

TECNOLOGÍA Y COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO HOSPITALARIO A ENFERMOS CRÓNICOS DESDE LA PERSPECTIVA DE HABERMAS

Manuel Rich-Ruiz¹, Maria-Manuela Martins², María-Aurora Rodríguez-Borrego³

¹ Doctor por la Universidad de Córdoba. Profesor en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba. Córdoba, España. E-mail: mrich@uco.es

² Doctora en Enfermería. Profesora de la Escuela Superior de Enfermería do Porto. Porto, Portugal. E-mail: mmartins@esenf.pt

³ Doctora por la Universidad de Valladolid. Profesora en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Córdoba. Córdoba, España. E-mail: en1robom@uco.es

RESUMEN: Los objetivos del estudio fueron: describir las situaciones de acción instrumental y comunicativa que ocurren en la práctica enfermera y explorar las dificultades para la acción comunicativa. Estudio etnográfico realizado con enfermeras de dos grandes hospitales de España y Portugal. La recogida de datos se llevó a cabo a través de observación participante y entrevistas semiestructuradas. Posteriormente, se completó con una encuesta. Se realizó análisis del discurso y análisis cuantitativo (de la encuesta). El trabajo de las enfermeras consta, básicamente, de acciones instrumentales. Entre las acciones sociales, predominan las de tipo estratégico, siendo las acciones comunicativas escasas e inespecíficas. Se han identificado dificultades para la acción comunicativa asociadas a la "Nueva Gestión" y al "Conocimiento Codificado". La práctica enfermera demanda un reparto más equilibrado entre los tiempos dedicados a la tecnología y la comunicación. Las dificultades para la acción comunicativa parecen coincidir con los sistemas habermasianos, aunque adoptando formas renovadas.

DESCRIPTORES: Práctica profesional. Filosofía en enfermería. Relaciones profesional-paciente. Comunicación. Conocimientos, actitudes y práctica en salud.

TECNOLOGIA E COMUNICAÇÃO NO CUIDADO HOSPITALAR AO DOENTE CRÔNICO NA PERSPECTIVA DE HABERMAS

RESUMO: Os objetivos do estudo foram: descrever as situações de ação instrumental e comunicativa que acontecem na prática de enfermagem e explorar as dificuldades para a ação comunicativa. Estudo etnográfico levado a cabo com enfermeiros de dois grandes hospitais da Espanha e de Portugal. A coleta de dados foi realizada por meio de observação participante e entrevistas semiestructuradas. Posteriormente, a coleta foi completada com uma enquete. Utilizou-se análise do discurso e análise quantitativa (da enquete). O trabalho dos enfermeiros consiste, basicamente, de ações instrumentais. Entre as ações sociais, prevalecem as ações de tipo estratégico, sendo as ações comunicativas escassas e inespecíficas. Foram identificadas dificuldades, para a ação comunicativa, associadas à "Nova gestão" e ao "Conhecimento Codificado". A prática de enfermagem exige uma distribuição mais equilibrada entre os tempos dedicados à tecnologia e à comunicação. As dificuldades para a ação comunicativa parecem coincidir com os sistemas habermasianos, embora adotando formas renovadas.

DESCRIPTORES: Prática profissional. Filosofia em enfermagem. Relações profissional-paciente. Comunicação. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

TECHNOLOGY AND COMMUNICATION IN HOSPITAL CARE FOR CHRONICALLY ILL PATIENTS FROM THE HABERMASIAN PERSPECTIVE

ABSTRACT: The objectives of the study were to describe situations involving instrumental and communicative actions that take place in nursing and to explore the difficulties in communicative action. It was an ethnographic study conducted among nurses from two large hospitals in Spain and Portugal. Data collection took place through participant observation and semi-structured interviews. It was then followed up by a survey. A discourse analysis and quantitative analysis were performed (on the survey). The nurses' work consisted mainly of instrumental actions. Among the social actions, those of a strategic type predominate, whereas communicative actions are scarce and non-specific. It was noted that difficulties in communicative actions were linked to "New Management" and "Encoded Knowledge". Nursing requires a more balanced distribution between the time dedicated to technology and communication. The difficulties involved in communicative action appear to coincide with Habermasian systems, although renewed forms are adopted.

DESCRIPTORS: Professional practice. Philosophy, nursing. Professional-patient relations. Communication. Health knowledge, attitudes, practice.

INTRODUCCIÓN

No son pocas las voces que alertan del excesivo tecnicismo y empirismo de los sistemas sanitarios actuales.¹ La presencia de valores de naturaleza instrumental se ha incrementado tanto que algunos autores han visto en esta situación un serio peligro para la personalización de la atención² y, por extensión, para la enfermería.³⁻⁴

No obstante, el presente trabajo quiere huir de alarmismos para partir de supuestos más optimistas, pues considera que es posible unir tecnología y humanidad en “un sistema tecnológicamente avanzado que se caracterice, no por la deshumanización y la desesperanza, sino por la claridad, la esperanza y la vida”.^{5:17}

Partiendo de este convencimiento, el estudio recurre a la Teoría de la Acción Comunicativa (TAC) de Jürgen Habermas,⁶ pues su idea de sociedad estructurada, a la vez, en dos niveles (el mundo de la vida y el sistema, la gran originalidad de Habermas, según algunos autores)⁷ va a permitir explicar la práctica enfermera como una realidad particular y sistémica a la vez, donde humanidad y tecnología caben ordenadamente.

Pero además, otra idea de Habermas, la de colonización del mundo de la vida por el sistema, convierte al marco habermasiano en un marco igualmente útil para explicar el excesivo tecnicismo y empirismo de los sistemas sanitarios actuales, resultado, según Habermas, de un proceso de modernización particular, el proceso de modernización capitalista, que ha sistematizado patológicamente numerosas situaciones ordinarias.⁶

La colonización del mundo de la vida por el sistema se va a caracterizar, por tanto, por la elevada frecuencia de acciones instrumentales (acciones técnicas, no-sociales) y estratégicas (acciones sociales en las que el hablante sólo transmite información o influye en el oyente) en ámbitos de acción comunicativa, siendo posible inducir el grado de colonización de los sistemas sanitarios observando la frecuencia de dichas acciones⁶ en situaciones de acción comunicativa.

No obstante, creemos necesario matizar que no consideramos la colonización del mundo de la vida un problema general ni homogéneo. Estudios previos exponen cómo el paciente no busca siempre la acción comunicativa. La necesidad de acción comunicativa por parte del paciente tiene mucho que ver con el problema clínico presentado, siendo mayor en el caso de patologías psicológicas o con un claro componente vivencial, como es el caso de

enfermedades psiquiátricas, oncohematológicas o enfermedades crónicas, que en el caso de procesos agudos,⁸ en los que el paciente espera la respuesta experta, unilateral y no-dialogada del profesional.

La falta de acción comunicativa no supone un problema, por tanto, en el cuidado a pacientes agudos. Ni tampoco parece serlo en el cuidado a pacientes psiquiátricos u oncohematológicos, que suelen encontrar fácilmente respuesta a su demanda de atención comunicativa. Son los pacientes crónicos, cuya atención sigue dominada por el componente biológico, los que sienten una disrupción de su plano vivencial⁹⁻¹¹ sin encontrar una respuesta clara de los profesionales. Esta ha sido la razón de enfocar nuestro estudio hacia este tipo de pacientes.

Los objetivos del estudio fueron: 1) Describir las acciones instrumentales que las enfermeras realizan durante la hospitalización de enfermos crónicos/de larga duración; 2) Identificar las situaciones de acción comunicativa que surgen en el cuidado a enfermos crónicos/de larga duración durante su hospitalización; y 3) Explorar, en su caso, las dificultades para la acción comunicativa en su práctica.

MÉTODOS

Se trata de un estudio etnográfico realizado con profesionales enfermeros de dos grandes hospitales de más de 1000 camas. Uno en la región sur de España, y otro en la región norte de Portugal. Ambos hospitales están considerados como hospitales de alta tecnología.

Se estudió una unidad en España y dos en Portugal, todas dedicadas al cuidado de enfermos crónicos o de larga duración. Se realizó un muestreo teórico. Las unidades se eligieron teniendo en cuenta que representaban los cuidados de calidad para las direcciones de enfermería. Los resultados están referidos, por tanto, a la mejor práctica.

Siguiendo el mismo criterio, la definición de cuidados de calidad realizada por los gestores, se pidieron nombres de posibles participantes a las enfermeras responsables de la gestión de las unidades. Se evitó el personal eventual para procurar que fueran profesionales con larga trayectoria en el cuidado a este tipo de pacientes.

Se realizó un periodo de observación participante en cada uno de los hospitales. El periodo de observación participante en España se llevó a cabo durante el mes de junio de 2011. En Portugal se realizó durante los meses de julio y agosto de 2011. La observación fue diaria e intensiva hasta que el equipo investigador consideró poseer los elementos

necesarios para construir un marco comprensivo y convincente sobre el tema. Al finalizar cada uno de los periodos de observación, se concertaron citas para la realización de entrevistas semiestructuradas. Se realizaron cuatro entrevistas en el hospital español y seis entrevistas en el hospital portugués. El número de entrevistas vino determinado por la saturación del discurso en sus aspectos centrales. Por último, se realizó una encuesta a toda la población de las unidades estudiadas. Los índices de respuesta obtenidos fueron del 92.8%, 68.6% y 100%, lo que supuso un total de 112 participantes. Dicha encuesta contenía ejemplos de situaciones

de acción instrumental, estratégica y comunicativa (Cuadro 1) que debían ser referidas a tres ámbitos: el ámbito del pensamiento, de la acción y del registro. El instrumento fue validado en una etapa anterior del proyecto por el equipo investigador. Para ello se realizó una consulta a expertos y una prueba piloto. Para la comprobación de la fiabilidad realizó el test de la α de Cronbach, obteniendo todos los ítems valores próximos y superiores a 0,8.

No obstante, el diseño considera la observación participante, y por tanto la comprensión del discurso compartido por los grupos profesionales, la principal fuente de explicación.

Cuadro 1 - Acciones incluidas en la encuesta

Pienso que...es importante						
1	Cuando llega un paciente, hablar con él (para tener en cuenta sus necesidades particulares).	1	2	3	4	5
2	Administrar el tratamiento prescrito.	1	2	3	4	5
3	Estar atento a la preparación que requiere cada prueba diagnóstica (radiología, laboratorio, etc.).	1	2	3	4	5
4	Saber todo lo que hay que hacer a cada paciente (pruebas y tratamientos), y comprobar si se ha hecho.	1	2	3	4	5
5	Controlar signos vitales y otras medidas (de drenajes, etc).	1	2	3	4	5
6	Estar atento a los aspectos emocionales de cada paciente.	1	2	3	4	5
7	Tramitar todas las peticiones de pruebas y tratamientos solicitados por el médico (siguiendo las normas establecidas por la institución)	1	2	3	4	5
8	Conocer la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, ir al váter...).	1	2	3	4	5
9	Conocer la vida cotidiana del paciente fuera del hospital (entorno, redes sociales, hábitos, costumbres, etc).	1	2	3	4	5
10	No olvidar ninguna prescripción médica.	1	2	3	4	5
11	Cada vez que entro en la habitación, iniciar una conversación (para que el paciente me diga lo que necesita).	1	2	3	4	5
12	Cumplir con los objetivos de la unidad/servicio.	1	2	3	4	5
13	En ciertas ocasiones (una cirugía al día siguiente, un empeoramiento, etc.), pasar tiempo con el paciente.	1	2	3	4	5
14	Convencer al paciente para que siga el tratamiento prescrito.	1	2	3	4	5
15	Cuando un paciente se encuentra nervioso, inquieto, afligido o desesperanzado, administrar algún medicamento o avisar al médico para solucionarle el problema.	1	2	3	4	5
16	Saber cómo percibe el paciente la enfermedad que tiene, las pruebas que se le hacen, o los tratamientos que le ponemos.	1	2	3	4	5
17	En caso de que la enfermedad cambie mucho su vida, ayudar al paciente a integrar la nueva situación en su vida diaria.	1	2	3	4	5
18	Contribuir en lo necesario para que el paciente disponga de la ayuda más especializada (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, etc.).	1	2	3	4	5
Cuando hago (en mi día a día)...es importante						
Se repiten las mismas acciones						
Cuando registro...es importante recoger						
Se repiten las mismas acciones						

Para el análisis de la información se realizó, primero, un análisis de contenido. En dicho análisis se consideró el marco teórico previamente construido y posibles categorías emergentes. El software utilizado fue el programa Weft QDA.

El análisis de contenido fue enriquecido posteriormente con un análisis del contexto en el que surgieron los discursos, con una descripción detallada de las circunstancias en las que fueron producidos; y un análisis sociológico, que estable-

ce conexiones entre los discursos analizados y el espacio social en el que surgieron, focalizando la atención en el punto de vista particular del sujeto como indicio de construcciones ideológicas.

Para la descripción de las acciones incluidas en la encuesta se han calculado medias; y para comprobar la existencia de dificultades a la acción comunicativa, una comparación de medias para datos apareados.

Se realizó una triangulación de métodos (observación, entrevista semiestructurada y encuesta), de sujetos (al contrastar y negociar los significados con los participantes) y de investigadores (al integrar dos expertos externos, con los cuales se establecieron diálogos reflexivos para profundizar en el análisis, reformular problemas, y construir nuevas ideas).

Para la realización del estudio, se obtuvo informe de Comité de Ética, se solicitó autorización a los diferentes centros, y consentimiento informado verbal y escrito a los participantes. También se ha garantizado el anonimato de las personas participantes y la confidencialidad de las informaciones.

RESULTADOS

Descripción de los participantes

Los participantes en el hospital español pertenecían a una unidad de especialidad médica. La unidad estaba compuesta mayoritariamente por mujeres, de 30 o más años (media de 46.93), y con amplia experiencia en el cuidado a enfermos crónicos de patología respiratoria.

En el caso de los participantes del hospital portugués, la primera unidad estudiada estaba constituida mayoritariamente por personas jóvenes, de 35 años o menos (media de 31.95), con una presencia de hombres del 22.1%, y escasa experiencia profesional (57.3% menor de cinco años). Según los participantes *“medicina [interna] es muy dura y las enfermeras mayores no la quieren (PN1)”*. Las características de los profesionales de la segunda unidad estudiada en Portugal fueron muy similares, aunque el rango de edad dominante en este caso era mayor, entre 30 y 40 años (media de 36.36).

Las referencias, descriptores y temas utilizados en el análisis de contenido están recogidas en el cuadro 2.

Cuadro 2 - Análisis de contenido: temas, descriptores y ejemplos de referencias

Temas	Descriptores	Referencias
Acciones no-sociales/ instrumentales	Prescripciones Trabajo administrativo Cuidados físicos	<i>Tenemos horarios para la medicación, que es a las nueve de la mañana y a medio día [...]. En cuanto a los cambios posturales, tenemos un protocolo, y hacemos cambios más o menos cada dos horas y media o tres horas [...]</i> (PN6).
Acciones sociales	Falta de tiempo: dificultades para encontrar un hueco a las acciones comunicativas	<i>Los momentos de comunicación existen si tú los buscas. Si no los buscas, puedes prescindir de ellos, porque te puedes dedicar a hacer las tareas y ya está (SN1).</i> <i>Infelizmente no tenemos tiempo para darnos el lujo de parar y conversar con el paciente (PN2).</i>
	Acciones informativas-formativas como representantes reales de la acción social	<i>[Nosotros] enseñamos un poco de todo [a él o a la familia], de modo que cuando el paciente tiene el alta y continúe dependiente, pueda cuidarse sólo en casa (PN2).</i>
	Sistematización: la comunicación como interrupción en el ritmo de trabajo	<i>O sea no es algo inconsciente, es que para mí la prioridad en ese momento es que tengo que poner la medicación [...] si me detengo en cada paciente, posiblemente al último le ponga a las once de la mañana el antibiótico que le tenía que haber puesto a las nueve (SN2).</i>
	Las acciones comunicativas son ignoradas e incluso bloqueadas	<i>[...] cuántas veces te pasa lo de “¡ay!, te estaba esperando” y “te estaba esperando” es trabajo, trabajo y trabajo [...] esa es una de las razones por las que [muchas veces] no preguntas cómo estás [risas] (SN1).</i>
Sistema económico	Sistemas de gestión clínica Sistemas de control burocrático Incentivación económica	<i>[...] yo como he pasado por muchos sitios, estuve 8 meses de allí para aquí [se refiere a un periodo en el que estuvo de pool] decía: sí, aquí mucho ordenador pero el trabajo de campo no lo hace nadie. Y te encontrabas cada marrón cuando llegaban los relevos que decía yo, claro aquí ponéis muchos objetivos, pero trabajar, aquí no curra nadie (SN3).</i>

Sistema burocrático	Sacralización social de la ciencia Socialización profesional instrumental Práctica basada en la evidencia Tradición metodológica	<i>Quando un paciente entra aquí [en el hospital] tienen que realizarse todas las técnicas de colocación de sonda [nasogástrica] [...] la ponemos por el bien del paciente, independientemente del consentimiento de la familia, porque es una necesidad que el paciente tiene en ese momento (PN3).</i>
---------------------	---	--

Descripción de acciones instrumentales

El trabajo de las enfermeras de ambos entornos consiste, fundamentalmente, en la administración de medicamentos y otras terapias, la realización de pruebas diagnósticas y la vigilancia de signos vitales. Su realización ocupa la mayor parte del tiempo de atención al paciente. Junto a estas actividades, en el segundo entorno (región norte de Portugal), también ocupan un lugar relevante los cuidados físicos a personas dependientes (alimentación, higiene, cuidados de autoimagen, cambios posturales, etc.); acciones que en el entorno español la enfermera ha delegado en el auxiliar de enfermería.

Pero además, las enfermeras de ambos entornos realizan una enorme cantidad de trabajo administrativo. En el caso de las enfermeras españolas, éste es claramente mayor. Las enfermeras españolas son las encargadas de gestionar el ingreso del paciente, tramitar las pruebas diagnósticas, las hojas de consulta a especialistas, la petición de dietas, la comunicación con farmacia, la gestión de ambulancias, etc. Y todo ello, en medio de su labor clínica.

Situaciones de acción comunicativa

Como es previsible anticipar, en este entorno de trabajo sistematizado, incluso automático, y de ritmos frenéticos, las enfermeras refieren tener dificultades para encontrar un hueco para la comunicación. De hecho, la comunicación surge, fundamentalmente, cuando la enfermera se dirige a la habitación del paciente para hacer cualquiera de las numerosas acciones instrumentales (o técnicas) que tiene programadas, momento en el que aprovecha para realizar acciones estratégicas del tipo información-formación. Fuera de estos momentos, la enfermera llega a interpretar la comunicación como interrupciones en su ritmo de trabajo sistematizado; por lo que ignoran, e incluso bloquean las preguntas del paciente y la comunicación en general.

No obstante, es posible observar episodios de acción comunicativa en el segundo entorno (región norte de Portugal). La enfermera aprovecha los cuidados básicos para dialogar comunicativamente con el paciente sobre lo cotidiano: la inclinación del sillón, el tiempo de sedestación, la temperatura

de la comida, el ritmo de alimentación, la ducha o el lavado en cama.

Respecto a los resultados del análisis cuantitativo, también es posible observar la hegemonía de las acciones instrumentales y estratégicas en el ámbito de la acción (Tabla 1). No obstante, el instrumento parece inducir unas puntuaciones altas en todos los casos, a pesar de las medidas tomadas para asegurar la confidencialidad de las respuestas.

Tabla 1 - Análisis descriptivo de las acciones instrumentales, comunicativas y estratégicas incluidas en la encuesta. España/Portugal, 2011

Pensamiento	Acción	Registro
4,87 (A1)*	4,63 (A2)	4,61 (A2)
4,66 (A2)	4,58 (A10)	4,61 (A10)
4,60 (A8)	4,57 (A5)	4,58 (A5)
4,57 (A4)	4,53 (A1)	4,46 (A4)
4,50 (A6)	4,50 (A3)	4,44 (A7)
4,49 (A17)	4,48 (A4)	4,36 (A8)
4,47 (A10)	4,46 (A8)	4,36 (A15)
4,46 (A5)	4,40 (A18)	4,35 (A3)
4,44 (A3)	4,39 (A7)	4,28 (A18)
4,43 (A13)	4,38 (A6)	4,23 (A6)
4,37 (A11)	4,37 (A17)	4,22 (A9)
4,35 (A18)	4,35 (A11)	4,19 (A1)
4,32 (A15)	4,33 (A15)	4,15 (A14)
4,29 (A16)	4,28 (A13)	4,14 (A16)
4,28 (A14)	4,23 (A16)	4,13 (A17)
4,18 (A7)	4,09 (A14)	3,98 (A13)
4,09 (A9)	4,05 (A12)	3,96 (A12)
4,09 (A12)	4,04 (A9)	3,96 (A11)

* media (número de acción con el que aparece en lo Cuadro 1).

Código de color de la tabla 1

Acciones instrumentales	
Acciones comunicativas	
Acciones estratégicas	

En cuanto a la existencia de dificultades a la acción comunicativa, detectada en el discurso, también puede ser argumentada cuantitativamente si se tiene en cuenta la comparación de medias para datos apareados del grupo de acciones comunicativas, con diferencias significativas en la

puntuaciones otorgadas a dichas acciones en el ámbito del pensamiento respecto a la acción y el registro ($p= 0.003$ y $p=0.00$ respectivamente).

Dificultades para la acción comunicativa

Respecto a las razones que dificultan la comunicación, tienen que ver con el contexto en el que se produce la práctica enfermera hoy día. Si se traspasa el argumento de la falta de tiempo para identificar elementos ocultos tras él, se descubren dos elementos fundamentales en esta situación: la monetarización, el sistema económico; y la burocratización, el sistema burocrático. Los dos sistemas habermasianos que, habitualmente, invaden o colonizan el mundo de la vida.

Las enfermeras sienten que los sistemas sanitarios han introducido una cultura y herramientas empresariales – el *New Management* – que prima criterios mercantilistas sobre los tradicionales valores humanistas. En el hospital español, además, los sistemas de control burocrático existentes han generado una demanda de actividad burocrática tan alta que ha desestabilizado el equilibrio entre actividad clínica y burocrática en favor de la segunda. Las enfermeras han dejado de mirar al paciente para mirar la pantalla del ordenador.

Respecto a las dificultades asociadas al subsistema burocrático, son menos visibles. Las enfermeras consideran el tratamiento una obligación que el paciente tiene que aceptar *sine qua non*. El paciente viene para tratarse. Lo que ocurre es que esta perspectiva no crea distorsión porque es compartida mayoritariamente por pacientes y familia. Frente a las frecuentes explicaciones de las enfermeras (basadas en la evidencia), resultó extraño observar cuestionamientos al orden científico establecido por parte de pacientes o familias.

DISCUSIÓN

Los resultados son coherentes con estudios previos que describen una práctica enfermera caracterizada por la administración de medicamentos y otras terapias, la realización de pruebas diagnósticas, la vigilancia de signos vitales, y el papeleo y otras tareas administrativas.¹²⁻¹³ También encontramos estudios que describen el elevado volumen de trabajo que suponen dichas tareas,¹⁴ y la sensación de falta de tiempo que producen en las enfermeras.¹² Y por último, tampoco resulta difícil encontrar referencias al sacrificio de la interacción enfermera-paciente derivado de la realización de otras tareas alejadas del paciente.¹⁵

Podría parecer, por tanto, que la situación está suficientemente estudiada. Pero, explicar la falta de acción comunicativa como una consecuencia de las acciones instrumentales y de su elevada frecuencia sería simplificar el problema. De hecho, la literatura consultada ofrece otras respuestas similares a los resultados de este estudio: la monetarización y la burocratización.¹⁶

Respecto a la monetarización, resulta extraño acusar al dinero de invadir el espacio que debía ocupar la comunicación en unos sistemas sanitarios en los que, si algo ocurre, es que las personas demandan más de lo que realmente necesitan. Obviamente, el dinero no es moneda de cambio en las conversaciones con nuestros pacientes, pero sí coacciona sustancialmente nuestros sistemas sanitarios, que han introducido una cultura y herramientas empresariales – el *New Management* – que prima criterios mercantilistas sobre los tradicionales valores humanistas.¹⁷

Respecto a la burocratización, el presente estudio describe a unos pacientes que siguen teniendo que adaptarse a unas estructuras sanitarias rígidas y pesadas contra las que, ni los mismos profesionales, pueden luchar. También descubre situaciones en las que el profesional usa el poder estratégicamente. Pero “los profesionales ya eran arrogantes y las normas hospitalarias ya eran rígidas hace 30 años [...]. Si la deshumanización es un problema más grave hoy en día debe ser por la acción de un mecanismo diferente”.^{16:290}

Los resultados del estudio apuntan como posible mecanismo el *Encoded Knowledge*, un afán por protocolizar todo en torno a la evidencia que está produciendo una expulsión del paciente en la atención. La Práctica Basada en la Evidencia puntualiza la necesidad de incorporar al paciente en la toma de decisiones. No obstante, lo cierto es que esta corriente ha provocado la primacía de criterios universalistas emanados de la ciencia –con mayúsculas– sobre los criterios particulares emanados de la práctica.¹⁸⁻¹⁹

Pero además, esta situación está siendo especialmente crítica en el caso de la enfermería, pues en su cultura: “no hay prácticamente lugar para el pensamiento tácito, porque la disciplina enfermera es básicamente metodológica y en su praxis está acostumbrada a trabajar disciplinadamente, con sujeción a órdenes, protocolos y planes de cuidados”.^{19:25}

Los resultados descritos podrían contribuir a una nueva comprensión de la práctica enfermera, donde sean considerados los fuertes sistemas en los que se encarna.

Sería necesario que políticos e instituciones escucharan las demandas enfermeras de menores cargas, liberación de determinadas tareas, etc., para permitirles atender las experiencias de salud-enfermedad de las personas.

Aunque los resultados dejan importantes preguntas y dudas sobre la posibilidad de una atención dirigida a las experiencias de salud-enfermedad, cálida, humana y personal, vista la desmedida confianza depositada por los pacientes, pero sobre todo por profesionales, en la ciencia clásica, fría e indiferente.^{5,20} El mundo académico debe tenerlo en cuenta e incluir formación específica sobre racionalidad comunicativa dentro de los currículos.

En cualquier caso, los resultados señalan el marco propuesto (la TAC) como una perspectiva adecuada para el ámbito profesional enfermero, y un paradigma prometedor para la investigación y el desarrollo disciplinar.²¹⁻²²

CONCLUSIONES

En definitiva, los resultados del estudio ponen de manifiesto una práctica caracterizada por las acciones técnicas e instrumentales que deja pocos huecos para la acción comunicativa y la humanización. Las circunstancias que contribuyen a ello parecen coincidir con los motivos de colonización del mundo de la vida propuestos por Habermas, es decir, las coerciones de la economía (el dinero) y la burocracia (el poder).

No obstante, las conclusiones de este estudio están sujetas a varias limitaciones. Por un lado, los participantes sólo fueron una parte del conjunto de profesionales que trabajaban en las diferentes unidades. Además, la existencia de presiones en el tiempo, limitaron la profundidad del estudio. Por último, señalar que las perspectivas ofrecidas están relacionadas con sistemas sanitarios específicos, en un momento determinado, y sujetas a las influencias sociales internas y externas del momento.

REFERENCIAS

1. Svenaeus F. Medical technologies and the life world: an introduction to the theme. *Med Health Care and Philos.* 2009; 12 (2):121-3.
2. Walseth LT, Schei E. Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med Health Care and Philos.* 2011; 14: 81-90.
3. Sellman D. Professional values and nursing. *Med Health Care and Philos.* 2011; 14: 203-8.
4. O'Keefe-McCarthy S. Technologically-mediated nursing care: the impact on moral agency. *Nurs Ethics.* 2009; 16(6):786-96.
5. Dossey L. *Tiempo, espacio y medicina.* Barcelona (ES): Editorial Kairós; 2006.
6. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa.* Madrid (ES): Editorial Taurus; 1992.
7. Noguera JA. La teoría crítica: de Frankfurt a Habermas. Una traducción de la teoría de la acción comunicativa a la sociología. *Papers.* 1996; 50: 133-53.
8. Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med.* 2001; 53(4):487-505.
9. Delbene R. Patients' narratives of chronic illnesses and the notion of biographical disruption. *Commun Med.* 2011; 8(1):17-27.
10. Larsson AT1, Grassman EJ. Bodily changes among people living with physical impairments and chronic illnesses: biographical disruption or normal illness? *Sociol Health Illn.* 2012; 34(8):1156-69.
11. McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian.* 2011; 18(1):19-26.
12. Andrews DR, Burr J, Bushy A. Nurses' Self-concept and perceived quality of care. a narrative analysis. *J Nurs Care Qual.* 2011; 26(1):69-77.
13. Pearce C, Phillips C, Hall S, Sibbald B, Porritt J, Yates R, et al. Contributions from the lifeworld: quality, caring and the general practice nurse. *Qual Prim Care.* 2009; 17: 5-13.
14. Westbrook JI, Duffield C, Li L, Creswick NJ. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 319.
15. Carvalho B, Peduzzi M, Mandú EN, Ayres JR. Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012; 20(1):19-26.
16. Fredriksen S. Instrumental colonization in modern medicine. *Med Health Care and Philos.* 2003; 6: 287-96.
17. Propper C. Competition, incentives and the English NHS. *Health Econ.* 2012; 21(1):33-40.
18. Ferlie E1, McGivern G, Fitzgerald L. A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England. *Soc Sci Med.* 2012; 74(3):340-7.
19. Hernández Yañez JF. *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades.* Madrid (ES): F. Alternativas; 2010.
20. Sunvisson H1, Habermann B, Weiss S, Benner P. Augmenting the cartesian medical discourse with

- an understanding of the person's lifeworld, lived body, life story and social identity. *Nurs Philos.* 2009; 10(4):241-52.
21. Ramos FRS, Bertoncini JH, Machado RR, Flor RC, Pires DE, Gelbcke FL. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Abr-Jun; 18(2):361-8.
22. Sumner J. A critical lens on the instrumentation of caring in nursing theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2010; 33(1):E17-26.

Correspondência: Manuel Rich-Ruiz
Departamento de Enfermería. Universidad de Córdoba
Avda. Menéndez Pidal s/n, 14004
Córdoba, España
E-mail: mrich@uco.es

Recebido: 12 de novembro de 2013
Aprovado: 03 de abril de 2014