del centro, es nula. Yo la he pedido personalmente hace más de año y medio, pero nada..., aún espero”.

GF1-10:40

“La institución sí que nos propone realizarlos, pero cada muchos años”.

GF2 -5:74

“La formación te da seguridad”.

GF3-9:35

“Y más accesible [la formación], porque desde la institución no lo facilitan”.

GF3-7:14

De manera global, piensan que han de ser cursos que **integren a todo el personal** sanitario del centro, y de manera más concreta, el GF2 y el GF3 consideran que deben ser **por equipos asistenciales**. Piensan que con aquellos miembros que se trabaja más a menudo es más fácil. Saber qué van a hacer o necesitar facilita enormemente el trabajo en equipo. No se pierde tiempo en observar qué hacen, con el fin de evitar solaparnos. El **complementarnos** hace que se trabaje mejor.

“Esta formación es en general, todos hemos de actuar de la misma manera, incluidos los médicos”.

GF1- 12:00

“Creo que se tendría que realizar en conjunto. Médicos y enfermeras a la vez”.

GF 2- 6:01

“Y casi mejor que fuese por sectores, es decir, los de urgencias juntos, los de planta juntos, (...) porque al final es con la gente que acabas trabajando”.

GF2-6:10

“Cada equipo de PCR es diferente. En ocasiones, trabajas bien en equipo porque te entiendes, (...) cada uno sabe qué hacer y actúa de manera independiente, pero al complementarnos se trabaja bien. A veces, esto no se consigue, y el resultado tiende a ser peor sin duda”.

GF3-12:20

“Lo más importante es mantener el mismo equipo, sino puede ser exclusivo de PCR, como en otros centros, pues que los integrantes sean constantes por turnos, para conocernos”.

GF3-13:20

Para mantener unos conocimientos actualizados y unas habilidades técnicas correctas, piensan que han de realizarse con **mayor frecuencia** hasta conseguir tener una cadencia breve y poder asegurar su efectividad. Aseguran que con el tiempo se pierden conocimientos y, con la falta de práctica, habilidades.

“La formación ha de ser más continuada, y no cada tres años, sino cada 6 meses”.

GF1-40:04

“La práctica, si pasa mucho tiempo, se te olvida”.

GF1-9:12

“Respecto a la formación, se tendría que hacer más, y más a menudo”.

GF3-7:11

“En 11 años, la he hecho una sola vez”.

GF3-7:40

La ERC informa, en sus últimas recomendaciones del 2015 (21), que “intervalos de reciclaje diferirán según las características de los participantes, legos o personal sanitario, pero es sabido que las destrezas se deterioran en unos meses y, por tanto, las estrategias de reciclaje anual pueden **no** ser de una frecuencia suficiente”. Varios estudios aseguran que los conocimientos y las habilidades se deterioran con el paso del tiempo. Spooner (191), demostró mediante un ensayo clínico en la universidad de Birmingham que, independientemente de la técnica utilizada para la adquisición de conocimientos y realización de habilidades en SV en una muestra de 98 estudiantes, disminuía el rendimiento de la RCP a las seis semanas. En un grupo utilizó la figura del instructor con un maniquí básico (estándar) y en el otro un maniquí «*skillreporter*» que permitía un *feedback* continuo. Woollard (192), en otro ensayo clínico, observó que aquellas personas que habían recibido clases a los 7 meses mostraban mayores habilidades en las maniobras y una mayor confianza en el uso del DEA, que aquellos que habían hecho el reciclaje a los 12 meses. Por ello aconseja que, aunque las estrategias de aprendizaje y enseñanza requieren revisión, los intervalos de entrenamiento de actualización no deben exceder los 7 meses, si queremos alcanzar la máxima calidad.

La realización de **simulacros y debriefing**, después de realizar los cursos, consiguen afianzar los conocimientos y permiten aprender de los errores.

“Sería conveniente hasta realizar simulacros para saber cómo actuar en una situación de paro”.

GF 1- 09:40

“Con el equipo es más fácil revisar la actuación que has hecho conjuntamente. Entonces ves dónde has fallado”.

GF 2- 13:06

“Analizas si se han hecho bien las cosas. Criticas positivamente y, si los has hecho incorrectamente, aprendes para que no te vuelva a pasar”.

GF3-4:10

Durante los GF3 observé que, mientras que el GF2 expresaban realizar el análisis del caso entre todos los miembros del equipo, algunos participantes del GF3 manifestaban hacerlo entre ellos mismos únicamente porque dicen sentir mayor complicidad. Por contra, el GF1 ni contemplaba realizar ningún tipo de análisis de la situación, como si eso no fuera con ellos, porque debe recaer en las personas que tienen mayor responsabilidad.

La simulación refuerza la adquisición de habilidades clínicas, centrándose en el alumno con el fin de darle seguridad, un entorno de actuación realista y retroalimentación para analizar el propio desarrollo. Existen diversos estudios que aconsejan introducir la simulación en la enseñanza, ya que permite realizar un perfeccionamiento de las técnicas y una enseñanza más objetiva, sin invadir los parámetros éticos, sociales, administrativos y legales que existen cuando el alumno accede al paciente en condiciones reales (193). Además, como aseguran Palés & Gomar (194) en 2010, son consideradas de gran ayuda para asegurar la enseñanza de profesionales de la salud porque permiten mejorar la seguridad del paciente.

En la actualidad, existen centros de simulación o de habilidades clínicas que se han ido desarrollando en todo el mundo para impartir esta nueva modalidad de enseñanza (194). En nuestro país, disponemos de grandes centros de formación que disponen de sofisticados equipos que pueden simular una situación de crítica y que nos permite comparar con situaciones reales, como fue en el estudio de Kobayashi et al. (195), donde se generaron con éxito mediciones de repuesta del síndrome coronario agudo (SCA), conocido como importante precursor de muchas situaciones de PCR.

Todos los participantes opinan que esta preparación en la RCP ya debería comenzar en el **ámbito académico**, es decir, en los centros donde te preparan para ser un determinado profesional, sea o no un centro universitario. Consideraron que debería formar parte de la formación general.

“No se nos prepara para estas situaciones en la academia. Nos hacen un pequeño curso de primeros auxilios”.

GF1-08:55

“En la carrera me cuelgan un algoritmo, pero eso no me sirve. Se ha de probar”.

GF2-5:55

“En la carrera no se toca. En la subclínica, ni básico ni avanzado”.

GF3-8:40

En la actualidad, después de realizar una revisión por los diferentes centros y en varias universidades de Cataluña, en los estudios de grado de enfermería existen talleres y simulaciones con maniqués *skillreporter* en la asignatura donde se estudia al paciente crítico, nombrada de diferente manera en función de la universidad escogida, ya que se considera elemento indispensable en el nuevo plan de estudios aprobado por la *Generalitat de Catalunya*. He podido observar, a través de la web, que también ofertan estos cursos en las facultades de medicina en los últimos años de su formación. En cambio, en los estudios dirigidos para obtener el título de auxiliar de enfermería ofertan cursos básicos de primeros auxilios donde se da una pequeña pincelada sobre RCP, sin llegar a realizar simulaciones.

En todos los grupos focales se expresa la necesidad de **disponer de un protocolo**, entendido como un proceso de actuación médica, para unificar criterios en la manera de actuar ante la PCIH. Aconsejan crear o revisar, si ya existen, **procedimientos** (método de ejecutar tareas) específicos por servicios médicos donde todos los miembros del equipo puedan aprender las tareas que deben adoptar cada uno de ellos. En la actualidad, en nuestro centro, existen estos procedimientos y son revisados cada dos años por el personal encargado de impartir la formación. En los GF se observa un **elevado desconocimiento** sobre su existencia.

“Todo el personal ha de actuar de la misma manera, siguiendo un protocolo. Estos deberían hacerse por servicios, porque en todos no puedes actuar de la misma manera”.

GF1-12:12

“Pienso que hemos de disponer de una guía en común. Hemos de tener claro cuáles son los procedimientos, pero de manera conjunta, evitando que cualquiera pueda ir por su lado”.

GF2-6:13

“Haciendo uso del protocolo, te notas más segura. Sabes con certeza que lo que haces es correcto, según un grupo de expertos”.

GF3-9:10

“Hemos de unificar criterios de actuación, protocolos. No he visto este procedimiento de urgencias, ¿existe?”.

GF3-13:45

Los protocolos de atención médica, tal y como describe Román (196) son:

Documentos que describen en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. Pueden formar parte de las guías de prácticas clínicas (GPC) y se usan especialmente en aspectos críticos que exigen apego total a lo señalado, como ocurre en urgencias (reanimación).

Las GPC ocupan actualmente un papel central en las estrategias de mejora en la toma de decisiones de los sistemas de salud, tanto como herramientas aisladas o incorporadas a programas de gestión clínica de procesos, pero ¿son fiables? Un estudio realizado en 2005 por Navarro et al. (197) señaló que solo un 15 % de las GPC utilizadas en España son de buena o muy buena calidad, por lo que merece una revisión del profesional a priori de su puesta en práctica por sistemas de evaluación de calidad.

Para finalizar el análisis de esta categoría se utilizaron de nuevo las FD. En ambos simulacros se observaron errores en la realización de las maniobras básicas de la RCP. Tales como una mala ventilación y una baja profundidad en las compresiones torácicas.

El deterioro de estas destrezas fue más pronunciado en el segundo simulacro a causa del paso del tiempo, ya que se realizó cuatro meses después del primero, y a la poca práctica, ya que no habían hecho ninguna simulación ni caso real desde entonces. El desconocimiento de los protocolos del centro volvió a ser otra dificultad para poder trabajar en equipo observada en ambas situaciones.

### 6.2.3 Comunicación verbal y no verbal entre los miembros del equipo

Como ya he comentado anteriormente, la comunicación es considerada en el trabajo en equipo un elemento esencial para que este se desarrolle con normalidad. Cuando los profesionales de la salud no se comunican de manera efectiva, la seguridad del paciente está en riesgo por varias razones: falta de información crítica, mala interpretación de la información y órdenes poco claras que pueden inducir a error (198). Una revisión de la literatura muestra, por un lado, que el trabajo en equipo y la comunicación son descritos por los trabajadores de la salud como uno de los factores más importantes para mejorar la efectividad clínica y la satisfacción en el trabajo (199), y por otro lado, son conscientes de que muchos de estos efectos no deseados se remontan a una comunicación y a un trabajo en equipo ineficaz (200).

Existen muchas formas de comunicar. La comunicación verbal, sea oral o por escrito, es la más frecuente y la que permite una respuesta inmediata, pero, y sobre todo en nuestro ámbito, también es relevante aquello que se transmite con gestos, posturas, miradas y expresiones, considerada como comunicación no verbal (201). Cuando observamos obstáculos que impiden que el mensaje sea elaborado, transmitido e interpretado de forma correcta durante el proceso, hablamos de barreras en la comunicación.

Las perturbaciones o barreras en este proceso, según León Mejía (202), en función de su origen o incidencia pueden ser: **semánticas** (falta de coincidencia de significado y sentido entre emisor y receptor, como puede ser la falta de coherencia), **físicas** (relacionadas con medios técnicos o a problemas ambientales), **fisiológicas** (relacionadas con la disfunción de cualquiera de sus miembros), **psicológicas** (percepción e interpretación por cada individuo del mundo que le rodea) e **ideológicas** (vinculadas al contexto sociocultural de quienes se comunican).



En esta investigación se ha considerado importante observar y reflexionar sobre la comunicación, verbal y no verbal, desde dos puntos de vista: del líder y del resto del equipo; para poder detectar las posibles dificultades del emisor, del receptor y del propio mensaje en una situación de PCIH, tanto en las reales como en las simuladas. Mediante las diferentes técnicas de recogida de datos, he observado dos perturbaciones de las cinco propuestas por León Mejía (202). En primer lugar, de tipo **físicas**, como es el exceso de ruido y, en segundo lugar, **psicológicas**, donde se destaca la percepción de cada uno de sus miembros en base a las necesidades, emociones y experiencias vividas.

En las OP, de manera general, se observan muchas **interrupciones frecuentes** y muchas **interferencias** ocasionadas por exceso de ruido. Ruido que, en la mayoría de las OP, está producido por exceso de personal en el box. No se mantiene un orden en la comunicación y al hablar de manera simultánea, se producen distorsiones del mensaje que puede conllevar a errores. El mensaje en todos los casos es coherente en cuestión de continuidad.

Los participantes expresan una **emotividad alta** en las tres situaciones de OP. Expresan de manera común emociones tales como: **ira, impaciencia, irritabilidad, tristeza y desesperación**, ante la situación generada. Al principio de cada situación, se observa demasiada información hacia el receptor que, de no ser controlada, puede llegar a confundirlo.

Las dificultades en la comunicación verbal del líder aparecen en la **firmeza de la toma de decisiones**. Su estado de nerviosismo les crea inseguridad y aturdimiento en dos de los 3 casos. En la OP3, en cambio, se observa mayor experiencia y mayor control de la situación desde su inicio. El uso de un **tono inadecuado** sería otro aspecto a destacar, ya sea por volumen inadecuado (bajo o medio), por una velocidad excesiva o por poca articulación. Me encontré con la tendencia, en dos de los tres casos, a alcanzar una velocidad excesiva y con poca articulación, producida por el mismo estado de nerviosismo. En cambio, en la OP3 observé un tono bajo en la mayoría de sus mensajes.

“Se identifica rápidamente como líder. Bajo su asombro, actúa con cierto aturdimiento por tratarse de una situación inesperada. A pesar de ello, es capaz de informar al resto del equipo de manera clara, breve, aunque en tono inadecuado (demasiado bajo), el motivo de su ingreso. Se deja aconsejar por miembros del equipo”.

OP2- LID.

La comunicación verbal entre los miembros restantes del equipo presenta dificultades por ser un **tono inadecuado** y por ser **poco dirigido entre sus miembros**. Se observan comunicaciones realizadas en tono bajo y demasiado rápido que, en ocasiones, dificulta la comprensión del receptor y este vuelve a preguntar para asegurarse si ha escuchado lo correcto. En todas las situaciones presenciadas se observan preguntas «al aire», sin dirigirse a nadie en concreto. Todos hablan a la vez en los primeros momentos, después, cuando se instala la calma, los mensajes se escuchan con mayor claridad.

“En un primer momento, se produce un claro descontrol de la situación inesperada.

Cada integrante adquiere una tarea, pero no lo comunica al resto del equipo. Se observan demasiadas interferencias, todos quieren conocer qué ha pasado y dar su opinión”.

OP2- EQ

En la comunicación no verbal del líder observé, en todos los casos presenciados, una expresión facial que transmitía **tristeza, miedo, enojo y sorpresa**. **No mantenían contacto visual** con el resto de integrantes del equipo. **Aumentaban su parpadeo**, denotando nerviosismo. Mostraron **gestos de nerviosismo y de tensión**, como la realización de movimientos rápidos y poco precisos o movimientos repetitivos. En dos de los tres casos, los líderes optaron por la **inmovilización** ante la víctima, en lugar de la deambulacion alrededor de la víctima.

“Su expresión a su llegada muestra tristeza, miedo, enojo y sorpresa. No mantiene el contacto visual con el resto del equipo. Está afectada. Presenta gestos de nerviosismo, como aumento del parpadeo y no encontrar la calculadora en el bolsillo”.

OP3-LID

En la comunicación no verbal del resto de los miembros del equipo observé, de todos los casos presenciados, una expresión facial que transmitía **tristeza, enojo y sorpresa**. En esta ocasión, no se observó miedo en sus caras, posiblemente ligada a la menor responsabilidad, si comparamos con la del líder. **Tampoco mantuvieron contacto visual** entre ellos. Sus **gestos y postura** fueron, como en el caso del líder, de **tensión e inmovilidad** respectivamente.

“Independientemente de la categoría profesional, las caras eran de sorpresa, tristeza y enojo. Expresaban velocidad. Nadie miraba a nadie en concreto, solo a la víctima y al monitor. Todos permanecían inmóviles en la zona que ellos mismos se habían agenciado. Uno de los MAU comentó en voz alta ‘se respiraba tensión’”.

OP1 -EQ

Algunos de los participantes de las FD expresan una **emotividad baja** en las dos situaciones simuladas, seguramente motivada por no tratarse de un caso no real. Determinado personal auxiliar refleja falta de compromiso y numerosas distracciones. A pesar de este inconveniente, se observan emociones de ira, irritabilidad e impaciencia, mezcladas con preocupación por realizar el simulacro de manera correcta. En un determinado momento, en la FD1, el líder genera tanta información en tan poca cantidad de tiempo que se observa a una de las DUI que es incapaz de interpretar el mensaje.

“A pesar de que la situación parecía controlada, la falta de material (parches del DEA) y la imposibilidad de colocar una vía periférica, se ha desencadenado una serie de conflictos entre los integrantes del equipo. Debido a la gran cantidad de información, generada por el líder, la DUI no ha sido capaz de asimilar el mensaje y se colapsa”.

FD1-EQ

De manera general, en las FD se volvió a observar un elevado número de interferencias e interrupciones frecuentes entre los miembros del equipo de primera intervención. No habiendo una diferencia notable entre las dos situaciones. La comunicación verbal del líder y del resto de los miembros del equipo fue clara, breve, coherente, concisa y decidida. Estas muestran mayor firmeza o decisión, a diferencia de las OP, en sus actuaciones porque al no ser casos reales, las emociones relacionadas con el miedo o nerviosismo no aparecen. Respecto al tono sigue siendo inadecuado porque se comunican en un tono muy bajo y siguen sin dirigirse a los distintos integrantes de manera concreta.

“Se establece, desde el primer momento, la figura de líder que ordena y coordina la actuación a seguir de manera clara, coherente, breve, decidida y en un tono inadecuado (tono muy bajo).”

FD1-LID

“Cuando llega el equipo de primera intervención se observan interferencias y se establece una comunicación de peor calidad por falta claridad, además del tono inadecuado (tono bajo y muy rápido)”.

FD1-EQ

“El equipo no se comunica entre ellos. Cada integrante va realizando acciones de manera voluntaria sin que haya un líder claro que organice qué ha de hacer cada uno. Tampoco se corrigen los errores, aunque el líder comenta darse cuenta, la persona que los hace no se siente aludida por no existir un mensaje dirigido de manera específica”.

FD2-EQ /LID

En la comunicación no verbal, tanto en el caso de los líderes como en el resto de los miembros del equipo, observé una expresión facial que transmitía sorpresa y enojo en las dos situaciones, aunque era más certera en la segunda, donde habíamos conseguido que el factor sorpresa fuese del 100 %, como en un caso real. No mantuvieron contacto visual entre ellos, y aumentaron el parpadeo, sobre todo en la FD1, cuando vieron que no salvaban a la víctima. Sus gestos eran de tensión y nerviosismo, realizaban tareas rápidas y poco precisas. Y su postura era la de permanecer inmóviles ante la víctima, en este caso un maniquí.

“El líder, a su llegada al servicio de rehabilitación, se muestra sorprendido. Desconocía la situación y se pensaba que era real. Rápidamente se mete firmemente en el papel.

Está nerviosa, ya que realiza movimientos con los brazos rápidos e incontrolados.

Permanece al lado de la víctima inmóvil”.

FD1-LID

“A su llegada se mostraron sorprendidos y un poco enojados porque se pensaban que era un caso real. Sin mirarse entre ellos, empezaron a adoptar tareas. Aumentaron el parpadeo, intentando recordar el algoritmo estudiado varios meses atrás. Los gestos eran de tensión y nerviosismo ante una postura inmóvil de la víctima”.

FD1-EQ

### 6.3 CONOCIMIENTOS DE MECANISMOS DE MEJORA HACIA LA CALIDAD ASISTENCIAL

Los profesionales sanitarios deben ser ayudados a potenciar su desempeño para alcanzar con éxito su objetivo, que consiste en dispensar servicios de salud a la población. Se entiende por correcto desempeño el “de una persona que trabaja de forma sensible a las necesidades, justa y eficiente para lograr los mejores resultados sanitarios posibles dados los recursos y las circunstancias”, según la OMS (203).

En esta tercera metacategoría se consigue identificar aquellos elementos o actividades que se requieren para un óptimo control de la situación, identificados como recursos o estrategias por los profesionales sanitarios participantes. Además, se les permite explicar aquellas necesidades detectadas, por el personal sanitario, para mejorar la formación en el futuro y, sobre todo, en su actuación en el ámbito de la PCR.

#### 6.3.1 Recursos y estrategias propuestas por el personal sanitario

Entendemos como **recurso** un suministro del que se produce un beneficio, cuya función es satisfacer las necesidades de nuestro personal sanitario ante una PCIH. La **estrategia** corresponde a la planificación de actividades que proponen, en este caso los participantes de los grupos focales, para mejorar su desarrollo en el ámbito estudiado.

En la bibliografía revisada, los recursos son analizados desde su utilización o desde su coste, pero no desde su identificación para poder analizarlos. En formación utilizan la evaluación como recurso estratégico para la mejora del docente (204), pero ¿qué recursos consideraría importantes el alumno para alcanzar sus objetivos? La identificación de estos suministros es lo que vamos a detallar en esta investigación. Con respecto a las estrategias, se reflexionará y se observará aquellas que den cuenta de debilidades o fortalezas que el personal sanitario haya presentado ante una situación de PCIH. En definitiva, se persigue pasar de una estrategia de aprendizaje a una estrategia de enseñanza, tal y como propone Vivas (205).

Los primeros resultados relevantes empiezan a observarse en los diferentes GF establecidos. El hecho de disponer del **material necesario** para poder actuar correctamente es el recurso que más satisface sus necesidades. Un PCR se puede presentar en cualquier lugar del hospital y en cualquier momento, por ello aconsejan estar preparados con aquellos elementos indispensables para actuar eficazmente. Tal y como señala Calvo Macías (206), los elementos se localizan en el carro de parada o mesa de reanimación y estos deben contener aquellos artículos que más se acerquen a cubrir las necesidades del centro sanitario y el tipo de reanimación, adulta o pediátrica.

“En el hospital disponemos de los medios, humanos y materiales, para atender mejor a una persona. A lo mejor, en la extrahospitalaria, no los tienes”.

GF1-2:77

“El material, a nivel hospitalario, llega antes”.

GF2-1:11

“Tenemos lo que tenemos, pero sería importante disponer de material como el DEA para todos los servicios del hospital. Faltan los parches”.

GF3-12:16

El GF3 sugiere hacer uso de las **nuevas tecnologías** para mejorar nuestra atención. Hacer uso de un dispositivo de control de tiempo (DCT) hace mejorar de manera significativa la ejecución de los algoritmos de la ERC/CCR, según Mayol Barrera (207), ya que facilita la adhesión a los tiempos, el control de las alternancias en las compresiones torácicas y el grado de efectividad a la hora de administrar fármacos. La gran utilidad y aplicabilidad definen un alto grado de satisfacción expresado por los profesionales sanitarios.

“Existen aplicaciones que va marcando el tiempo, te sirve de guía”.

GF3-12:29

“Al iniciar maniobras..., haces que los tiempos coincidan con cada actividad del algoritmo. Sirve para saber cuándo y cuántas adrenalinas ponemos”.

GF3-13:30

“Alguna cosa se tendrá que buscar que nos ayude, pero seguro que tiene coste y supondrá una limitación económica”.

GF3-13:32

La estrategia más compartida por todos los GF es la de destinar **recursos económicos** a la **realización de cursos** sobre SV para todo el personal sanitario del centro y a **reemplazar material** viejo u obsoleto.

“La mejor estrategia de mejora es que nos expliquen, que nos hagan cursos”.

GF1-39:58

“Yo creo que la institución intenta prepararnos, pero creo que ha de haber limitaciones de todo tipo”.

GF3 7:11

“En el caso de un PCR, tener más conocimientos te da la sensación de que haces mejor las cosas. No vas tan perdido”.

GF3-19:50

“Los desfibriladores son viejos. Disponemos de tres nuevos, entre los 9 carros que hay”.

GF1-15:05

“Para mejorar el problema de planta, entre que llega el médico o el equipo, tendríamos que disponer de DEA que puedan ser manuales o automáticos. Los que tenemos son muy viejos”.

GF2- 6:59

“El material que tenemos es viejo. Se ha de renovar”.

GF3-11:17

A lo largo de los años, otra estrategia que han ido adoptando los GF2 y GF3 para afrontar estas difíciles situaciones ha sido **compartir** la experiencia percibida con los miembros del equipo o explicarlo a los familiares. Poderlo analizarlo con otros integrantes del

equipo hace que aprendas de los errores y, de manera indirecta, te ayuda a actuar mejor la próxima vez.

“Con el equipo es más fácil revisar la actuación que has hecho conjuntamente. Entonces ves a dónde has fallado o, simplemente, te descargas de adrenalina. Liberas tensiones.

En cambio, la parte de sentimientos es más fácil explicarle a tu pareja que a un compañero”.

GF2-12:57

“Si el PCR ha sido a última hora del turno, y no has podido hablarlo con los compañeros, lo hablo cuando llego a casa con la familia”.

GF3-20:01

La mayoría del GF3 manifiesta presentar dificultades a la hora de informar a la familia sobre malas noticias en situaciones de PCR, pero aseguran haber adquirido estrategias específicas cada uno de ellos, donde la experiencia les permite adquirir una tranquilidad y un saber qué hacer y qué decir, que les ayuda a **afrentar esta situación** de manera más eficaz.

“Con los años he ganado tranquilidad”.

GF3-20:10

“Con la experiencia, sabes un poco más qué hacer”.

GF3-20:15

“Pienso en el recuerdo de otros momentos antes de hablar con nadie. En ver qué dirán, pero como nunca lo sabes, cojo aire y... tiro para adelante. La experiencia me sirve para enfatizar con la familia y no importarme si tengo que llorar con ellos”.

GF3-20:20

En las FD de esta investigación, el recurso más notable fue la necesidad de disponer del material necesario para realizar las maniobras de RCP. La falta de material indispensable, como son los parches del DEA en el primer simulacro, es el causante de desencadenar



conflictos entre los participantes, motivado por el aumento del nerviosismo del líder y del resto del equipo, por falta de control de la situación.

### 6.3.2 Necesidades percibidas por el personal sanitario en una PCIH.

El concepto de necesidad, debido a su carácter polisémico, se puede interpretar de manera diferente en función del contexto donde se utilice. En esta investigación no voy a abarcarlo desde el contexto de Salud Pública, sino desde la Psicología. En este ámbito de conocimiento, la **necesidad** es el sentimiento o estado ligado a la vivencia de una carencia, que se asocia al esfuerzo orientado a suprimir esta falta o a la corrección de la situación de carencia. En definitiva, pone de manifiesto un déficit, cuyo alcance y complejidad puede ser variable. (208)

En psicología, se jerarquizaron las necesidades humanas para comprenderlas desde la motivación humana holística y universal. Esta clasificación de las necesidades fue propuesta, en 1954, por el famoso psicólogo humanista Abraham Maslow (209) en su Teoría de las Necesidades Humanas Básicas. La jerarquía está dispuesta en forma de pirámide y las ordena desde los niveles más básicos, también entendidas como las más fisiológicas, a los más altos, entendidas como las de desarrollo. Dentro de estas últimas se encuentran la de reconocimiento que serán las identificadas en este apartado.

Los primeros resultados relevantes empiezan a observarse en la interpretación de los GF. Coinciden en expresar necesidades relacionadas con el **conocimiento** en esta área. Conscientes de la importancia de su actuación, aseguran tener un déficit de conocimientos. La falta de **formación** les impide adquirir conocimientos y, consecuentemente, actuar con una calidad asistencial inesperada. Les crea inseguridad, afirman participantes de GF2 y GF3. En general, creen que se realizan muy pocos cursos a todo el personal en el HCAP y que las personas formadas reciben un reciclaje inadecuado, efectuando cursos con una frecuencia superior a 2 años. Piensan que, uno de los motivos que no ayuda a realizarlos con más frecuencia es culpa del departamento de formación del centro asistencial, llevan un **control inadecuado** de quién hace o no el curso con tal de facilitar el acceso a todos de una manera equitativa; comentan que hay gente que lo ha hecho con mayor frecuencia que otra.

“La formación es escasa en este hospital, aunque ha mejorado... Y es básica para mejorar nuestra actuación”.

GF1-10:39

“Necesitamos que nos expliquen, que nos hagan cursos”.

GF1-40:00

“La formación da seguridad”.

GF2-4:21

“Con la formación, indiferentemente dónde la haya realizado, me siento más segura”.

GF3- 9:39

“He pedido realizar el curso en varias ocasiones, pero a mí no me han llamado nunca. En cambio, hay gente que lo ha hecho dos y tres veces. Y me enfado porque no es equitativo”.

GF1-09:26

“He tenido la posibilidad de hacerlo varias veces. Lo que ocurre es que tardas mucho en volverlo a repetir”.

GF2-6:10

“Pienso que lo correcto sería hacer los cursos cada año. Entiendo que se pueden tener limitaciones, a nivel económico y de tiempo, pero hemos de pasar todos si queremos mantener la calidad asistencial. De no ser así, se verá afectada”.

GF3-10:17

Otra necesidad importante, que manifiestan tener los tres GF, es la realización de sesiones inmediatas a la postparada. Son las denominadas *debriefing*, anglicismo militar. Su objetivo más destacado es la de extraer conclusiones acerca de la actuación de los integrantes del equipo, en este caso, que ha participado en la RCP del paciente. La intención máxima es mejorar o, como han dicho los participantes, aprender de los errores. Acostumbran a ser sesiones de poca duración, de unos 20 minutos, y no aconsejan ser utilizadas más de 72 h después del suceso.

“Si cuando finaliza las maniobras, cinco o diez minutos después, habláramos de lo sucedido, no tendríamos la necesidad de llegar a casa y explicarle a tu pareja qué ha pasado. Aquí estamos entre profesionales”.

GF1-30:05

“Además, nos serviría para aprender de los errores: ‘mira esto que no vuelva a pasar, esto no lo hagas así’”.

GF1-30:07

“Si te reúnes con el equipo y hablas sobre qué ha pasado o qué hemos hecho... puedes valorar qué hemos hecho mal”.

GF2-13:32

“Te encuentras muy solo. En casa puedes explicarlo, pero como no lo entienden, no te ayudan mucho. Pienso que la enfermera pasa situaciones muy duras y que las tiene que vivir sola. Y como tiene poco apoyo por parte de supervisión, el explicarlo con el equipo ayudaría a superarlo”.

GF2-14:30

“Pienso que sería interesante reunirnos todos después del PCR *in situ*... No con el objetivo de acusarnos, sino para valorar qué ha ido bien, qué no ha ido bien, refrescar ideas... ¡cosas así!”.

GF3-22:25

“Yo realicé una sesión de *debriefing* después de una PCR en otro centro. La gente alucinaba porque se daba cuenta de los errores cometidos. Decían: ‘¿eso lo he hecho mal?, ¡Buf! Seguro que no lo volveré a repetir’”.

GF3-40:50

En la actualidad, ya se han realizado estudios sobre la utilidad de esta técnica de análisis. Luna-Villanueva (210) presentó, en el 2015, un estudio piloto experimental con 30 alumnos de la Facultad de Medicina de Yucatán sobre el *debriefing*. En este caso comparó el realizado oral o el realizado con vídeo antes y después de realizar cursos de SVB y SVA. Comenta que se trata de una técnica que une el razonamiento crítico y a la

enseñanza basada en la resolución de problemas. Permite entender la verdadera enseñanza del ensayo-error y destaca que es más efectiva en el grupo que utilizó el vídeo porque permite ver cómo realmente participaron, en vez de pensar o «creer» cómo participaron. Existen estudios, en cambio, en los que no se detectan diferencias significativas entre las dos técnicas, como es el realizado por Savoldelli et al.(211), a causa de, según concluyen los autores, a un menor tiempo de instrucción en el grupo que utilizó el vídeo, a la sobrecarga de información que emite el vídeo y a su naturaleza distractora.

Por su parte, los GF2 y GF3, consideran importante la necesidad de **incorporar un psicólogo o un coach** a estas sesiones de análisis. Interpretan que la figura de un dinamizador de la situación, con conocimientos en psicología, les va a dar soporte y a asesorar en la resolución de problemas, tanto personales como laborales, reduciendo el impacto de los mismos sobre su salud y rendimiento laboral, tal y como aconsejan las GPC del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (212). Los participantes del GF3 piensan que es más adecuado incorporar un psicólogo en situaciones que te afecten más sentimentalmente, como la pérdida de un niño; un coach, para el resto de las situaciones, con el objetivo de acompañar e instruir al grupo para desarrollar habilidades específicas.

“Tendríamos que tener un apoyo emocional. Como profesionales de la salud que nos encontramos con situaciones complicadas, tendría que existir un poco de ayuda psicológica”.

GF2-33:34

“Sin duda, el acceso a un psicólogo a quien poder acceder, (...) si no en el momento después de la PCR porque hay mucho trabajo, que te pudieras reunir después”.

GF2-36:36

“Incorporaría un coach o analizador de la situación”.

GF3-23:30

“Un psicólogo sería para aquellas situaciones que te afecten mucho a nivel sentimental. Que pudiéramos tener acceso sería una gran ventaja y una necesidad para ciertas situaciones”.

GF3-23:35

Debido a la situación de estrés que se genera en una situación de PCR, intra o extrahospitalaria, el profesional sanitario debe soportar una reacción fisiológica de su organismo ante esta situación amenazante que desencadena un efecto mental, físico e incluso de malestar que debe hacer frente para seguir desarrollando las tareas habituales de su trabajo. Para ello los participantes, del GF2 y GF3, expresan la necesidad de disponer de un momento, después del PCIH, para **desconectar** y poder volver a realizar sus actividades habituales de la mejor manera posible, dentro de los estándares de calidad establecidos.

“Es que a lo mejor no necesitas ni un cuarto de hora, a veces solo es el momento de respirar profundamente”.

GF2-31:40

“Creo que se tendría que dar la oportunidad de poderlo hacer. Desconectar. Yo recuerdo una vez que salí del box donde había habido una parada y fui al box de enfrente, el paciente me comentó ‘¿estás bien?’, y que la gente, de manera instintiva, te ofrezca lo que a la organización no se le ocurre, te da que pensar”.

GF2-32:43

“Es aconsejable a nivel mental parar, aunque sean 10 minutos, para hablar del PCR, de los sentimientos, o liberar tensiones”.

GF3-.37:17

La mayor parte de los autores coinciden en que los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores sanitarios del ámbito hospitalario son elevados y repercuten negativamente sobre su salud (213). De manera más específica Shaherl, en Aguado Martin (214), destaca que en aquellas situaciones especiales de tensión y de responsabilidad mayor que deben enfrentarse el profesional sanitario, como una situación de PCR, puede alterar su comportamiento en el ámbito laboral. La manera de afrontar este nivel de estrés está poco analizada en nuestro entorno, pero el darnos el permiso a desconectarnos de la situación, durante unos minutos, podría ser considerado uno de los métodos utilizados para adaptarnos a la nueva situación.



## 7. ASPECTOS ÉTICOS

---

En cualquier caso, los aspectos éticos son inherentes a toda investigación en la que participen seres humanos, sea cual sea el enfoque teórico-metodológico utilizado. Existe un consenso mundial sobre la necesaria evaluación ética de los estudios científicos por los Comités de Ética de la Investigación Clínica (CEIC). Claro está que esto no exime al investigador de conocer y respetar los principios éticos en la investigación con seres humanos (postulado desde el código de *Niuremberg* hasta la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en la actualidad). Los problemas éticos en la investigación cualitativa surgen principalmente de la naturaleza emergente, creativa, imprevisible, flexible y elástica de su metodología (215). Por eso, las principales cuestiones éticas relacionadas con el proceso de investigación cualitativa se refieren al consentimiento informado, la confidencialidad, la relación investigador-participante y la razón riesgo-beneficio (216).

En un primer momento se le pidió permiso a la Dirección del centro (Anexo 3) quién dio su conformidad para realizar la investigación en su centro hospitalario, en este caso el HCAP. Ellos, una vez la confirmaron expedieron un documento (Anexo 4) para entregar al CEIC de referencia. En un segundo momento, se pidió conformidad al jefe de servicio (Anexo 5) y se rellenó el impreso sobre el compromiso del investigador (Anexo 6). Para finalizar, diseñaremos un modelo de consentimiento para que los participantes dieran su autorización para participar en el estudio (Anexo 7). Toda esta información, junto con el protocolo del estudio, fue enviada al CEIC de referencia de nuestro hospital que está ubicado en el Hospital Universitario Príncipe de España de Bellvitge. El CEIC emitió un informe favorable el 19 de diciembre del 2013, otorgándole una **Ref. PR338/13** a nuestro proyecto de Tesis Doctoral (Anexo 8).

En la relación al resto de cuestiones éticas relevantes en la IC, se elaboró un **consentimiento informado (CI)** que aseguró la participación voluntaria y la competencia para decidir si participar o no en la investigación propuesta. Los requisitos incluyeron: información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, la comprensión del sujeto de esa información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre no forzada sobre si participar o no.

Como peculiaridad en un estudio cualitativo se debe considerar como un proceso transaccional continuo llamado **consentimiento de proceso** que puede ser negociado y pactado en el transcurso del proceso investigativo para lograr acuerdos en relación a la utilización de grabadora o videocámara, a la posibilidad de una segunda entrevista o a la renuncia del informante a hablar de un determinado tema. La cuestión de la **confidencialidad** y anonimato se refiere a que no se desvele la identidad de los participantes de la investigación y que no se pueda relacionar su identidad con la información obtenida. Se usarán pseudónimos y la información será custodiada por el investigador con una clave de acceso al sistema informático. Cualquier ulterior requerirá consentimiento expreso del participante.

Desde el ámbito de la bioética, según Siurana (217), y aplicado a esta investigación, se contempla por encima de todo la **autonomía** del participante. Este puede abandonar la investigación en el momento que lo desee, sin reproche alguno. Desde el ámbito social y científico, en la contribución al conocimiento por identificar las percepciones ante una situación de emergencia, repercutirá de manera positiva sobre los cuidados a nuestros pacientes, con lo que está considerado como acto de **beneficencia**. Teniendo presente la **no maleficencia**, no dañaremos a ningún participante ni físico ni moralmente para realizar nuestra investigación. En la selección de los participantes debe haber **justicia** y debe ser equitativa. Se hizo por conveniencia teniendo en cuenta los criterios de inclusión hasta llegar a nuestra saturación teórica.

La transcripción literal obtenida de los GF fue fiel a la información aportada por los participantes. Se comentó con ellos y con el moderador para asegurar la veracidad de los datos y para permitir que pudieran ratificar o modificar su contenido. La OP y las FD, como expuse anteriormente, también fueron comentadas con el personal sanitario implicado en cada una de ellas. La **relación investigador-participante** siempre estuvo inmersa en una situación de cordialidad y predispuesta a escuchar sugerencias y réplicas de sus integrantes.

Para finalizar, la **razón riesgo-beneficio**, fue positiva. Se informó a los participantes en qué consistía la investigación, el papel de la investigadora y su importante aportación. Se destacó la no existencia de conflicto de intereses por ningún integrante del estudio, permitiendo su revisión y opinión en aquellas situaciones en las que intervenían.



## **8. DIFICULTADES Y LIMITACIONES METODOLÓGICAS**

---

Durante la realización de esta investigación se encontraron con varias dificultades que se fueron superando a medida que se avanzaba. La primera encontrada fue con el equipo Directivo del hospital, exactamente con Dirección de Enfermería. La dificultad más destacable, de nuestro deseado encuentro, fueron las tres semanas de espera, pero confirmó su aprobación sin ninguna objeción. Las reuniones mantenidas con el jefe de servicio de la unidad y con supervisión se desarrollaron rápidamente, en un ambiente basado en la escucha activa y comprensión, mostrando su aceptación e implicación en cualquier requerimiento que presentase la investigadora.

Al iniciar esta investigación, una gran dificultad fue encontrar pocos estudios sobre el tema a investigar y, sobretodo, dentro de la metodología cualitativa. Se trataba de un estudio bastante innovador y que requería de una determinada experiencia por parte del investigador. Esta dificultad generó un estudio profundo en el tema y consultas a expertos, antes de empezar a recoger datos.

Como en todas las IC, se generaron gran cantidad de datos. Su dificultad resultó al concretar o intentar reducirlos para poder analizarlos. Se empezó a hacer manual, pero se completó con la ayuda del programa informático Atlas. ti. Este nos ayudó a codificar, categorizar y triangular la información. Se consiguió ganar calidad en el trabajo de investigación y dedicar el máximo tiempo al análisis, reduciendo tiempo en su clasificación y ordenación.

Con respecto a las limitaciones observadas, comentar que estuvieron basadas en las técnicas de recogidas de datos y en su proceso de concretar o intentar reducirlos para poder analizarlos. Respecto a las recogidas de datos se encontraron las siguientes limitaciones:

- Pocos casos de PCR en nuestro centro para poder hacer una OP de calidad. Se tenían que reunir varias premisas: tenían que producirse en el turno de mañana de lunes a viernes y tenían que venir del exterior del servicio, ya fuese de hospitalización o de fuera del hospital y así poder observar cómo actuaban los participantes con el factor sorpresa. Con la incorporación del SEM muchos de los

PCR extra hospitalarios son derivados a centros hospitalarios de mayor nivel, con lo que esto genera aún menos posibilidades de tratar estas situaciones. En nuestro centro sanitario no se dispone de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por lo que para la realización de las curas postparada son derivadas a centros de mayor nivel asistencial.

- Los participantes de los diferentes GF empezaron a desinteresarse por acudir a estas reuniones. Los motivos fueron diversos, pero el más significativo fue la desmotivación. El personal sanitario se encuentra en un momento de desinterés por su labor diaria, quizás impulsado por los últimos acontecimientos. Poseen menos salario y la misma responsabilidad, reciben reproches de los pacientes/familia y menos apoyos por parte de la institución. Todo esto hace que cada día quieran permanecer menos tiempo en el hospital. Se recuerda que los GF se realizaron fuera del horario laboral. En un primer momento eran grupos de 12 personas y finalmente se realizaron con 6 participantes. El abandono fue una de las limitaciones importantes.
- La complejidad de la selección de sus integrantes, basados en unos específicos criterios de inclusión, y su requerimiento mediante correo electrónico; unido a la dificultad de reunirlos a todos en un mismo lugar y hora, teniendo en cuenta la disparidad de horarios entre ellos, fueron limitaciones a tener en cuenta desde el inicio de la investigación.
- Respecto a los simulacros, una de las limitaciones fue que diferían ligeramente de la realidad porque realmente no se trataban de personas que tenían su vida en peligro. Esto hizo modificar ligeramente los resultados, pero aun así pudimos observar las dificultades que existían en la realización de las técnicas o de trabajar en equipo, en la comunicación verbal o no verbal, y en la relación con las familias. Para activar de manera automática ciertas emociones o reacciones, que sí que se dan en la realidad, el segundo simulacro jugó con el factor sorpresa. Con ello, se consiguió desencadenar percepciones, emociones, pensamientos y sentimientos que se dan en un caso real. Las situaciones fueron grabadas en vídeo. Con posterioridad, de manera inmediata a su realización, fueron revisadas y analizadas por todos los integrantes del equipo, con la finalidad de encontrar soluciones a sus problemas y aprender de sus errores.

## 9. CONCLUSIONES

---

Las conclusiones de esta investigación, según los objetivos planteados, son:

1. **Objetivo general:** *Explorar la experiencia de los profesionales sanitarios (auxiliares de enfermería (AE), diplomados universitarios de enfermería (DUE) y médicos adjuntos (MAD) del Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (HCAP) respecto a una situación de Parada Cardíaca Intrahospitalaria.*

Las experiencias de los profesionales sanitarios observados coinciden en que la formación en SV es un elemento esencial para fortalecer la seguridad del paciente y mantener la calidad asistencial. Esta formación debería iniciarse en la formación de grado y reforzarse con la formación continuada en el centro, con carácter obligatorio para todos los profesionales. Los contenidos de esta formación deben incluir aspectos teórico prácticos y habilidades no técnicas que capaciten a los profesionales para saber comunicar, reconocer y controlar las emociones, realizar valoraciones objetivas y tomar decisiones más apropiadas.

Y según los **objetivos específicos:**

2. *Comprender los pensamientos, emociones y reacciones que se generan en los profesionales sanitarios ante una parada cardiorespiratoria.*

Las primeras reacciones ante una PCR son de caos y descontrol, aunque estas desaparecen en el momento que cada miembro adquiere un rol bien identificado y se empieza a utilizar el algoritmo establecido por el ERC/CCR. Se generan emociones y sentimientos de sorpresa, tensión, nerviosismo e irritabilidad que varían en función de cómo se hayan producido los hechos, del conocimiento previo sobre el paciente y fundamentalmente de la edad del mismo. En ocasiones, se establece una relación de empatía que puede causar sensación de impotencia, frustración y pena.

3. *Determinar si se producen diferencias en función de las categorías profesionales.*

Los profesionales presentan emociones y comportamientos diferentes según su formación, categoría profesional y responsabilidad en la resolución del evento. Aunque

hay emociones y sentimientos comunes, los profesionales de la medicina sienten más ansiedad y estrés por miedo a equivocarse en alguna tarea, fundamentalmente cuando tienen poca experiencia en situaciones de reanimación cardiorrespiratoria. Las auxiliares de enfermería perciben que su trabajo es poco significativo, ya que su rol se limita a colaborar con el equipo en si falta alguna cosa, por ello creen que podrían y deberían hacer algo más. Los profesionales de enfermería se sienten responsables del paciente fundamentalmente cuando la víctima es un paciente al que cuidaban previamente. Los médicos poseen muy arraigada la «propiedad del paciente» y se sienten responsables de su cuidado y del resultado final.

*4. Conocer si existe un trabajo en equipo ante una parada cardiorespiratoria intrahospitalaria y si existen dificultades para desarrollarlo de manera efectiva.*

Aunque existe un trabajo en equipo y los roles de cada uno están bien establecidos, existen problemas de coordinación, de comunicación y de liderazgo fundamentalmente cuando los miembros que intervienen en una RCP se conocen poco, ya que no existe la complicidad y confianza que se establece cuando se trabaja siempre con el mismo equipo. La figura del líder acaba apareciendo siempre, ya sea de una manera impuesta o por disposición de alguno de sus miembros, y su papel es fundamental ya que debe procurar el cuidado integral del paciente, supervisar las acciones de cada miembro del equipo, ser experto en las habilidades técnicas y no técnicas necesarias en la RCP y ha de saber utilizar una comunicación concisa y clara dirigida a cada participante para evitar errores innecesarios. La comunicación se puede ver afectada por condicionantes físicos como el exceso de ruido y por las percepciones que experimenta cada miembro del equipo en relación con sus emociones y necesidades.

*5. Identificar necesidades y recursos-estrategias para mejorar, en un futuro la calidad asistencial y la formación en Soporte Vital.*

Los factores que pueden mejorar la efectividad del equipo de RCP son el disponer del material suficiente y adecuado de acuerdo a las nuevas tecnologías, realizar sesiones de *debriefing* inmediatamente después de las situaciones de PCR, para reflexionar y extraer conclusiones con la intención de mejorar a partir del análisis de los posibles errores, e incluir, siempre que sea posible, la colaboración de un psicólogo que ayude al equipo a dinamizar estas sesiones y a afrontar las situaciones de estrés emocional. Se considera necesario disponer de un tiempo para «desconectar» después de esta situación estresante,

con la finalidad de volver a realizar las actividades habituales de la mejor manera posible. Disponer de atención psicológica individualizada, cuando el profesional sienta esta necesidad, también se considera necesario.





## 10. FUTURAS INVESTIGACIONES

---

Los resultados presentados, sin duda, responden a los objetivos de esta investigación, pero también generan nuevas preguntas sobre temas a investigar. Estas posibles nuevas líneas de investigación futuras se exponen a continuación:

- Aplicar estas habilidades no técnicas en los cursos de adiestramiento en SV, para poder conocer sus ventajas e inconvenientes, e ir mejorando tanto nuestra gaceta docente como asistencial.
- Conocer si se modifica la manera de afrontar estas situaciones conflictivas antes y después de realizar un curso sobre habilidades emocionales. Si es así, cuáles son los factores más destacados en dicho cambio y qué recursos necesitamos, con la intención de que llegue al alcance de todos los profesionales sanitarios.
- Sería interesante realizar sesiones con un *debriefing* después de algunas situaciones de PCR para poder compararlas con otras en las que no se realicen. Su mayor objetivo sería valorar su eficacia y la necesidad o no de su implantación en nuestro centro. Si su eficacia fuese relevante, se podría hacer un estudio multicéntrico para justificar su implantación de manera definitiva.
- De igual modo, podríamos investigar si la incorporación de la figura psicológica o coach en estas sesiones les ayudaría realmente a dinamizarlas y a superar situaciones conflictivas. Para poder valorarlo se realizarían sesiones con la «figura dinamizadora» y otras sin ella. Su comparación nos ayudaría a conocer su importancia y a la posible necesidad de incorporación.
- También sería necesario indagar, de manera más profunda, cuánto tiempo permanecen los conocimientos y habilidades en los profesionales sanitarios, ya que en la bibliografía no se refleja con estudios relevantes. Conocer la cadencia ideal de los mismos nos ayudará a mantener la calidad asistencial.

Estas ideas sobre futuras investigaciones, solo son algunas de las que se podrían desarrollar próximamente. Como investigadora y formadora me comprometo a difundir estos conocimientos obtenidos y a fomentar el interés de mis alumnos a emprender algunos de estos proyectos u otros que se pudiesen generar.





## 11. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Ignacio García E, Rodríguez Escobar J. Estándares de calidad para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Rovira Gil E, López González A. Reanimación Cardiopulmonar. En: Difusión Avances de Enfermería. Urgencias en Enfermería I. 2ª ed. Madrid:Ediciones DAE; 2005. p.145-175.
3. García Guasch R, Cerdà M. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar a la población: uno de los pilares para mejorar la supervivencia de los pacientes en paro cardíaco. Med Clin [Internet]. 2005 enero [citado en 18 febrero 2017];124(1):13-5. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775305715943>
4. Lester C, Donnelly P, Weston C, Morgan M. Teaching schoolchildren cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation [Internet]. 1996 febrero [citado en 2017 febrero 18];31(1):33-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0300957295009124>
5. FEC: Fundación Española del Corazón. Ni el 10% de la población saber realizar la Reanimación Cardiopulmonar. [Internet]. Madrid:FEC;1995[2013 octubre 17;citado 2016 febrero 1]. [aprox. 2 pantallas] Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2611-ni-10-de-poblacion-espanola-sabe-realizar-reanimacion-cardiopulmonar.html>
6. Soar J, Monsieurs KG, Ballance JHW, Barelli A, Biarent D, Greif R, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. Principles of education in resuscitation. Resuscitation [Internet]. 2010 octubre [citado 2014 octubre 8];81(10):1434-44. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20956044>
7. Negovsky VA, Gurtvitch AM ZE. Postresuscitation Disease. Amsterdam: Elsevier; 1983.
8. Beck C, DS L. Death after clean bill of death. JAMA. 1960;174:133-5.
9. Wiggers CJ. Cardiac massage followed by countershock in revival of mammalian ventricles from fibrillation due to coronary occlusion. Am J Physiol. 1936;116:161-2.
10. Kouwenhoven WB, Langworthy OR, Prevost J BF, Hooker DR KWLO, Kouwenhoven WB HDYJ, Kouwenhoven WB MWKGCW, et al. Cardiopulmonary Resuscitation. JAMA [Internet]. 1973 noviembre 19 [citado 2017 enero 8];226(8):877. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1973.03230080025008>
11. Infouci.org [Internet]. Gijón: Infouci;2012 [2013 agosto 27; citado 2016 febrero 1]. Historia de la Reanimación cardiopulmonar 2ª parte;[aprox.7 pantallas].

Disponible en: <http://infouci.org/2013/08/27/historia-de-la-rcp-parte2/>

12. Safar P, Brown TC HW. Ventilation and circulation with closed-cardiac massage in man. *JAMA*. 1961;176:574-6.
13. Gasco García MC, García Guasch R. International recommendations for cardiopulmonary resuscitation. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2000;47(9):377-9.
14. American Heart Association and National Academy of Sciences-National Research Council: Standards for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Care. *JAMA*. 1966;198:373.
15. Bossaert L, Chamberlain D. The European Resuscitation Council: Its history and development. *Resuscitation*. 2013;84:1291-4.
16. López-Herce J CA. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 5ª ed. Madrid:Publimed; 2006.
17. Álvarez Fernández J, Perales Rodríguez de Viuri N. Recomendaciones internacionales en resucitación: del empirismo a la medicina basada en la evidencia. *Med Intensiva*. 2005;29(6):342-8.
18. Madrid.org [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2005 [2014 junio 18; citado 2016 diciembre 22]. Protocolo de actuación de enfermería ante la parada cardiorespiratoria en adultos en el ámbito hospitalario. [www.codem.es](http://www.codem.es);36. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/c6032233-3266-4865-a36d-234b4d0adbe0/349702fc-eb04-4c82-8d68-fe273863e0e9/f62984c0-d3ec-4792-92bd-a41fa8e9b6bf/f62984c0-d3ec-4792-92bd-a41fa8e9b6bf.pdf>
19. Bristowe K, Siassakos D, Hambly H, Angouri J, Yelland A, Draycott TJ, et al. Teamwork for clinical emergencies: interprofessional focus group analysis and triangulation with simulation. *Qual Health Res* [Internet]. 2012 octubre 1 [citado en 2015 enero 4];22(10):1383-94. Disponible en: <http://qhr.sagepub.com/content/22/10/1383.short?patientinform-links=yes&legid=spqhr;22/10/1383>
20. CCR: Consell Català de Ressuscitació [Internet]. Barcelona:CCR; 2003 [2016 noviembre; citado en 2016 diciembre 20]. Disponible en: <http://www.ccr.cat/CCR>
21. Monsieurs K, Nolan J, Boussaert L, Greiff R, Perkins G, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 1. Executive summary. *Resuscitation* [Internet]. 2015;95:1-311. Disponible en: [https://www.iecscyl.com/textos/ERC\\_Guidelines\\_2015\\_FULL.pdf](https://www.iecscyl.com/textos/ERC_Guidelines_2015_FULL.pdf)
22. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, Chameides L, Schexnayder SM, Hemphill R, et al. Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18):640-656
23. López Messa J, P H-A, Pérez-Vela J, Martín-Hernández H. Novedades en Soporte Básico de vital importancia y externa desfibrilación semiautomática. *Med*

- Intensive. 2011;35(5):299-306.
24. Merchant RM, Yang L, Becker LB, Berg RA, Nadkarni V, Nichol G, et al. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. 2012;39(11):2401-6.
  25. Gómez R. Carga de morbilidad y proceso de atención a las enfermedades cardiovasculares en los hospitales del SNS [Internet]. Vol 2. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2009. [actualizado en 2011; citado 2016 noviembre 16]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas\\_Comentadas\\_02.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Estadisticas_Comentadas_02.pdf)
  26. Morrison LJ, Neumar RW, Zimmerman JL, Link MS, Newby LK, McMullan PW, et al. Strategies for improving survival after in-hospital cardiac arrest in the United States: 2013 consensus recommendations: a consensus statement from the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2013 abril 9 [citado en 2014 septiembre 19];127(14):1538-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23479672>
  27. Nolan J, Soarb J, Zidemanc D, Biarentd D, Bossaerte L, CDeakinf H, et al. Guías para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen ejecutivo[Internet].Madrid:CERCP; 2010. [actualizado 2010; citado en 2015 noviembre 8]. Disponible en: <http://www.cercp.org/guias-y-documentos/115-guias-erc-2010>
  28. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. Eur Heart J [Internet]. 2006 julio [citado en 2014 octubre 4];27(13):1610-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16495286>
  29. Smith G. In-hospital cardiac arrest: Is it time for an in-hospital “chain of prevention”? Resuscitation [Internet]. 2010 [citado en 2015 noviembre 18];81:1209-11. Disponible en: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(10\)00245-5/pdf](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(10)00245-5/pdf)
  30. Soar J, Perkins GD, Harris S NJ. The Immediate Life Support Course. Resuscitation. 2003;57:21-6.
  31. Spearpoint KG, Gruber PC BS. Impact of the Immediate Life Support course on the incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest calls: an observational study over 6 years. Resuscitation. 2009;80:638-43. resuscitation es la editorial???
  32. Clarke SP AL. Failure to rescue. Am J Nurs. 2003;103:42-7.
  33. Kane N, Siegrist R. Understanding rising hospital inpatient costs: Key components of cost and the impact of poor quality. August [Internet]. 2002 [citado en 2014 octubre 8]; Disponible en: [https://heartland.org/sites/all/modules/custom/heartland\\_migration/files/pdfs/14629.pdf](https://heartland.org/sites/all/modules/custom/heartland_migration/files/pdfs/14629.pdf)
  34. McCue M, Mark BA HD. Nurse staffing, quality, and financial performance. J Heal Care Financ. 2003;29:54-76.

35. Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., Neff DF. The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Med Care* [Internet]. 2011;49(12):1047-53. Disponible en: <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
36. Castillo-García J, Abad-Torrent A, Racoba-Zoff G, Castillo-Monsegur J. Percepción de los profesionales sanitarios del Hospital Sant Llorenç de Viladecans sobre sus conocimientos y habilidades en reanimación cardiopulmonar. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2006 enero [citado en 2017 enero 9];16(1):39-43. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862106711767>
37. Källestedt m-ls. IN-HOSPITAL CARDIAC ARREST [Internet]. Västerås: Uppsala Universitet; 2011 may 13 [citado en 2014 octubre 3]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
38. Santana JCB, Dutra BS, Machado FCC, Silva VR da. Aspectos emocionais da equipe de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar (RCP) - Emotional aspects of nursing staff in cardiopulmonary resuscitation (RCP). *Percurso Acadêmico*. 2011;1(1):173-4.
39. Avedis Donabedian M. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3):166-203.
40. Avedis Donabedian M. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). *Control Calid Asist*. 1991;6(2):31-9.
41. Barrera Becerra C. Plan estrategia Seguridad Paciente [Internet]. Sevilla: Consejería de salud. Junta de Andalucía; 2006 [citado en 2016 febrero 1]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/estrategia\\_seguridad\\_paciente/estrategia\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/estrategia_seguridad_paciente/estrategia_seguridad_paciente.pdf)
42. CDC: Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA:Grants.Gov;1947[2015 noviembre 6; citado en 2017 febrero 18]. ICD - ICD-9-CM - International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification [Internet]. CDC/National Center for Health Statistics. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm.htm>
43. Gordon M. *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. 10ª ed. Madrid:Elsevier; 2003.
44. Lucio Peña G, Fuentes Leonardo A. Proceso avanzado en la reanimación cardiopulmonar avanzada. *Arch Cardiol México*. 2002;72(1):271-4.
45. Nanda Internacional. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. 3ª ed.. Madrid:Elsevier; 2016.
46. De la Chica R, Colmenero M, Chavero MJ, Muñoz V, Tuero G RM. Factores pronósticos de la mortalidad en una cohorte de pacientes con parada cardiorrespiratoria hospitalaria. *Med Intensiva*. 2010;34:161-9.
47. García Jiménez A. Resucitación cardiopulmonar en dos hospitales españoles: mejorando la supervivencia.REMI [Internet]. 2010 [2016 dic 6];Vol 10(5):1502.

Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2010/05/REMI1502.html>

48. Chair DLAMSL. Part 6: Electrical Therapies Automated External Defibrillators, Defibrillation, Cardioversion, and Pacing 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* [Internet]. 2010 [citado en 2015 febrero 17];122(3):706-19. Disponible en: [http://circ.ahajournals.org/content/122/18\\_suppl\\_3/S706.full.pdf](http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S706.full.pdf)
49. Abella.BS. The importance of cardiopulmonary resuscitation quality. *Curr Opin Crit Care*. 2013;19(3):175-80.
50. Soar J. Delivering high-quality cardiopulmonary resuscitation in-hospital. *Critical Care*. 2011. 17(3):225-30.
51. López-Messa JB, Herrero-Ansola P, Pérez-Vela JL, Martín-Hernández H. News in basic life support and semi-automated external defibrillation. *Med Intensiva*. 2011;35(5):299-306.
52. Olivari Medina C, Urra Medina E. Self-efficacy and Health Behaviors. *CiencEnferm* [Internet]. 2007 [citado en 2014 noviembre 11] ;13(1):9-15. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>.
53. Bandura A. *Self-Efficacy: The exercise of control*. Publishers W, editor. New York: Freeman; 1997.
54. Cabrera P. Aprendizaje vicario, efecto mimético y violencia de género [Internet]. 2010 [citado en 2014 noviembre 11]. p. 17. Disponible en: <http://aconsejame.net/znewaconsejame/articulos/doc-violenciagenero-documento.pdf>
55. Bandura A. *Social Learning Theory* [Internet]. New York: Library of Congress Catalog; 1971 [citado en 2014 noviembre 11]. Disponible en: [http://www.jku.at/org/content/e54521/e54528/e54529/e178059/Bandura\\_SocialLearningTheory\\_ger.pdf](http://www.jku.at/org/content/e54521/e54528/e54529/e178059/Bandura_SocialLearningTheory_ger.pdf)
56. Rotter J. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *J Consult Clin Psychol*. 1975;43:56-67.
57. Bandura A, Rivièrè A. *Teoría del aprendizaje social* [Internet].Madrid: Espasa-Calpe; 1982 [citado en 2015 febrero 17]. Disponible en: <http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/adolescentes/0086.doc>
58. Psicòlegs R. La teoria de la Autoeficacia [Internet]. Barcelona: wordpress; 2013 enero 28 [citado en 2014 noviembre 1]. Disponible en: <http://rbpsicòlegs.wordpress.com/2013/01/28/la-teoria-de-la-autoeficacia/>
59. Ruiz Dodobara F. Influencia de la autoeficacia en el ámbito académico. *Rev Digit Invest en Docencia Univ*. 2005;1(1):16.
60. Bandura A. *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia* [Internet]. Cantabria:Universidad de Cantabria; 2001 [citado en 2014 febrero 1]. Disponible

en: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>

61. Luszczyńska A. The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *J Psychol* [Internet]. 2005[citado en 2014 febrero 1];139(5):439-57. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
62. O'Higgins F, Ward M, Nolan J. Advanced life support skills undertaken by nurses — UK survey. *Resuscitation* [Internet]. 2001 julio 7 [citado en 2014 noviembre 19];50(1):45-9. Disponible en: <http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300957201003343/fulltext>
63. Cardona P, Wilkinson H. Trabajo En Equipo. Barcelona:IESE Bus Sch; 2006 [citado en 2017 enero 30]. Disponible en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/OP-07-10.pdf>
64. Achury Saldaña D. Role of Nursing Professionals in Cardio Pulmonary Resuscitation. *Rev Actual en Enfermería* [Internet]. 1998 [citado en 2017 marzo 1];12(3):1-3. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-123/roldelprofesionaaenenfermeria/>
65. Gomez Pereira, B. 10 claves del trabajo en equipo [Internet]. México: Entrepreneur Media; 2014 [citado en 2015 febrero 19]; Disponible en: <https://www.entrepreneur.com/article/267144>
66. Sánchez Ángeles A. Equipo de Trabajo [Internet]. Mexico:Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2014 [citado en 2015 febrero 19]. Disponible en: <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/15528>
67. Martínez Torres M. Psicología de la Comunicación. Barcelona: Departament de Psicologia Bàsica. Universitat de Barcelona; 2012.
68. Hofstadt Román CJV. El libro de las habilidades de comunicación. 2ª ed. Madrid: Diaz de Santos, S.A; 2005.
69. Escandell Vidal MV, Martí Sánchez M. La comunicación. Madrid:Editorial Gredos; 2005.
70. Savastano S, Vanni V. Cardiopulmonary resuscitation in real life: the most frequent fears of lay rescuers. *Resuscitation* [Internet]. 2011 mayo [citado en 2014 noviembre 12];82(5):568-71. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957210011627>
71. Adams DA, Dobbs J GM. A model to enhance staff reponse in cardiopulmonary arrest. *JNursing Care Qual.* 2002;17(1):43-50.
72. Cydulka RK, Emerman CL, Shade B, Kubincanek J. Stress levels in EMS personnel: a national survey. *Prehosp Disaster Med* [Internet]. [citado en 2015 enero 4];12(2):136-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10186997>
73. Castle N, Garton H, Kenward G. Confidence vs competence: basic life support skills of health professionals. *Br J Nurs* [Internet]. 2007 [citado en 2015 enero 4];16(11):664-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17577185>

74. Chamberlain DA, Hazinski MF. Education in resuscitation: an ILCOR symposium: Utstein Abbey: Stavanger, Norway: June 22-24, 2001. *Circulation* [Internet]. 2003 noviembre 18 [citado en 2015 enero 4];108(20):2575-94. Disponible en: [http://circ.ahajournals.org/content/108/20/2575.full?ijkey=ffbc935505db869fd3df6ca39c2ec4713610c743&keytype=tf\\_ipsecsha](http://circ.ahajournals.org/content/108/20/2575.full?ijkey=ffbc935505db869fd3df6ca39c2ec4713610c743&keytype=tf_ipsecsha)
75. Maza López Á. Funciones del Liderazgo [Internet]. Colombia: Gestipolis; 2014 junio 19. [citado en 2015 enero 4]. Disponible en: <http://www.gestipolis.com/funciones-del-liderazgo/>
76. Mendoza Palacios R. Investigación cualitativa y cuantitativa. Diferencias y limitaciones [internet] Perú: Monografías.com; 2006 [citado en 2015 enero 4]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigacion-cualitativa2.shtml>
77. Patton QM. *Qualitative evaluation and research methods*. 2<sup>nd</sup> ed. Newbury Park: SAGE; 1990.
78. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J GJE. *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada (España): ALJBE; 1997.
79. Strauss AL, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* [Internet]. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002 [citado en 2016 diciembre 18]. Disponible en: [http://cataleg.ub.edu/record=b1669880~S1\\*cat](http://cataleg.ub.edu/record=b1669880~S1*cat)
80. Blasco Mira J, Pérez Turpin J. *Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte*. Alicante: Editorial Club Universitario; 2007.
81. Taylor SJ BR. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Paidós Ibérica S.A; 2000.
82. Norman K. Denzin YSL. *Handbook of Qualitative Research*. 4<sup>th</sup> ed. Hardcover: SAGE; 2011.
83. Denzin Norman K. *Interpretative Ethnography: Etnographic practices for the 21st Century*. London: SAGE Publications, Inc; 1997.
84. Denzin Norman K. *Interpretative Etnography for the next century*. *Contemp Ethnogr*. 1999;28(5):510-9.
85. Vasilachis de Gialdina I, Ameigeiras AR, Chernobilsky L, Béliveau V, Mallimaci F, Mendizábal N, et al. *Estrategias de investigación cualitativas*. Publidisa, editor. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A; 2006.
86. Hernández Sampieri R, Baptista Lucio P, Fernández-Collado C. *Metodología de la investigación*. 5<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2010.
87. Guba E., Lincoln Y. *Competing Paradigms in Qualitative Research*. In: *Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE Publications; 1994. p. 105-17.
88. Ruiz Olabuénaga JI. *Metodología de la investigación cualitativa* [Internet]. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012 [citado en 2016 diciembre 18]. Disponible en:

[http://cataleg.uoc.edu/record=b1057722~S1\\*cat](http://cataleg.uoc.edu/record=b1057722~S1*cat)

89. Amezcúa M, Gálvez Toro A. Los Modos De Análisis En Investigación Cualitativa En Salud: Perspectiva Crítica Y Reflexiones En Voz Alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):423-36.
90. Oliva P, Buhning K. Investigación cualitativa y evidencia en salud: Respuestas fundamentales para su comprensión. *Rev Chil Salud Pública*. 2011;15(3):173-9.
91. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB RW. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
92. Burns N, Grove S. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. In: *Investigación en Enfermería*. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
93. Vásquez ML. Cuidar e investigar: desafíos metodológicos en enfermería y en salud. *Dialnet [Internet]*. 2011 [2015 may 23];1:31-44 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3756318&info=resumen&idioma=SPA>
94. Gálvez Toro A. Actualidad de la enfermería basada en la evidencia, superando la evidencia científica: la metasíntesis. *Index Enfermería Digit [Internet]*. 2003[2015 may 23];40-41:7-8. Disponible en: [www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41\\_articulo\\_7-8.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_7-8.php)
95. Patton QM. Two decades of developments in qualitative inquiry. *Qual Soc Work*. 2002;1(3):261-83.
96. Creswell J. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. 3<sup>th</sup> ed. London: Sage; 1998.
97. Bolio AP. Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Reencuentro*. 2012;65:20-9.
98. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2<sup>nd</sup> ed. London: SAGE Publications, Inc; 1998.
99. Ahumada M, Antón BM, Peccinetti MV. El desarrollo de la Investigación Acción Participativa en Psicología. *Enfoques*. 2012;24(2):23-52.
100. Fals Borda O, Rodriguez Brandao C. *Investigación Participativa*. Montevideo: Instituto del Hombre y La Banda Oriental; 1987.
101. Lewin K. Action research and minority problems. *J Soc Issues*. 1946;2(4):34-46.
102. Kemmis S, McTaggart R. *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes; 1988.
103. Fetterman DM. *Ethnography Step-by-Step*. 3<sup>rd</sup> ed. London: SAGE Publications, Inc; 2010.
104. Aguirre Baztán Á. *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural [Internet]*. Barcelona: Boixareu Universitaria. Marcombo; 1995 [citado en 2015 enero 4]. Disponible en: [http://cataleg.uab.cat/record=b1421837~S1\\*cat](http://cataleg.uab.cat/record=b1421837~S1*cat)



105. Wordpress.com[Internet]. España: Word Press; 2008[actualizada mayo 2009; citado 4 enero 2015]. Disponible en: <https://antropologia.wordpress.com/2008/12/07/el-funcionalismo-de-malinowski/>
106. Hammersley Martyn AP. ETNOGRAFIA. MÉTODOS DE INVESTIGACION [Internet]. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A; 1994 [citado en 2015 enero 10]. Disponible en: <http://www.agapea.com/libros/ETNOGRAFIA-Metodos-de-investigacion-9788449309809-i.htm>
107. Malinowski B. Los argonautas del Pacífico occidental. 1ª ed. Barcelona: Planeta agostini; 1986.
108. San Vicente Vicente FJ. Guía básica para el conocimiento de la investigación etnográfica[Internet]. Zamora: Asociación Cultural Musical Jesús López Cobos; diciembre del 2010[actualizado diciembre del 2015; citado 23 de mayo 2016] Disponible en: [http://www.elcantodelamusa.com/docs/2010/diciembre/doc4\\_guiabasica.pdf](http://www.elcantodelamusa.com/docs/2010/diciembre/doc4_guiabasica.pdf)
109. Azpurua F. La escuela de Chicago. Sus aportes para la investigación en ciencias sociales.Sapiens[Internet];2005[citado en 2015 enero 1];6(2):25-36. Disponible en: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1317-58152005000200003&lng=es&nrm=i](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152005000200003&lng=es&nrm=i)
110. Landeros-Olvera E, Morales-Rodríguez MC, Martínez-Reyes M del C. Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico. Index de Enfermería [Internet]. 2010 septiembre [citado en 2015 enero 1];19(2-3):187-90. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200025&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200025&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
111. Leininger M, McFarland M. Culture Care Diversity & Universality: A Worldwide Nursing Theory. 2<sup>nd</sup> ed. Massachussetts: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
112. Fornons D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index de Enfermería [Internet]. 2010 [citado en 2017 febrero 19];19(2-3):172-6. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
113. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gaz Antropol [Internet]. 2006 [citado en 2017 febrero 19];22. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7118>
114. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. CiencEnferm. 2011;XVII(3):11-22.
115. Unican.es [Internet]. Cantabria: Creative Commons;2001[actualizada 2014; citada 19 de febrero 2017]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria>
116. Ucdenver.edu [Internet]. Denver: The Regents of the University of Colorado; 2004 [2016; citado en 2016 noviembre 15]. Disponible en: <https://www.watsoncaringscience.org/images/features/library/THEORY%20OF>

%20HUMAN%20CARING\_Website.pdf

117. Watson J. Watson theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Enfermagem* [Internet]. 2007[citado en 2016 noviembre 15];16(1):129-35. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en).
118. Watson J. Global Effort: Caring theory put back into practice around the globe. *Denver's Nursing star* [Internet]. Vol 11. Mustang: Metro Publishing; 2010 april 19[citado en 2016 noviembre 15]. Disponible en: [http://www.denvernursingstar.com/newsletter/pdfs/3393673\\_1632155.pdf](http://www.denvernursingstar.com/newsletter/pdfs/3393673_1632155.pdf)
119. Rincón Igea D. Investigación acción-cooperativa. En M.J. Gregorio Rodríguez. *Memorias del seminario de investigación en la escuela*. Bogotá: Quebecor; 1997. p. 71-97.
120. Stake RE. Investigación con estudio de casos [Internet]. 4ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 2007 [citado en 2015 enero 10]. Disponible en: <https://books.google.com/books?id=gndJ0eSkGckC&pgis=1>
121. Rivas R. La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa. *Educere* [Internet]. 2006[citado en 2015 enero 5];10(33):383-4. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-49102006000200024&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102006000200024&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
122. Serra C. Etnografía escolar, Etnografía de la educación. *Rev Educ*. 2004;334:165-76.
123. Mayan M. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores[Internet]. Canada:Qual Institute Press; 2001 [citado 20 febrero 2015]. Disponible en: <https://sites.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
124. Wilson S. The Use of Ethnographic Techniques in Educational Research. *Rev Educ Res* [Internet]. 1977 [citado en 2015 feb 20];47(2):245-65. Disponible en: <http://rer.sagepub.com/cgi/doi/10.3102/00346543047002245>
125. CSAP: Consorci Sanitari de l'alt Penedès [Internet]. Barcelona: CSAP; 2007. [citado en 2016 noviembre 6]. La institució, el CSAP [aprox, 1 pantalla]. Disponible en: [www.csap.cat/informacio-corporativa/la-institucio-csap/](http://www.csap.cat/informacio-corporativa/la-institucio-csap/)
126. CSAP.cat [Internet]. Barcelona: CSAP;2007 [actualizado 5 noviembre 2016; citado 6 noviembre 2016]. Disponible en: [www.csap.cat/memoria/2015/](http://www.csap.cat/memoria/2015/)
127. Ortega Deballon I, De la Plaza Horche E. Módulo 9 Aspectos generales en urgencias, emergencias y catástrofes. En: Consejería Sanidad, editor. *Manual y procedimientos de Enfermería SUMMA 112* [Internet]. Madrid: Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid; 2015 [citado en 2017 marzo 3].1231-1334 Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3D>

Modulo+9.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352868957646&ssbinary=true

128. Guasch O. Observación participante [Internet]. Tarragona: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); 1996 [citado en 2016 marzo 10]. Disponible en: <http://kolectivoporoto.cl/wp-content/uploads/2016/02/CUADERNOS-METODOLÓGICOS-Observación-Participante.pdf>
129. Boyle JS. Estilos de etnografía. En: JM Morse. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Alicante: Universidad de Antioquia; 2005.p. 211-242.
130. Fernández-Lasquetty Blanc B. Investigación Cualitativa. En: (DAE) D de A de E. Introducción a la investigación en enfermería. 1ª ed. Madrid; DAE; 2013. p. 175-252.
131. Goffman E. Presentación de la persona en la vida cotidiana. 2ª ed. Buenos Aires: AMORRORTU; 2009.
132. Velasco H, Díaz de Rada A. La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela. 6ª ed. Madrid: Trotta; 2009.
133. Hammersley Martyn AP. Etnografía. Métodos de Investigación. 1ª ed. Barcelona:Ibérica P; 1994.
134. Amezcua M. El trabajo de campo etnográfico en salud. Index de Enfermería. 2000;30:30-5.
135. Krueger RA, Martín González M. El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada. Madrid:Pirámide; 1991.
136. Vallés M. Tecnicas Cualitativas de investigación social. 5ª ed. Madrid: Síntesis; 2014.
137. Vázquez Navarrete M, Ferreira da Silva M, Mogollón Pérez A, Fernández de Sanmamed Santos M, Delgado Gallego M, Vargas Lorenzo I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. 1ª ed. Barcelona: UAB; 2006.
138. Merton, RK and Kendall P. The Focused interview. Am J Sociol [Internet]. 1946;51(6):541-57. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2770681>
139. Ibáñez J. Más allá de la sociología. el grupo de discusión: teoría y crítica. 1ª ed. Madrid: Siglo XXI de ESPAÑA; 1979.
140. Callejo J. El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. Barcelona:Ariel; 2001.
141. Huertas E, Francisco B, Moreno JV. El grupo de discusión como técnica de investigación en la formación de traductores: dos casos de su aplicabilidad. Entreculturas [Internet]. 2010 [citado en 2017 enero 15];2:27-12. Disponible en: <http://www.entreculturas.uma.es/n2pdf/articulo11.pdf>
142. Álvarez Álvarez C. La etnografía como modelo de investigación en educación.

- Gaz Antropol [Internet]. 2008 [citado en 2015 enero 10];24(1). Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G24\\_10Carmen\\_Alvarez\\_Alvarez.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G24_10Carmen_Alvarez_Alvarez.html)
143. Stake RE. Investigación con estudios de casos. 3ª ed. Madrid: Morata SRL; 2005.
  144. Kendall J. Axial coding and the grounded theory controversy. West J Nurs Res. 1999;21(6):753-7.
  145. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Vol. 1. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey:Aldine Transaction;1999.
  146. Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder : la enseñanza de la enfermería [Internet]. Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona; 2005 [citado en 2016 diciembre 18]. Disponible en: [http://catalog.ub.edu/record=b1717463~S1\\*cat](http://catalog.ub.edu/record=b1717463~S1*cat)
  147. Erickson F. Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En: Gloria Vitale. La investigación de la enseñanza II Métodos cualitativos y de observación.Barcelona: Paidós; 1989. p. 195-301.
  148. Castillo E, Vázquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med. 2003;34(3):164-7.
  149. Sandín Esteban M. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. Resvista Investig Educ. 2000;18(1):223-42.
  150. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. London: Sage; 1985.
  151. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expended sourcebook. 2<sup>nd</sup> edition. London:Sage; 1994.
  152. Castillo, E; Vázquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med. 2003;34:164-7.
  153. Arias Valencia M. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Investig y Educ en Enferm. 2000;18:13-26.
  154. Goetz J, Lecompte M. Etnografía y diseño cualitativo de investigaciones educativas. Madrid: Morata; 1988.
  155. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:473-82.
  156. RAE:Real Académia Española. [Internet]. Madrid: IBM;1713[actualizado 27 enero 2017; citado 28 enero 2017].Diccionario de la lengua española (DLE) [1 pantalla]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EjXP0mU>
  157. Kleinginna P, Kleinginna A. A categorized list emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. Motiv Emot. 1981;5(4):345-79.
  158. Fierro C. Principios: la relevancia de William James en la enseñanza de la historia de la psicología. Eureka en Línea. 2013;10(1):96-104.
  159. Izard C, Kagan J, Zajonc R. Emotions, cognition and behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. 620 p.

160. Sánchez Rueda G. Las emociones en la práctica enfermera. Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.
161. Citolino Filho C, Santana Santos E, Gengo e Silva R, Nogueira L. Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro\*. Rev da Esc Enferm. 2015;49(6):918-914.
162. Silva S, Padilha K. Cardiopulmonary resuscitation in the intensive care unit: analysis of iatrogenic occurrences during attendance. Rev Esc Enferm UPS. 2000;34(4):413-20.
163. Berrios M, Augusto J, Aguilar M. Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. Index Enfermería. 2006;15(54):30-4.
164. Damasio A. El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano. Barcelona: Critica; 2006. p. 280.
165. Fidalgo Vega M. La conducta humana ante situaciones de emergencia: análisis de proceso en la conducta individual [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1993 [citado en 2017 enero 29]. Disponible en: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp\\_390.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_390.pdf)
166. Rodríguez Núñez A, López-Herce Cid J, Hermana Tezanos M<sup>a</sup> T., Rey Galán C. Ética y reanimación cardiopulmonar pediátrica. An Pediatría [Internet]. 2007 enero [citado en 2017 enero 29];66(1):45-50. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403307702928>
167. Novel G, Lluch M. Enfermería psicosocial II. Barcelona: Salvat; 1991.
168. Rodríguez Martínez M. Actuaciones del profesional de enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión. Fund enfermería Cantabria. 2012;1(7):9-14.
169. Herrera-Kiengelher Mirna Villamil-Álvarez I Blanca Pelcastre-Villafuerte II Fernando Cano-Valle LI. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. Rev Saúde Pública. 2009;43(4):589-94.
170. Espinosa C, Menoret V, Puchulu M, Selios M. Bioética en la relación equipo de salud-paciente. Diaeta. 2009;27(128):31-6.
171. García J, Cámara F, Aparicio A, Cases I. Comunicación e información a los familiares de cuidados intensivos. Enfermería Clínica. 1995;5:17-22.
172. Santana K, Kimura M, Azevedo K. Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado. Latino-am Enferm. 2007;15(1):84-92.
173. Achury D, Achury L. Presencia de la familia en la reanimación cerebrocardiopulmonar. Enfermería en Cardiol. 2010;50(17):52-6.
174. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ, et al. Family participation during resuscitation: An option. Ann Emerg Med [Internet]. 1987

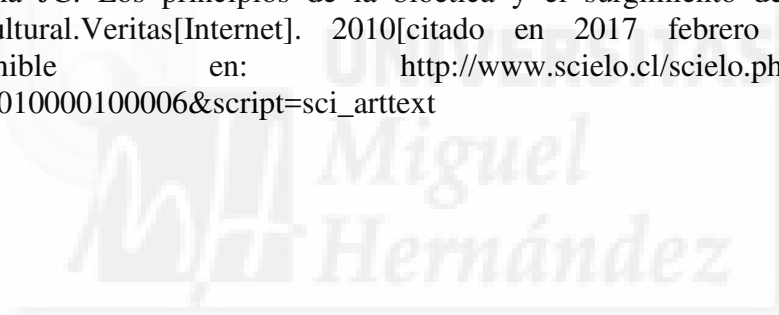
- junio [citado en 2017 febrero 3];16(6):673-5. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064487800690>
175. Sanjorge Carretero P. Las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte y hacia la presencia de familiares durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar en la emergencia extrahospitalaria. Madrid:Universidad Pontificia de Comillas; 2015.
  176. Adams S, Whittlock M, Higgs R, Bloomfield P, Baskett P. Should relatives allowed to watch resuscitation. *BMJ*. 1994;308:1687-92.
  177. Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family Presence During Resuscitation: A Double-Edged Sword. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2017 enero [citado en 2017 febrero 1]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jnu.12273>
  178. Vera Carrasco O. Conducta ética en el paro cardiorrespiratorio. *Rev Médica La Paz*. 2016;22(1):69-79.
  179. Rodriguez Vega B, Fernández Liria A. Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (II): intervenciones desde Atención Primaria de salud. *Medifam*. 2002;12(4):276-84.
  180. OMS: Organización Mundial Salud [Internet]. Región Europa: OMS;1948[update 2006; citado en 2017 febrero 1]. Personal sanitario [aprox.2 pantallas]. Disponible en: [www.who.int/topics/health\\_workforce/es/](http://www.who.int/topics/health_workforce/es/)
  181. O'Brien-Pallas L, Birch S, Baumann A, Tomblin Murphy G. Integrating workforce planning, human resources, and service planning. *World Heal Organ*. 2001;1-35.
  182. Ander-Egg E, Aguilar M. El trabajo en equipo. México DF: Editorial Progreso; 2001.
  183. Reynoso Erazo L, Seligson Nisenbaum I. Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México DF: El manual moderno; 2005.
  184. Collel R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña [Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2005[citado en 2016 febrero 5] . Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf>
  185. Ascencio L, Allende S, Verastegui E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*. 2014;11(1):101-15.
  186. Echeburúa E, Salaberría K, De Corral P, Cruz-Sáez S. Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Psicol Conductual*. 2012;20(2):423-35.
  187. López-Messa JB, Martín-Hernández H, Pérez-Vela JL, Molina-Latorre R, Herrero-Ansola P. Novedades en métodos formativos en resucitación. *Med Intensiva* [Internet].2011 [citado en 2017 febrero 2];35(7):433-41. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912011000700006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000700006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

188. Demaria J, Bryon E, Timothy J, Silverstein J, Reich D, Bodian C, et al. Adding emotional stressors to training in simulated cardiopulmonary arrest enhances participant performance. *Med Educ.* 2010;44(10):1006-15.
189. Peláez Sánchez ME. Conocimientos de los enfermeros del hospital del oriente de asturias (HOA) en reanimación cardiopulmonar. *Enfermería Comunitaria.* 2016;4(3):18-30.
190. Källestedt M-LS, Berglund A, Herlitz J, Leppert J, Enlund M. The impact of CPR and AED training on healthcare professionals' self-perceived attitudes to performing resuscitation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet].* 2012 enero [citado en 2014 noviembre 12];20(1):26. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3352321&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
191. Spooner B, Fallaha J, Kocierz L, Smith C, Smith S, Perkins G. An evaluation of objective feedback in basic life support (BLS) training. *Resuscitation.* 2007;73(3):417-24.
192. Woollard M, Whitfield R, Newcombe R, Colquhoun M, Vetter N, Chamberlain D. Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: a randomised controlled trial. *Resuscitation.* 2006;71(2):237-47.
193. Galindo López J, Visbal Spirko L. Simulación, herramienta para la educación médica. *Salud uninoeste.* 2007;23(1):79-95.
194. Palés J, Gomar C. El uso de simulaciones en educación médica. *Rev electrónica Teoría la Educ y Cult en la Soc la Inf.* 2010;11(2):147-69.
195. Kobayashi L, Lindquist D, Jenouri I, Dushay K, Haze D, Sutton E. Comparison of sudden cardiac arrest resuscitation performance data obtained from hospital incident chart review and in situ high-fidelity medical simulation. *Resuscitation.* 2010;81(4):463-71.
196. Román A. Clinical guidelines, clinical pathways and protocols of care. *Medwave [Internet].* 2012 julio 1 [citado en 2017 febrero 4];12(6):e5436-e5436. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>
197. Navaro Puerto M, Ruiz Romero F, Reyes Domínguez A, Gutiérrez Ibarlucea I, Hermosilla Gago T, Alonso Ortiz del Rio C, et al. ¿Las guías que nos guían son fiables? Evaluación de las guías de práctica clínica españolas. *Rev Clínica Española.* 2005;205(11):533-40.
198. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses [Internet].* Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [citado en 2017 febrero 6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328739>
199. Flin R, Fletcher G, McGeorge P, Sutherland A, Patey R. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia [Internet].* 2003 [citado en 2017 febrero 6];58(3):233-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12603453>

200. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs* [Internet]. 2005 [citado en 2017 febrero 6];105(1):54-64-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15659998>
201. Landete Belda L. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería dermatológica*. 2012;6(16):16-9.
202. León Mejía A. Estrategias para el desarrollo de la comunicación profesional. México: Limusa; 2005.
203. OMS: Organización Mundial Salud[Internet]. Región Europa: OMS; 1713[update 2006;citado en 2017 febrero 6]. Informe sobre la salud en el mundo. Potenciar al máximo el personal sanitario existente. p. 66-95. Disponible en: [www.who.int/whr/2006/06\\_chap4\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_chap4_es.pdf)
204. Cordero Escobar I, López Lazo S, Mora Díaz I. La calidad en la formación de los recursos humanos en anestesiología y reanimación. *Rev Cuba Anestesiología y Reanimación* [Internet]. 2013 [citado en 2017 febrero 7];12(1):12-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
205. Vivas Lopez N. Estrategias de aprendizaje. *Gondola*. 2010;5(1):27-37.
206. Calvo Macías C, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Burón Martínez E. Material del carro de reanimación cardiopulmonar pediátrica. *An Pediatría* [Internet]. 2007 enero 1 [citado en 2017 febrero 7];66(1):51-4. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es/material-del-carro-reanimacion-cardiopulmonar/articulo/13097360/>
207. Mayol Barrera S, Grima Cervantes O, Berbel Castro J. Análisis de la utilización de un dispositivo de control de tiempo durante la reanimación cardiopulmonar. *Soc Españolas Urgencias y Emergencias*. 2013;25:323-40.
208. Moreno Cámara S, Palomino Moral PÁ, Frías Osuna A, Pino Casado R del. En torno al concepto de necesidad. *Index de Enfermería* [Internet]. 2015 diciembre [citado en 2017 febrero 7];24(4):236-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
209. Maslow A. Motivación y personalidad [Internet]. Madrid: Díaz de Santos, S.A; 1991 [citado en 2017 febrero 7]. 436 p. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8wPdJ2Jzqg0C&oi=fnd&pg=PR13&ots=F\\_i2YvOgdg&sig=SE1PG9RpdOCTbUvJPKDuQ-SV1Lk&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8wPdJ2Jzqg0C&oi=fnd&pg=PR13&ots=F_i2YvOgdg&sig=SE1PG9RpdOCTbUvJPKDuQ-SV1Lk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
210. Luna-Villanueva E, Santos-Rodríguez M de los, Sierra Basto G, González-Arriaga CR, Zamora-Graniel FG. Retroalimentación integral (debriefing) oral y asistida por video en simulación de reanimación cardiopulmonar avanzada: estudio piloto. *FEM Rev la Fund Educ Médica* [Internet]. 2015 abril [citado en 2017 febrero 8];18(2):139-47. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322015000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322015000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)



211. Savoldelli G, Naik VN, Park J, Joo H, Chow R, Hamstra S. Value of Debriefing during Simulated Crisis Management: Oral versus Video-assisted Oral Feedback. *Anesthesiology* [Internet]. 2006 [citado en 2017 febrero 8];105:279-85. Disponible en: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/Article.aspx?articleid=1930968>
212. Solé M, Balduque Alonso M. El programa de ayuda al empleado (EAP): intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2007.
213. Kawasaki K, Sekimoto M, Ishizaki T, Imanaka Y. Work stress and workload of full-time anesthesiologists in acute care hospitals in Japan. *J Anesth.* 2009;23(2):235-41.
214. Aguado Martín J, Bátiz Cano A, Quintana Pérez S. The stress in the hospital sanitary personnel; current status. *Med Segur Trab.* 2013;59(231):259-75.
215. Guerriero ICZ, Dallari SG. The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. *Cien Saude Colet.* 2008;13(2):303-11.
216. Houghton CE, Casey D, Shaw D MK. Ethical challenges in qualitative research: examples from practice. *Nurse Res.* 2010;18(1):15-25.
217. Siurana JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* [Internet]. 2010 [citado en 2017 febrero 8];22:121-57. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-92732010000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-92732010000100006&script=sci_arttext)





## ***12. ANEXOS***



---

- Anexo 1: Recogida de datos en la Observación Participante.
- Anexo 2: Guion de los Grupos discusión o Focales.
- Anexo 3: Carta de solicitud a la Dirección de Enfermería del HCAP.
- Anexo 4: Respuesta de la Dirección de Enfermería a la solicitud.
- Anexo 5: Conformidad del Jefe de Servicio (Modelo CEIC-03).
- Anexo 6: Compromiso del Investigador.
- Anexo 7: Consentimiento informado para los participantes.
- Anexo 8: Informe emitido por el CEIC como favorable.



## 12.1 RECOGIDA DE DATOS EN LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

Registro de Observación Participante o Simulacro (nombre y periodo de observación).

ACTIVACIÓN	HORA INICIO	HORA FINALIZACIÓN	SERVICIO ASISTENCIAL	NÚMERO PARTICIPANTES	RESPONSABLE
BUSCA 					
SEÑAL 					

Breve descripción caso:

### 1. COMUNICACIÓN VERBAL

#### LENGUAJE RESPONSABLE

CARACTERÍSTICAS COMUNICACIÓN ORAL	SÍ	NO
<b>CLARIDAD</b>		
<b>DECISIÓN/ FIRMEZA</b>		
<b>COHERENCIA</b>		
<b>TONO ADECUADO</b>		
<b>BREVEDAD</b>		
<b>DIRIGE-RECEPTOR</b>		

OBSERVACIONES/CARACTERÍSTICAS (ver anotaciones):

ANOTACIONES:

**Tono de voz adecuado:** Valoraremos volumen (alto pero sin gritar), velocidad (pausada y la articulación (vocalizar: abriendo bien la boca).

## LENGUAJE ENTRE LOS DIFERENTES COMPONENTES DEL EQUIPO

CARACTERÍSTICAS COMUNICACIÓN ORAL	SÍ	NO
<b>CLARIDAD</b>		
<b>DECISIÓN</b>		
<b>COHERENCIA</b>		
<b>TONO ADECUADO</b>		
<b>CONCRETO/CONCISO</b>		
<b>COMUNICACIÓN EQUIPO</b>		

OBSERVACIONES: (Especificar por categoría profesional)

ANOTACIONES:

**Tono de voz adecuado:** Valoraremos volumen (alto pero sin gritar), velocidad (pausada y la articulación (vocalizar: abriendo bien la boca).

### PROBLEMAS DETECTADOS EN LA COMUNICACIÓN

♦ **TRANSMISOR:**

<b>EMOTIVIDAD</b>	<b>ALTA:</b> Presenta <b>Ira</b> , impaciencia, rabia, irritabilidad; <b>tristeza</b> , desesperación, soledad...sorpresa <b>BAJA:</b> Desmotivación, pérdida de interés.
<b>INFORMACIÓN EXCESIVA</b>	<b>RAPIDEZ:</b> No asimilan la información percibida. <b>LENTITUD:</b> Distracción.

♦ **RECEPTOR:**

<b>INTERRUPCIONES</b> A menudo. Aisladas.	<b>NO ESCUCHA</b> Bloqueado. Falta atención.	<b>DISTRACCIÓN</b>	<b>NO DOMINIO LENGUAJE</b>
---	--	--------------------	--------------------------------

♦ **MENSAJE:** Destacar la FALTA DE COHERENCIA.

♦ **OBSERVACIONES:**

## 2. COMUNICACIÓN NO VERBAL

### LENGUAJE DEL RESPONSABLE

<b>EXPRESIÓN FACIAL</b>	TRISTEZA MIEDO ENOJO SORPRESA DESPRECIO ASCO ALEGRÍA
<b>MIRADA</b>	CONTACTO VISUAL: SÍ/NO ↑PARPADEO
<b>GESTOS</b>	DESCONOCIMIENTO NERVIOSISMO TENSION
<b>POSTURA</b>	INMOVILIDAD DEAMBULANDO RÍGIDEZ

OBSERVACIONES:

### LENGUAJE ENTRE LOS DIFERENTES COMPONENTES DEL EQUIPO

<b>EXPRESIÓN FACIAL</b>	TRISTEZA MIEDO ENOJO SORPRESA DESPRECIO ASCO ALEGRÍA
<b>MIRADA</b>	CONTACTO VISUAL: SÍ/NO ↑PARPADEO
<b>GESTOS</b>	DESCONOCIMIENTO NERVIOSISMO TENSION
<b>POSTURA</b>	INMOVILIDAD DEAMBULANDO RÍGIDEZ

OBSERVACIONES: (Especificar por categoría profesional)

## VALORACIÓN DEL ENTORNO

- ♦ ¿El entorno es adecuado para realizar las maniobras? SÍ/NO  
Explicación (espacio, personal, material).
  
- ♦ ¿Existen dificultades? SÍ/NO  
Cuáles:
- ♦ ¿El personal está entrenado para actuar en estas situaciones? SÍ/NO  
Causa de la negación:
  
- ♦ El líder ¿se ha identificado?, ¿ha sabido coordinar? SÍ/NO  
Identificar sus cualidades y deficiencias:
  
- ♦ ¿Han trabajado en equipo? SÍ/NO  
Teniendo en cuenta las **5 C**: complementariedad, comunicación, coordinación, confianza y compromiso.  
Observación:
  
- ♦ La familia ¿ha sido informada?, ¿dónde? SÍ/NO  
Anotaciones:

ANOTACIONES PERCEPCIONES (Equipo de Emergencias – Observador):

## 12.2 GUIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

### ***Percepción del personal sanitario ante una parada cardiorespiratoria intrahospitalaria***

#### **1. Concepto Parada Cardiorespiratoria (PCR):**

- a) ¿Cómo definiríais una PCR?
- b) ¿Creéis que existe diferencia una PCR intrahospitalaria de una extrahospitalaria?, ¿por qué?
- c) Cuando sois avisados por una situación de PCR, ¿qué es lo primero que pensáis?Cuál es vuestro pensamiento, emoción y reacción.

#### **2. Formación:**

- d) ¿Creéis que vuestra percepción de PCR está basada en vuestra formación personal?
- e) ¿Pensáis que se os prepara para una situación de PCR?  
(*Tanto a nivel académico como a nivel de la institución*)
- f) ¿Qué influencias creéis que tiene vuestra formación sobre sus creencias sobre la PCR?

#### **3. Relación con el paciente:**

- g) ¿Cómo es la carga asistencial en vuestro Servicio Asistencial?
- h) Si es excesiva, ¿creéis que influye en la atención a los pacientes en situación de PCR?
- i) ¿Pensáis que disponéis de las últimas tecnologías en vuestro centro para atender de manera adecuada una PCR?

#### **4. Relación interprofesional:**

- j) ¿Qué comprendéis por trabajo en equipo?
- k) ¿Se trabaja en equipo ante una PCR?
- l) ¿Pensáis que cada personal sanitario adquiere un rol bien identificado?
- m) ¿Y aparece la figura de Líder? ¿Quién debe ser el Líder?

#### **5. Relación con la familia:**

- n) Ante una situación de PCR ¿Cómo reaccionáis vosotros ante la familia?
- o) ¿Qué dificultades veis en la relación con los familiares ante una PCR?

#### **6. Desenlace fatal:**

- p) ¿Cómo comprendéis el concepto de muerte?
- q) ¿Qué reacciones reconocéis que aparecen en vosotros cuando no conseguís salvar al paciente?
- r) ¿Cómo os afecta el sufrimiento y muerte de un paciente?

#### **7. Recursos y estrategias de afrontamiento:**

- s) Por vuestra experiencia profesional ¿qué estrategias creéis que habéis desarrollado para afrontar una PCR?
- t) ¿Qué dificultades encontráis para expresar los sentimientos del paciente y familia?
- u) Los sentimientos generados, ¿soléis compartirlos con otras personas? ¿con quién?



v)

8. **Valoración final:**

w) Acciones de mejora / Mecanismos de apoyo.

Las **percepciones** pueden alterar el resultado de la RCP. Conocerlas puede provocar un cambio en sus actitudes, y conseguir que ganen **autoconfianza, seguridad y calidad** en la realización de las maniobras. Aumentando, si cabe, la supervivencia de las víctimas.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

○ **EDAD**

20-30	31-40	41-50	51-60	>60

○ **CATEGORIA PROFESIONAL**

AUXILIAR	DUI	MÉDICO

○ **EXPERIENCIA LABORAL**

<5 AÑOS	5-10 AÑOS	>11 AÑOS

○ **HA REALIZADO CURSO SVB**

SÍ	¿CUÁNTOS AÑOS?	<3 AÑOS	>3AÑOS
NO			

### *12.3 CARTA DE SOLICITUD A LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL HCAP*

DIRECCIÓ D'NFERMERÍA

CARTA DE SOL·LICITUD.

Al present curs acadèmic he iniciat el Doctorat en Investigació Clínica (RD 1393/2007) a la Universitat Miguel Hernández d'Elx, facultat de Medicina. La meva Tesis Doctoral es fonamenta en la “PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA”. Amb l'objectiu general de conèixer l'experiència dels professionals sanitaris respecte a una situació d'aturada cardiorespiratoria, tinc la intenció de realitzar una investigació de 18 mesos de durada per tal de millorar la pràctica clínica. És per això que sol·licito el seu vist-i-plau per:

- En primer terme, observar la reacció i acció del personal sanitari, sota consentiment informat i confidencial, davant d'una aturada.
- En segon terme es realitzaran grups focals (a un grup reduït i seleccionat del hospital), per conèixer necessitats percebudes; amb la finalitat de millorar l'activitat formativa i conèixer si augmenta la percepció d'autoeficàcia.

Atentament,

CRISTINA GARCÍA SALIDO

## 12.4 RESPUESTA DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA A LA SOLICITUD



**HOSPITAL COMARCAL  
de l'Alt Penedès**

DE: DIRECCIÓ D'INFERMERIA

A: CRISTINA GARCÍA SALIDO

Ens plau comunicar-te que hem rebut la teva carta de 29 d'octubre de 2013 en la que ens informes que has iniciat el Doctorat en Investigació Clínica a la Universitat Miguel Hernández d'Elx i que, per tal de poder dur a terme la teva tesi doctoral, tens la intenció de realitzar una investigació de 18 mesos de durada sobre la "PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA".

A tal efecte, aquesta Direcció et donarà el vist-i-plau a la realització de la investigació que proposes, prèvia autorització del Comitè d'Ètica de l'Hospital Universitari de Bellvitge.

Aprofito l'avinentsa per a saludar-te ben cordialment.

Carme Rizo Rey  
Direcció d'Infermeria  
Vilafranca, 31 d'octubre de 2013

## 12.5 CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO (MODELO CEIC-03)

### CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO

(Modelo CEIC-03)

El Dr. /Dra. FRANCESC CHAVALÈS JIMENEZ, como jefe del Servicio de URGENCIAS del centre HOSPITAL COMARCAL DE L'ALT PENEDÈS.

HACE CONSTAR:


- Que conoce la documentación relativa al PROYECTO DE METODOLOGÍA CUALITATIVA, titulado: **PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA PARADA CARDIOESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA**

Y cuyo investigador principal será el/la Sra. CRISTINA GARCÍA SALIDO

- Que el investigador principal, así como el resto del equipo, reúne las características de competencia necesarias para realizar este tipo de proyecto de investigación biomédica así como la metodología específica del proyecto de referencia.
- Que el servicio dispone de las instalaciones y recursos adecuados para la realización del proyecto de investigación biomédica anteriormente referenciado, y dichas instalaciones son aptas para el entero cumplimiento de la normativa vigente aplicable en este ámbito y para el cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica (BPC) aplicables.
- Que estoy de acuerdo con la realización del proyecto de investigación biomédica en este Servicio.

Dr. /Dra. FRANCESC CHAVALÈS JIMENEZ

Jefe de Servicio de URGENCIAS



En VILAFRANCA DEL PENEDÈS. , a...28...de...OCTUBRE...de 2013

## *12.6 COMPROMISO DEL INVESTIGADOR (Modelo CEIC-01)*

### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR (Modelo CEIC-01)

Sra. CRISTINA GARCÍA SALIDO, del Servicio de URGENCIAS del HOSPITAL COMARCAL DE L'ALT PENEDEÈS,

HACE CONSTAR:

- Que conoce y acepta participar como investigador principal en la realización de la Tesis Doctoral sobre la PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA.
- Que me comprometo a que cada sujeto, sus datos personales o sus muestras biológicas, según procede, sea tratado de acuerdo con el protocolo de ensayo que sea aprobado por el Cornité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de referencia y autorizado por la Autoridad Sanitaria competente.
- Que respetare las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios y seguirá las normas de buena práctica clínica en su realización.

Fdo. Sra. CRISTINA GARCÍA SALIDO Investigador/a principal

En VILAFRANCA DE PENEDES, a 28 de octubre de 2013

## 12.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES

Estimado participante,

En la actualidad estoy realizando una investigación en la Universidad Miguel Hernández de Elche, con la colaboración del Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, sobre la ***Percepción del personal sanitario ante una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria***. La finalidad del estudio es conocer y evaluar las percepciones del personal sanitario ante una situación de emergencia, como es el paro cardiorrespiratorio, además de las características de la comunicación verbal y no verbal entre los miembros del equipo que atienden la emergencia. De forma secundaria, valoraremos si Estas varían si realizamos un curso de entrenamiento en Soporte Vital.

Consiste en un estudio de modalidad cualitativa por lo que será sometido a un grupo de discusión, formado por un grupo multidisciplinar del ámbito hospitalario, que será grabado en formato audio para ser analizado con más exactitud a posteriori. Dichas conversaciones serán confidenciales, según la Ley Orgánica 15/1999 de Tratamiento de los Datos de Carácter personal (LOPD), y serán revisadas únicamente por mi persona. Los resultados serán publicados de manera global. No comprende ningún riesgo para su persona, en cambio, se obtiene un beneficio para la comunidad sanitaria, mejorando la calidad asistencial a nivel de habilidades no técnicas. Se trata de una participación voluntaria, de la que no obtendrá ninguna remuneración económica, y de la que podrá abandonar en el momento que usted crea conveniente.

Muchas gracias por su colaboración,

Cristina García Salido

Enfermera del Servicio de Urgencias.

Si tiene alguna duda sobre este tipo de investigación, puede dirigirse a mi correo personal: [cristina3mag@gmail.com](mailto:cristina3mag@gmail.com).

## AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito anteriormente. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado a mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en este proyecto de investigación. He recibido una copia del documento.



PARTICIPANTE    INVESTIGADORA PRINCIPAL

(Nombre, apellidos y firma) Dña. Cristina García Salido

## 12.8 INFORME EMITIDO POR EL CEIC COMO FAVORABLE



### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC DE INVESTIGACIÓ CLÍNICA SOBRE PROJECTOS DE INVESTIGACIÓ

El Comitè Ètic de Investigació Clínica del Hospital Universitari de Bellvitge, en su reunió de fecha 19 de Diciembre de 2013 (Acta 22/13), tras examinar toda la documentación presentada sobre el proyecto de Tesis Doctoral con nuestra ref. **PR338/13**, titulado:

**“PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA PARADA  
CARDIOESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA”**

De la Sra. Cristina García Salido (Dirigida por la Dra. Concepción Carratalà del Departamento de Investigación Clínica de la Universidad Miguel Hernández de Elche de Alicante y *Co-dirigida* por la Dra. Maria Pilar Isla del Departamento de Enfermería Comunitaria de la Universitat de Barcelona – Campus de Bellvitge) del Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de L'Alt Penedés, como DOCTORANDA, se ha acordado dar INFORME FAVORABLE al mencionado proyecto.

Fdo. Dr. Enric Sospedra Martínez  
Secretario del CEIC

L'Hospitalet de Llobregat, 19 de Diciembre de 2013



TOP 20 2016 TOP 20 2017 TOP 20 2018 TOP 20 2009

Hospital Universitari de Bellvitge  
Feixa Llarga s/n  
08907 L'Hospitalet de Llobregat  
Tel. 932 607 500  
www.bellvitgehospital.cat



## 13. TABLAS

---

<b>Tabla 1:</b> Estimación de muertes por paro cardíaco según área geográfica.....	4
<b>Tabla 2:</b> Características, proceso y bondades del enfoque cualitativo.....	31
<b>Tabla 3:</b> Variables demográficas del grupo de estudio.....	54
<b>Tabla 4:</b> Registro de la manera de activación, tiempo real de PCR (hora inicio y finalización), servicio donde sucede, el n° de participantes y el responsable (líder).....	61
<b>Tabla 5:</b> Características de la comunicación oral del líder.....	61
<b>Tabla 6:</b> Características de la comunicación verbal entre los integrantes del equipo....	62
<b>Tabla 7:</b> Problemas detectados en la comunicación.....	62
<b>Tabla 8:</b> Características valoradas en la comunicación no verbal.....	63
<b>Tabla 9:</b> Categorías emergentes y su definición.....	79
<b>Tabla 10:</b> Unidades de significado agrupadas por fuente de información y categoría...81	
<b>Tabla 11:</b> Categorías emergentes con mayor relevancia entre los participantes.....	82
<b>Tabla 12:</b> Metacategoría 1- Percepciones del personal sanitario en situación inusual y emergente, PCIH.....	84
<b>Tabla 13:</b> Metacategoría 2: De la teoría a la práctica en la realización del trabajo en equipo.....	85
<b>Tabla 14:</b> Metacategoría 3: Conocimientos de mecanismos de mejora hacia la calidad asistencial.....	86
<b>Tabla 15:</b> Términos convencionales y alternativos de criterios de calidad en la IC.....	89

