



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

RELACIÓN MÉDICO/A- ENFERMERA/O EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Alumno/a: Eva María Carrillo Ávila

Tutor/a: Olga María López Entrambasaguas
Dpto: Departamento de Enfermería

Junio, 2017



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

RELACIÓN MÉDICO/A- ENFERMERA/O EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Alumno/a: Eva María Carrillo Ávila

Tutor/a: Olga María López Entrambasaguas
Dpto: Departamento de Enfermería

Firma

Junio, 2017

ÍNDICE:

| | |
|--|-------|
| 1. Resumen..... | 4-5 |
| 2. Introducción..... | 5-8 |
| 2.1. Justificación..... | 8 |
| 3. Objetivos..... | 9 |
| 3.1. Objetivo general..... | 9 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 9 |
| 4. Metodología..... | 9-14 |
| 4.1. Diseño..... | 9-10 |
| 4.2. Participantes..... | 10-11 |
| 4.3. Criterios de análisis..... | 11 |
| 4.3.1. Criterios de inclusión..... | 11 |
| 4.3.2. Criterios de exclusión..... | 11 |
| 4.4. Recogida de datos..... | 12 |
| 4.5. Análisis de datos..... | 12-13 |
| 4.6. Limitaciones del estudio..... | 13 |
| 4.7. Aspectos éticos..... | 13-14 |
| 5. Resultados..... | 14-25 |
| 5.1. Tema 1: Estrés laboral..... | 16-18 |
| 5.1.1. Características laborales y sentimientos relacionados..... | 16-18 |
| 5.2. Tema 2: Relación de comunicación entre el equipo de enfermería- medicina..... | 18-25 |
| 5.2.1. Características de la relación entre el equipo de medicina y enfermería y sentimientos relacionados..... | 18-22 |
| 5.2.2. Características del equipo médico..... | 22-23 |
| 5.2.3. Género y comunicación..... | 23-25 |
| 6. Discusión..... | 25-28 |
| 7. Conclusión..... | 29 |
| 8. Referencias bibliográficas..... | 30-32 |
| 9. Anexos..... | 32-34 |
| 9.1. Anexo 1..... | 32-33 |
| 9.2. Anexo 2..... | 33-34 |
| 9.3. Anexo 3..... | 34 |

1. RESUMEN

Relación médico/a-enfermera/o en el área quirúrgica: un estudio cualitativo.

El objetivo de este trabajo fue conocer como se establece la relación médico/a-enfermera/o dentro del campo quirúrgico, con el fin de valorar si la relación tradicional basada en la jerarquía, patriarcado y desigualdades de género, ha cambiado y evolucionado en la actualidad, identificando los factores que influyen de manera negativa en esta relación. Fue un estudio exploratorio descriptivo, con abordaje cualitativo fenomenológico, la muestra fue por conveniencia y la recogida de información se obtuvo mediante observación participante y diez entrevistas semiestructuradas realizadas a diez profesionales de la enfermería, en el quirófano de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital Neurotraumatológico de la ciudad de Jaén. El análisis fue de tipo inductivo. Este estudio obtuvo como resultado que, el área quirúrgica producía pérdida de autoestima y mayor nivel de estrés; las relaciones entre estamentos iguales eran mejores que las que se establecían entre estamentos diferentes; la relación entre el equipo de medicina y enfermería dependía de la personalidad del equipo de medicina y de la experiencia de la enfermera o del enfermero con el que trabajen; el personal de enfermería se sentía poco valoradas/os; el paciente es quien sufre las consecuencias de una mala relación y una mala comunicación entre equipos; las cirujanas se relacionan más y mejor que los cirujanos y por último, las/os enfermas/os comentan que han tenido desigualdades de género con los médicos. El presente estudio concluye que en la actualidad sigue habiendo mala comunicación entre ambos equipos, las desigualdades o diferencias de género siguen estando presentes, al igual que la jerarquía, y que, aunque es menor la cantidad de cirujanos jerárquicos, aún siguen estando presentes. Estos factores hacen que el área quirúrgica sea una fuente de estrés para el personal de enfermería y que a la larga pueda influir negativamente en las enfermeras y los enfermeros y como consecuencia en el paciente.

Palabras clave: Enfermería; Estrés; Género; Relación médico/a-enfermera/o; Quirófano; Comunicación.

Doctor-nurse relationship in the surgical area: a qualitative study.

The objective of this study was to know how to establish the doctor-to-nurse relationship within the surgical field, in order to assess whether the traditional relationship based on hierarchy, patriarchy and gender inequalities has changed and evolved in the Identifying the factors that negatively influence this relationship. It was a descriptive exploratory study, with a phenomenological qualitative approach, the sample was for convenience and the

information collection was obtained through participant observation and ten semi-structured interviews carried out to ten nursing professionals, in the Hospital's Outpatient Surgery (CMA) operating room Neurotraumatológico of the city of Jaén. The analysis was of inductive type. This study resulted in that the surgical area produced loss of self-esteem and higher level of stress; The relations between equal estates were better than those established between different estates; The relationship between the medical and nursing team depended on the personality of the medical team and the experience of the nurse or nurse with whom they worked; The nursing staff felt little valued; The patient is the one who suffers the consequences of a bad relationship and bad communication between teams; The surgeons relate more and better than the surgeons and, finally, the patients report that they have had gender inequalities with the doctors. The present study concludes that there is still a lack of communication between the two teams, gender inequalities or differences are still present, as is the hierarchy, and although the number of hierarchical surgeons is smaller, they are still present. These factors make the surgical area a source of stress for the nursing staff and that in the long run may negatively influence nurses and nurses and consequently in the patient.

Keywords: Nursing; Stress; Gender; Doctor-to-nurse relationship; Operating theater; Communication.

2. INTRODUCCIÓN

La interacción social en el ámbito sanitario es muy compleja. Una de ellas es la relación de comunicación entre los profesionales sanitarios de enfermería y medicina. Siendo esta esencial para la seguridad de los/as pacientes (González, Moreno, García & Vélez, 2010).

Los conceptos principales manejados en el presente estudio constituyen el marco teórico, estos son: comunicación, relación médico-enfermera y género.

La comunicación es esencial en nuestro día a día, es un proceso complejo mediante el cual se intercambia información. Geiger y Bradac (1995) definen este proceso como “el intercambio de mensajes en el entorno social, que supone actividad cognitiva, estados afectivos y resultados conductuales, siendo uno de los componentes fundamentales de la conducta social.” (Villanueva & González, 2015, p.2).

Una comunicación efectiva tiene que ser completa, precisa, clara, abierta y honesta. Para que esta se establezca adecuadamente es necesario que se aplanen las jerarquías entre los miembros del equipo, así mismo el personal se sentirá valorado, ya que sentirá que puede expresar libremente sus opiniones y preocupaciones. Si esto no ocurre, la persona puede

llegar a sentirse ignorada y es poco probable que colabore en equipo (Vítolo, 2010).

La comunicación es una herramienta fundamental para la/el profesional de enfermería. El objetivo de la comunicación laboral es transmitir uno o varios mensajes entre emisor y receptor con el resultado de que ambos compartan el mismo significado. Tanto la comunicación verbal como la no verbal son importantes e influyentes en la habilidad de observación. El papel de enfermería destaca por el establecimiento de una relación de ayuda, y para ello es necesaria la interacción con el individuo, que va a depender de factores como las características personales, predisposición o variables socio-culturales (Landete, 2012).

Para conseguir una relación terapéutica eficaz, se necesita esfuerzo y dedicación. Si no se tiene en cuenta ni se valora la importancia del acto de comunicar, tanto la relación enfermera-paciente como las relaciones interdisciplinarias pueden convertirse en algo utópico y verse afectadas (Landete, 2012).

La ¹*relación médico-enfermera* ha experimentado numerosos cambios en las últimas décadas. Se ha pasado del modelo tradicional, durante el cual la enfermería se encontraba en una posición de sumisión y obediencia caracterizada por diferencias jerárquicas, de poder e influencia, a un modelo en el cual ambas partes (equipo de medicina y equipo de enfermería) empiezan a ser equivalentes en el equipo de atención. La relación entre ambas partes es importante, ya que, de esta depende la calidad de la atención y la seguridad de las/los pacientes. En la actualidad, cambios como el deterioro de la imagen del médico en la sociedad (debido al poco tiempo que disponen para atender a los pacientes, hace que este disminuyendo la confianza de estos hacia el quipo medico), la “feminización” de la profesión médica, la profesionalización de la enfermería en numerosos ámbitos asistenciales, la atención multidisciplinar derivada de la complejidad de la medicina actual y la historia clínica electrónica, hacen que la comunicación entre ambos profesionales cada vez sea menor (Vítolo, 2012).

En términos biológicos, el género se refiere a la identidad sexual de los seres vivos,

1. *Relación médico-enfermera*: cuando en el texto aparece este formato, hacemos referencia al *binomio* tradicional hombre-mujer que ha caracterizado siempre a estos dos colectivos profesionales, donde la profesión de medicina era ejercida por hombres y la profesión de enfermería por mujeres.

distinguiendo entre masculino y femenino. Este establece normas y leyes para una posterior relación entre individuos. Desde la antigüedad, destacaba la supremacía que tenía el género masculino sobre el femenino, ya que el sexo femenino ha sido oprimido y considerado el “sexo débil”. Sin embargo y aunque esto ha ido cambiando a lo largo del tiempo, son muchos los que ven la práctica profesional enfermera como una función de las mujeres, en la que siguen dándose situaciones de subordinación médica por parte de hombres, dándole a la profesión enfermera poco valor y prestigio (Barragán, Hernández & Peralta, 2013).

Desde la historia, todas las profesiones se han formado y han sido practicadas tanto por hombres como por mujeres, en ellas el género es un determinante de las oportunidades sociales. La subordinación de la profesión enfermera al modelo hegemónico sanitario y la gestión de cuidados en la gran mayoría de hospitales han dificultado el desarrollo de las competencias autónomas propias de la Enfermería. El género femenino ha estado siempre ligado a las prácticas humanas relacionadas con el cuidado de la salud, partiendo de que la profesión enfermera es propia de mujeres. La visión de enfermería como profesión exclusivamente femenina ha estado marcada a través del tiempo por el rol social de la mujer y con la llegada del hombre a la práctica enfermera, se han podido visualizar de forma más clara las desigualdades de género existentes en el desempeño de la profesión (Barragán, et al., 2013).

Los médicos, especialmente los cirujanos, tradicionalmente han pensado como individuos “solistas”. No obstante, la seguridad del paciente requiere un abordaje en equipo para conseguir una atención óptima, para ello es importante que no se establezcan diferencias jerárquicas, ya que esto pone en peligro la comunicación entre los miembros del equipo de trabajo (Vítolo, 2010; Arroyo, Lancharro, Romero & Morillo, 2011).

Para eliminar las jerarquías, se debe garantizar que todos los miembros sanitarios sean tratados con respeto y sus opiniones sean valoradas (Vítolo, 2010).

No obstante hoy día sigue habiendo problemas persistentes, sobre todo en áreas como quirófano y terapia intensiva, que afectan a la calidad de la relación y determinan una baja satisfacción laboral del personal de enfermería. Problemas como el maltrato y conductas inapropiadas por parte de los profesionales de medicina, subestimación del trabajo de enfermería, diferencias de género, clase y formación y problemas de comunicación (Vítolo, 2010; González et al., 2012).

El equipo de enfermería trabaja a nivel multidisciplinar e interdisciplinar, relacionándose con

otros profesionales para asegurar un desarrollo óptimo de su trabajo (Villanueva & González, 2015). El área quirúrgica es entorno cerrado en el que se pueden dar situaciones potenciales difíciles de controlar debido a comportamientos conflictivos, que según Vítolo (2012) se entienden como “cualquier conducta que afecte a la tranquilidad necesaria que debe tener todo acto quirúrgico”. Este ambiente es un factor de riesgo para la aparición de estrés, déficit de comunicación o falta de compañerismo. Las organizaciones son las encargadas de controlar y no tolerar este tipo de comportamiento en el área quirúrgica, ya que comprometen la seguridad del paciente, disminuyen la moral del personal y dificultan la relación de comunicación del equipo (Villanueva & González, 2015; Vítolo, 2012).

Las dificultades en la relación surgen porque el personal de medicina actúa autoritariamente, no se comunica, exhibe conductas arrogantes y no trabaja en equipo (Flórez, s.f., p.83). Cassinello (2015) menciona también que “el personal de enfermería sigue empleado viejos modelos de relaciones para comunicarse con el personal médico e incluso con el propio personal enfermero, ya que no cultivan relaciones de compañerismo” (p.1-2).

Existen cuatro pilares clave que no pueden faltar en la relación entre estos profesionales sanitarios, estas son: trabajo en equipo, comunicación, buenas relaciones personales y manejo del estrés (González et al., 2010). Este tema es de gran importancia, el trabajo en equipo tiene que ser seguro y eficiente ya que repercute directamente sobre la seguridad del paciente y sobre su salud y evolución (Alcuaz & Portas, 2015).

2.1. Justificación

Los motivos por los cuales se decidió escoger este tema de estudio fue porque durante el periodo de prácticas, en el servicio de quirófano, se observó que, aún seguían dándose tanto malas relaciones, entre el personal de enfermería y medicina, como jerarquías por parte del personal de medicina, además de diferencias de género. Esto unido a la poca bibliografía que hay acerca de este tema de estudio, llevo a investigar y conocer con más profundidad, como se desarrollaba la relación entre ambos equipos sanitarios, con el fin de que pueda ser tenido en cuenta para futuros estudios.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

El objetivo general del presente estudio fue:

Conocer cómo se desarrolla la relación entre el personal de medicina y el personal de enfermería dentro del área quirúrgica y qué estrategias se proponen para mejorarla.

3.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos fueron:

- Conocer la calidad de la comunicación entre las/os profesionales de medicina y la/os de enfermería en el ámbito laboral quirúrgico.
- Analizar si existe percepción de estrés en las/os profesionales de enfermería derivado de la relación con las/os profesionales de la medicina.
- Investigar si existen diferencias o desigualdades de género en la relación médico/a-enfermera/o.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Para responder a nuestro objetivo principal: conocer cómo se desarrolla la relación entre el personal de medicina y el personal de enfermería, dentro del área quirúrgica, nos hemos basado en la investigación cualitativa, que se define como un método de investigación o metodología encargada de estudiar situaciones o problemas desde una descripción holística, intentando analizar con detalle una situación determinada e incluyendo una forma específica de entender la relación entre el problema y el método, usando un diseño de investigación flexible. La información es proporcionada en forma de transcripción de entrevistas, analizando el significado del fenómeno objeto de nuestro estudio desde la perspectiva de los participantes. El análisis se construye basándose en la interpretación del investigador (Flick, 2012).

El presente estudio es exploratorio descriptivo, con abordaje cualitativo fenomenológico, es decir busca hechos describiendo situaciones representativas de un fenómeno, sin asegurar que existan relaciones entre las variables, este tipo de investigación es empleada en situaciones en

las que apenas se ha investigado o no se dispone de información suficiente sobre el tema, con el objetivo de ir documentando el tema de investigación (Ávila, 2006). El enfoque de la fenomenología descriptiva, es encargarse de describir el significado de una experiencia o fenómeno a partir de la visión de los autores de la misma tal y como se presenta. Este método busca comprender como las personas perciben su mundo y el significado que dan a partir de su propia experiencia y perspectiva, permitiendo que el investigador describa e intérprete las experiencias vividas por las personas (Flick, 2012).

El abordaje fenomenológico estudia todo lo relacionado con los acontecimientos que rodean al objeto de nuestro estudio, como es su relación con el medio ambiente, como van ocurriendo los hechos y que influencia tiene sobre él (Trejo, 2012).

4.2. Participantes

El entorno donde se llevo a cabo nuestro estudio fue en los cinco quirófanos de CMA de la segunda planta del Hospital Neurotraumatológico de la ciudad de Jaén. En él desarrollan su labor, en el turno de mañana, un total de diez enfermeras/os.

Con el fin de obtener información suficiente para la comprensión y realización del objetivo de este estudio, el número de participantes no estaba definido. Se interrumpió la incorporación de nuevos participantes al estudio cuando se alcanzó la saturación de los datos.

La muestra final estaba compuesta de 8 enfermeras y 2 enfermeros, con una edad media de 51,5 años (Anexo 3).

Los/as componentes de la muestra por conveniencia presentaban una media de edad de 51,5 años. El número de años mínimo de nuestras entrevistadas y entrevistados que han desarrollado su labor como enfermera u enfermero en la unidad de quirófano era mínimo 8 años y máximo 24 años, siendo la media de los/las participantes de 16 años trabajados en dicha unidad. Esto se recoge en la Tabla 1:

| Participante | Edad | Años experiencia laboral | Años experiencia quirófano | Tipo de contrato |
|--------------|------|--------------------------|----------------------------|------------------|
| E01 | 48 | 28 | 8 | Fijo |

| | | | | |
|------------|----|----|----|------|
| E02 | 50 | 30 | 9 | Fijo |
| E03 | 62 | 42 | 20 | Fijo |
| E04 | 54 | 34 | 24 | Fijo |
| E05 | 56 | 36 | 13 | Fijo |
| E06 | 43 | 23 | 19 | Fijo |
| E07 | 47 | 27 | 20 | Fijo |
| E08 | 54 | 34 | 15 | Fijo |
| E09 | 49 | 28 | 19 | Fijo |
| E10 | 52 | 32 | 13 | Fijo |

FABLA 1. Metodología. Fuente: elaboración propia.

El tipo de muestreo fue intencional o de conveniencia, un tipo de muestreo no probabilístico donde las muestras son recogidas mediante un proceso que no permite a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados como participantes, ya que se seleccionan de forma directa e intencionada (Flick, 2012).

4.3. Criterios de análisis.

En este estudio fueron tenidos en cuenta tanto criterios de inclusión como de exclusión:

4.3.1. Criterios de inclusión:

- Enfermeros y enfermeras del Hospital Neurotraumatológico de la ciudad de Jaén con un mínimo de 5 años trabajados en la unidad de Quirófano-CMA.
- Estar trabajando en ese momento en la unidad de Quirófano-CMA.
- Turno fijo de mañanas.

4.3.2. Criterios de exclusión:

- Enfermeros/as que trabajen con contratos eventuales.

4.4. Recogida de datos.

La recogida de datos se llevo a cabo en el mes de octubre de 2016 y entre los meses de Febrero y Marzo de 2017, y se realizó mediante las siguientes técnicas:

1. Entrevistas semi-estructuradas individuales, en ellas se determinó de antemano la información relevante que se quería conseguir. Se incluyeron preguntas abiertas que servían de guía (Anexo 1), con el objetivo de que el entrevistado/a responda libremente. Cada entrevista contaba con 18 preguntas semiestructuradas, de las cuales 5 de ellas fueron introductorias. La duración de cada entrevista fue de aproximadamente 10 minutos. Se empleó, bajo consentimiento informado (Anexo 2), una grabadora de voz, para la transcripción posterior de las entrevistas.
2. Observación participante de la investigadora, mediante la cual se empleó una técnica de recogida de datos de situaciones o acontecimientos naturales, que integró percepciones visuales y auditivas mediante la toma de notas de campo (NC) (Fagundes et al., 2014).

Para la observación fueron dedicados 10 días (70 horas,) empleándose como material para la recogida de datos una libreta y bolígrafo.

En relación al tamaño de la muestra, esta se dio por concluida cuando detectamos que no obteníamos ningún dato nuevo, llegando a la saturación de los mismos con 10 entrevistas.

El guión que siguieron las entrevistas fue construido en función de las limitadas evidencias disponibles, así como de la experiencia previa e inquietudes de la investigadora. Las observaciones fueron realizadas dentro del periodo de prácticas en el área quirúrgica.

4.5. Análisis de datos

El análisis de datos fue de tipo inductivo, los hechos fueron observados para su registro, se clasificaron y posteriormente se estudiaron para lograr postular una hipótesis que llegase al objetivo general de nuestro problema (Flick, 2012).

Mediante la triangulación de datos y con el objetivo de validar nuestro estudio, se llevo a cabo la transcripción de las grabaciones en audio, más tarde se realizó una primera lectura general para contemplar una idea global y amplia de su contenido y seguidamente, se hizo una relectura línea por línea, de la cual se seleccionaron frases significativas como citas dentro de

cada entrevista. Cada cita fue codificada con códigos que capturaran su significado. Posteriormente se agruparon por unidades de significado y estos a su vez en subtemas y temas. El rigor del método, análisis y transcripción fue asegurado por todos los miembros del equipo investigador, que evaluó uno a uno los pasos de la investigación.

4.6. Limitaciones del estudio

Durante el desarrollo del estudio, se presentaron las siguientes limitaciones, las cuales destacamos a continuación:

- Tuvimos que mantenernos al margen de las actuaciones con los profesionales que trabajamos para poder ser objetivas, ya que formamos parte del mismo ámbito.
- Las entrevistas tuvieron lugar dentro de la unidad quirúrgica (en la sala de estar de enfermeros/as), y aunque se hizo todo lo posible por guardar la intimidad de los participantes, el desarrollo normal de algunas entrevistas fue interrumpido, ya que entraba y salía gente del estar, por lo que los entrevistados dieron algunas respuestas cortantes.
- La mayoría de estudios referenciados y utilizados en la discusión, hablan de enfermeras y enfermeros generalistas y no específicos de quirófano, siendo esto una posible limitación, ya que el área donde se desarrolla el estudio es diferente.
- Inexperiencia de la investigadora principal realizando este tipo de estudio, ya que la primera vez que realiza un estudio cualitativo.
- Se encontró poca bibliografía que explore el objeto de nuestro estudio.

Este estudio fue desarrollado en un contexto determinado (la unidad de CMA del Hospital Neurotraumatológico de la ciudad de Jaén), con un número limitado de participantes, de forma que, sería recomendable replicarlo en otras ciudades de nuestro país, así como en otros países a nivel internacional, para ampliar los conocimientos realizando nuevos estudios de intervención con el propósito de evaluar las propuestas de mejora que mencionan las/os participantes de nuestro estudio.

4.7. Aspectos éticos.

En el presente estudio hemos seguido la normativa legal de la Ley Orgánica de protección de Datos de Carácter Personal de España (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Como aspectos éticos destacamos que a todos los participantes se les informó en persona del objetivo del estudio, siendo voluntaria su participación y dándoles a cada uno un consentimiento informado que firmaron antes de proceder a grabar la entrevista. Para identificar a cada participante se sustituyeron los nombres por códigos alfanuméricos.

Se contactó vía telefónica con la supervisora de enfermería y se acordó verbalmente que ella se encargaría de informar, a los enfermeros y enfermeras del motivo de la visita a quirófano, y de las condiciones y objetivos de la investigación.

Los participantes tenían posibilidad de abandonar o no contestar a algunas preguntas en el momento que creyeran oportuno, sin necesidad de explicar la razón. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

5. RESULTADOS

El contenido de las entrevistas fue analizado y agrupado por categorías, teniendo en cuenta un contenido temático similar. Para ello fue necesario realizar la triangulación de datos, este método consiste en verificar y comparar la información obtenida por las entrevistas en diferentes momentos del estudio, con ello ampliamos, profundizamos y disminuimos la posibilidad de malos entendidos, esclareciendo de esta manera el significado y la veracidad de la información obtenida en las entrevistas (Okuda y Gómez, 2005).

Los resultados se presentan agrupados en los temas principales identificados por la investigadora principal. Los subtemas y unidades de significado, se presentan en la Tabla 2:

| Temas | Subtemas | Unidades de significado |
|----------------------------|--|---|
| T1: Estrés laboral. | Características laborales y sentimientos relacionados. | Estrés, pérdida de autoestima, diferencias entre servicios, menor contacto con familiares, más tiempo en contacto con el equipo médico, falta de autonomía, dependencia y libertad, responsabilidad, carga de |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>trabajo, control del trabajo, seguridad, sentirse útil, dominar el trabajo, turno de trabajo, funciones no definidas, monótono, necesitamos a alguien que defienda al equipo de enfermería, poco útil, poco valoradas tanto en el ámbito personal como profesional.</p> |
| <p>T2: Relación de comunicación entre equipo enfermero-médico.</p> | <p>Características de la relación entre el equipo de medicina y enfermería y sentimientos relacionados.</p> | <p>Buena afinidad, nuestros más y nuestros menos, diferencias de trato, diferencias jerárquicas, relaciones distantes entre estamentos, diferencias con el equipo, estar a disposición de ellos, estrés, falta de comunicación, estrategias de mejora, darles la razón, las relaciones dependen de la personalidad del equipo médico, el paciente sufre las consecuencias si no hay comunicación entre los equipos, a mayor experiencia laboral y mayor edad respetan más a los/las enfermeros/enfermeras, jerarquía.</p> |
| | | |

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| | Características del equipo médico | Actúan en solitario, no informan, cambian la técnica quirúrgica, nos llevan con prisa, no informan de cambios, confían cuando te conocen, los cirujanos de mayor edad suelen ser más jerárquicos, especialidad médica, preocupaciones propias, llegan cuando quieren, mal día, actualmente menos demandantes, jerarquía desapareciendo, paramos cuando ellos quieren. |
| | Género y comunicación | Las cirujanas se relacionan más y mejor, depende del médico/médica, edad, diferencias de género, trato igualitario, te respetan más si son mujeres, diferencias jerárquicas con hombres y no con mujeres. |

TABLA 2. Resultados. Fuente: elaboración propia.

5.1. Tema 1: Estrés laboral

5.1.1. Características laborales y sentimientos relacionados.

El desarrollo del trabajo laboral de enfermería en servicios especiales, como la unidad de cuidados intensivos, o en nuestro caso, el área quirúrgica, son servicios desencadenantes de estrés. Así lo afirman tanto la observadora participante como los/las participantes en nuestro estudio, quienes debido a su experiencia laboral y al paso por determinados servicios

hospitalarios y no hospitalarios, afirman que el área quirúrgica es un factor estresante y aseguran que existen diferencias entre trabajar en un servicio especial a ejercer de enfermero/enfermera en cualquier otro servicio.

“Es que eso es muy relativo, porque si lo comparas con una UCI, que es un servicio especial, pues más o menos el nivel de estrés puede ser igual. Ahora... si lo comparas con una planta que suele ser más tranquila, pues claro, el nivel de estrés aquí, es mayor.” (E06)

“Después de pasar por varios servicios durante el periodo de prácticas, si se compara el servicio de quirófano con una planta de hospitalización o una residencia, el nivel de estrés en este es mucho mayor” (NC-1)

“...nunca había estado en quirófano y entonces era todo novedoso, y... bueno de tenerlo todo controlado donde estaba antes... porque lo controlabas absolutamente todo y aquí pase a no controlar nada porque yo nunca he estado en quirófano...” (E02)

Sin embargo, algunos de los entrevistados refieren que, en este tipo de servicios cerrados se mantiene un menor contacto con los/las familiares de los/las pacientes, y esto supone reducir una fuente generadora de conflictos habitual en el trabajo de enfermería:

“Las diferencias son, que aquí al estar en un servicio cerrado no tienes ningún tipo de contacto con los familiares, y en una planta sí y tienes que lidiar con eso. Eso es lo bueno de los servicios especiales, que aquí solo está el paciente y tú. Pues... quiero decir que lidiar con los familiares también genera estrés...” (E08)

Todos/todas los/las participantes coinciden en que el área quirúrgica produce pérdida de autoestima y autonomía, mayor nivel de estrés y una gran sobrecarga de trabajo. Además, consideran que las/los enfermeras/enfermeros son más independientes fuera del área quirúrgica:

“Estar en quirófano produce pérdida de autoestima, eso para empezar... se pierde muchísimas veces... En CMA llevamos una velocidad distinta a un quirófano normal... cuando sales de aquí, llegas a casa estresado...” (E03)

“La autonomía, en la planta eres mucho más autónoma y tomas más decisiones que en un quirófano...” (E04)

“El estrés, la responsabilidad, la autonomía...” (E07)

“En quirófano, la sobrecarga de trabajo es mayor que en otros servicios por los que he pasado. Las/los enfermeras/enfermeros son menos independientes para tomar decisiones. Destaca en ellas/ellos un mayor nivel de estrés”. (NC-2)

Para profundizar y conocer como se sentían el personal de enfermería trabajando en la unidad de Quirófano-CMA, se realizaron una serie de preguntas con la intención de investigar qué es

lo que más y lo que menos les gustaba de su trabajo actual y que cambiarían si pudieran, con el objetivo de conocer las mejoras o los cambios que proponen en función de sus necesidades laborales.

De las/los 10 entrevistadas/entrevistados, un enfermero manifestó que no le gustaba trabajar en este servicio porque no le gustaba el área quirúrgica y el hacerlo le producía pérdida de autoestima. Las/los 9 restantes coincidían en que, a pesar de sentirse poco valorados y estresados en muchas ocasiones, lo que más les gustaba era el tipo de turno que tenían, la sensación de seguridad que sienten durante el trabajo porque confían en ellos mismos y saben que tienen todo controlado.

“Me gusta mi trabajo porque lo tengo controlado... estoy segura... llevo hacia delante todo... ahora tengo tranquilidad” (E01)

“...lo que más me gusta es sentirme realmente útil y que dominas un gran espectro de patologías...” (E02)

“... el turno que tengo” (E07).

5.2. Tema 2: Relación de comunicación entre el equipo de enfermería-medicina.

5.2.1. Características de la relación entre el equipo de medicina y enfermería y sentimientos relacionados.

El equipo de enfermería se relaciona y comunica diariamente con todas/todos las/los profesionales que componen el servicio de quirófano. Tanto el 100% de las/los participantes que fueron entrevistados como la investigadora principal, con el papel de observadora participante, afirman que la comunicación con las/los diferentes miembros es buena, destacando que:

“Hombre... con algunos tienes más afinidad que con otros, pero en general bien. Como si fuera una familia, aquí tenemos nuestros más y nuestros menos” (E01).

“Las relaciones en quirófano son buenas, el trabajo en equipo es bueno. Excepto con algunos profesionales médicos” (NC-3).

La relación tradicional médico-enfermera ha mejorado a lo largo del tiempo, sin embargo, aun son notables ciertas diferencias con algunos miembros del equipo médico, las/los participantes del estudio defendían que las relaciones entre estamentos iguales eran mejores que las relaciones entre diferentes estamentos, aun que algunas/algunos profesionales destacaban que había excepciones y que dependía de la personalidad de la facultativa o del facultativo:

“... con sus más y sus menos, pero buena... la comunicación es mejor entre estamentos

iguales” (E10).

“...entre nosotros mismos no, pero con los estamentos superiores, por decirlo de alguna manera, pues si suele ser un poquito peor [la relación]” (E06).

“Las relaciones entre el personal de enfermería y los demás miembros del equipo son buenas, sin embargo con algunos profesionales de medicina las relaciones son más distantes, la comunicación es menos fluida y empática” (NC-4).

La relación entre el equipo de enfermería y medicina va a depender de los siguientes factores: de que el equipo médico conozca de antemano a la enfermera o al enfermero con la/el que van a trabajar (ya que según las/los participantes esto se debe a que el equipo médico se relaciona mejor con enfermeras/enfermeros que tengan una mayor experiencia laboral en el área quirúrgica antes que con cualquier profesional de enfermería que llegue de nuevas al servicio) y de la personalidad del equipo médico y la especialidad médica del mismo. Por lo que la confianza es un aspecto que influye en la relación entre ambos profesionales:

“...complicada [la relación], depende de cómo sean los cirujanos, depende de cómo sea el anestesista. Pero en general, cuando te conocen es buena, pero el principio no” (E05).

“Ya si, cuando te conocen. Cuando no te conocen, no. Cuando ven que eres una persona que no te conocen, cuando ven que eres de fuera y que tal...no. Son reacios, en todos los servicios especiales suele pasar eso. Yo que me he movido siempre en servicios especiales, cuando llegas por ejemplo a la reanimación, son muchos anestesistas y no se fían de ti hasta que te conocen” (E05).

“La personalidad y el carácter influyen en las relaciones entre el equipo médico-enfermera, dependiendo de cómo sea el carácter del médico, este se relacionará mejor o peor con el personal de enfermería de la sala quirúrgica. A veces surgen choques de carácter entre equipos” (NC-5).

La mayoría afirma que la comunicación la crean las enfermeras y los enfermeros, al no haber comunicación entre equipos, se sienten poco valorados tanto en el ámbito personal como en el profesional:

“La comunicación la creamos los enfermeros. Un enfermero tiene que procurar que no haya mala relación entre el equipo, sobre todo médico. Porque si no, vamos todos perdidos” (E03).

“... el principal problema de comunicación es que no valoran mucho el trabajo que tú haces.” (E06).

“... no nos valoran, no nos consideran. Ellos son los que trabajan, los que hacen y deshacen y no ven oportuno a enfermería informar de cambios y de estrategias que van a seguir”

(E09).

Además de esto, el/la paciente son quienes sufren las consecuencias de esta falta de comunicación entre las/los profesionales sanitarias/sanitarios, pudiendo salir en ocasiones perjudicado, ya que en el área quirúrgica se trabaja en equipo, si no hay trabajo en equipo pueden darse fallos durante la intervención que ocasionen y pongan en peligro la salud o integridad del paciente:

“... todo lo referente al enfermo, anotar todo, alergias, medicación. Ir todos a una. A lo que me refiero es, cuando todos los profesionales tenemos un objetivo en común... para nosotros es el paciente... tenemos que procurar hacer bien nuestro trabajo y eso se consigue con comunicación, si no hay comunicación... se pueden dar fallos y las consecuencias son para el paciente...” (E05).

“... no hay toda la comunicación que debería de haber entre el equipo. Si no hay una comunicación eficiente, al final, es el paciente quien paga los consecuencias...” (E10).

A pesar de que en la actualidad el personal médico es menos demandante y la jerarquía entre estamentos va desapareciendo, sigue habiendo problemas de comunicación y trabajo en equipo, las/los enfermeras/enfermeros se sienten poco valoradas/valorados, esto conlleva a situaciones estresantes durante su trabajo:

“Antiguamente no... ahora parece que llegan de otra forma. Antes eran más demandantes y ahora parece que quedan menos así. Por ejemplo... a lo que me refiero es que ya van quedando menos cirujanos jerárquicos, antes pues parecía que trabajabas para servirles a ellos y no para el paciente...” (E10).

La mayor parte de las/los entrevistados/entrevistadas piensan que la principal estrategia para mejorar la relación médico-enfermera actual es proponer a alguien que defienda al equipo de enfermería. No obstante, esto es algo difícil de cambiar:

“Eso para mí, no tiene solución. Como no haya aquí un equipo bueno de enfermería que nos dirija, que sepa poner a cada uno en su sitio. Que hable pro nosotros y nos defienda... pero es que aquí estamos muy solos y no nos defiende nadie” (E01).

“Las/los profesionales no se sienten comprendidos ni escuchados por la supervisora. Cuando comentan algún tema que les preocupa, tarda en solucionarlo o no le da la importancia que para las/los enfermeras y enfermeros tiene (NC-6).

Analizando los sentimientos que afloran en las/los profesionales de enfermería, encontramos que algunas y algunos se sienten subordinados y no valorados por el equipo de medicina:

“No, la relación viene de toda la vida así, y no mejora, porque a la mínima de cambio ellos son médicos y tu eres su ayudante, su subordinada, aunque tengas otra titulación” (E04).

“... que aprendan a valorar a todos los estamentos por igual, no por orden jerárquica... fomentar que se vea realmente el funcionamiento, que seamos como un equipo” (E07).

“En alguna ocasión me he llegado a sentir subordinada por un médico y esto me ha creado inseguridad a la hora de desarrollar mis practicas” (NC-7).

A raíz de los datos obtenidos, sería interesante que se tuvieran en consideración las propuestas de mejora descritas por las/los participantes y la observadora participante como investigadora, con el propósito de que se tengan en cuenta para futuras investigaciones. Estas se pueden ver en la Tabla 3:

| Propuestas de mejora de las/los participantes | Propuestas de mejora de la observadora participante (investigadora principal) |
|--|--|
| <p>Conseguir que los puestos de gestión (supervisoras/es y jefas/es de servicio) se sienten para hablar y conocer los sentimientos del personal de enfermería ante determinadas actuaciones del equipo médico.</p> <p>Fomentar el trabajo en equipo y la comunicación entre los profesionales.</p> <p>Eliminar las diferencias jerárquicas y la subordinación entre estamentos.</p> <p>Eliminar los choques de carácter.</p> | <p>Fomentar, desarrollar y mantener el trabajo en equipo bajo el nuevo conector de trabajo en equipo del siglo XXI.</p> <p>Aumentar la comunicación entre los trabajadores y los puestos directivos, para identificar posibles mejoras.</p> <p>Implementar cursos en los que se trabaje la empatía, las habilidades tanto de escucha activa, comunicación no verbal, empleo de la técnica feedback y la resolución de problemas.</p> <p>Establecer un procedimiento para la resolución de conflictos.</p> <p>Desarrollar y dar a conocer al personal médico, los protocolos que desarrolla</p> |

| | |
|--|---|
| | la/el profesional de enfermería con el objetivo de eliminar jerarquías. |
|--|---|

TABLA 3. Resultados. Fuente: elaboración propia.

5.2.2. Características del equipo médico.

Los entrevistados destacan algunos problemas de comunicación entre el equipo médico y enfermero, los mismos consideran que normalmente el equipo médico actúa en solitario mirando solo por sus propias preocupaciones:

“... yo siempre digo que ellos siempre van a lo suyo. Ellos no se van a fijar en ti, ni van a mirar por ti, ni nada de eso. Mientras tú vayas por ellos, va todo muy bien... quirófano es un trabajo de equipo, si no funcionamos como equipo estamos perdidos... Por ejemplo durante las operaciones, nosotros empezamos a preparar el quirófano a las 8 de la mañana y ellos llegan cuando quieren, desayunan tranquilamente sin informar que llegan tarde... miran primero por sus asuntos y como son ellos los que operan, deciden cuando empiezan...cuando terminan... nosotros tenemos que estar a disposición de ellos, tú no puedes hacer lo mismo...” (E01).

Los/las entrevistados/entrevistadas vuelven a mencionar que el estrés que sufren durante las intervenciones es debido a la falta de comunicación:

“...destacar en todo caso el que cambien la técnica quirúrgica sobre la marcha y nosotros no tengamos el instrumental de antemano que él precise... si, me refiero a estrés, cuando cambian la técnica quirúrgica o te piden algún material que no esté en la mesa quirúrgica, algunos ponen malas caras, y es un momento de estrés en el que acabas sintiéndote poco útil en tu trabajo” (E02).

Durante las entrevistas, los/las participantes refieren que el trabajo en equipo con el personal de medicina en el área quirúrgica es bueno, aunque en las respuestas no afirmaban completamente esto, ya que incluían comentarios en los que refieren que, depende del médico/médica que ese día se encuentre trabajando en la sala de operaciones, de si el personal médico tiene un mal día:

“...con sus matices... pero bien” (E01).

“... excepto un mal día que lo tiene cualquiera” (E03).

“Son notables las diferencias con algunos miembros del equipo médico, en mi opinión depende del carácter del profesional” (NC-8).

Muchos comentan que no se sienten valorados por el equipo médico, y en consecuencia de esto se producen relaciones insatisfactorias entre ambos, las cuales generan estrés en el equipo de enfermería, este relato lo demuestra: *“Aquí en la unidad se para a mitad de la mañana 30 minutos para desayunar, eran las 12:30 y aún no habíamos parado... es muy común que los médicos sean los que digan de parar, paramos si ellos quieren, si no... Esa mañana mi compañero y yo decidimos parar para desayunar, el cirujano había salido del quirófano después de la operación y no aviso del tiempo que iba a tardar en volver... Estábamos desayunando cuando llego al estar y de malas formas nos dijo que volviésemos al quirófano, que él esa mañana tenía que irse antes del trabajo... Nos negamos y siguió con un tono de voz elevado... El colmo fue que le dijo a mi alumna de prácticas, que si quería lavarse ella para seguir con las operaciones... La situación fue horrible... Al volver a quirófano, en la siguiente operación, me sentí intimidada... el cirujano me ponía a prueba...No tenemos autonomía ninguna... No nos valoran, no nos consideran. Ellos son ellos que trabajan, los que hacen y deshacen y no ven oportuno informar a enfermería de cambios y de estrategias que van a seguir” (E09).*

5.2.3. Género y comunicación.

Quisimos investigar si la edad y el género, principalmente, eran factores que podían influir en la relación enfermera-médico, ya que la relación tradicional se basaba en diferencias jerárquicas, de poder e influencia, en las cuales la enfermería poseía el rol femenino encontrándose estigmatizada por la sumisión y obediencia del personal de medicina que adquiriría el rol masculino basado en la decisión (Vítolo, 2012).

Todos los entrevistados coincidían en que existe un trato igualitario tanto si eres enfermero como enfermera, aun que sigue habiendo personas machistas, refiriéndose a la relación

médico-enfermera:

“Yo creo que sí [hay trato igualitario]... aquí sí, excepto alguna vez que venga alguna persona machista” (E01).

“Cuando das con un cirujano jerárquico si, respeta mas a los hombres que a las mujeres” (E02).

“No, los gritos van más para las mujeres que para los hombres. Si eres un chico, te tratan con más respeto, de otra manera” (E09).

“En el quirófano se observan algunos médicos que hacen comentarios machistas. En alguna ocasión han hablado con menos respeto o le ha hecho menos caso a alguna sugerencia por tratarse de una enfermera” (NC-8).

Los dos enfermeros entrevistados sugirieron que no consideraban que hubiese un trato desigual.

A pesar de que cada año es mayor el número de mujeres graduadas en la carrera de medicina, sigue siendo más alto el número de médicos que el de médicas. Quisimos conocer la opinión que tenía el equipo de enfermería respecto al trabajo con mujeres médicas. Llama la atención como todos/todas los/las participantes coinciden en que nunca han tenido ningún problema con cirujanas o anestesistas, afirmando que las diferencias jerárquicas se producen con hombres y no con mujeres: *“No, nunca he tenido ningún problema con médicas...” (E06).*

“Las diferencias jerárquicas se establecen entre un médico-enfermero o un médico-enfermera, durante los años que llevo trabajando en quirófano nunca me he sentido inferior trabajando con una mujer médico...” (E08).

Las enfermeras explican que hay excepciones en el equipo médico, refieren que, normalmente las cirujanas se relacionan más y mejor con el equipo de enfermería que los cirujanos:

“...sí, nosotros nos relacionamos mejor con las cirujanas, van sin prisas, los hombres te suelen meter más presión...si te equivocas en algo te ponen alguna que otra mala cara. También te digo que hay excepciones, cada vez llegan cirujanos más apañados, con gente así da gusto trabajar... te sientes más cómoda en el trabajo...” (E02).

“Durante mi periodo de prácticas, he notado que las médicas se interesan y se relacionan conmigo y con mis tutoras y tutores, mejor que los médicos (salvo excepciones), ya que se interesan por que aprendas o si tienes dudas, se ofrecen a explicártelas” (NC-9).

Consideramos la edad como un factor importante a la hora de comunicarse con el personal médico, ya que a más edad los enfermeros manifiestan que te tratan con más respeto y que ellos mismo se dirigen con más respeto hacia un médico de mayor edad: *“Si el médico es*

mayor si... puede que te dirijas a él con más respeto” (E10).

“No sé si será por mi edad, o porque estoy aún en periodo de prácticas, pero los médicos más jóvenes se relacionan y me han tratado mejor que los médicos de mayor edad (NC-10).

Algunos manifiestan que la experiencia te la da la edad:

“... cuando eres más joven agachas la cabeza, pero cuando tienes experiencia ya sabes cuándo te están pisando” (E09).

6. DISCUSIÓN

El hospital es un área que comprende una compleja interacción social. Dentro de esta incluimos la relación entre los/las profesionales de enfermería y medicina. Servicios especiales como la unidad de cuidados intensivos o el área de quirófano, son medios físicos en los cuales no hay apenas tiempo para comunicarse e intercambiar información, así lo recogen los artículos referenciados y las opiniones de los/las participantes de nuestro estudio cualitativo. (Vítolo, 2012; González et al., 2010)

La gran mayoría de nuestras entrevistadas y nuestros entrevistados aseguran que les gusta trabajar como enfermeras y enfermeros en el área quirúrgica. Refieren que, se sienten útiles porque tienen la sensación de que dominan su trabajo.

A pesar de esto, nuestro estudio recoge que trabajar en el área quirúrgica produce estrés, debido a la gran carga de trabajo y a la presión tan grande que sostienen cuando se enfrentan a situaciones estresantes con el equipo médico, es por esto que no califican las relaciones con el personal médico como completamente satisfactorias. Según Cervantes (2002) las/las profesionales de enfermería que desarrollan su trabajo en unidades especializadas, como es el caso de quirófano, son más vulnerables al estrés laboral, pudiendo generar situaciones que den lugar a ciertos errores por inseguridad con consecuencias para sí mismas y para el paciente. Las fuentes de estrés laboral identificadas por este autor y que coinciden con las identificadas por las/las participantes de nuestro estudio son: el rol conflictivo, la sobrecarga de trabajo y los conflictos del equipo. Respecto a la sobrecarga de trabajo, el autor comenta que, una unidad de alta especialización como el área quirúrgica “obliga” al personal de enfermería a asumir gran responsabilidad debido a la gran carga de trabajo y la presión que se desarrollan en esta área, lo que deriva en estados de ansiedad y estrés. También refiere que el apoyo inadecuado y el sexo son fuentes de estrés laboral, sin embargo en nuestro estudio las/las enfermeras y enfermeros a pesar de que mencionan que necesitan alguien que los

apoye y defiendan, y señalan que se dan diferencias de género, no los identifican como factores estresantes.

A pesar de que hoy día la relación tradicional médico-enfermera ha evolucionado, nuestro estudio recoge que: las diferencias jerárquicas, la mala comunicación entre el equipo de medicina y enfermería, las diferencias entre estamentos, de género y el liderazgo, siguen estando presentes en la actualidad. Autores como Vítolo (2010), Lifshitz (2011) y Pera (2010), recogen esto mismo en sus artículos, comentan que para que un equipo sea altamente efectivo, debe de ser interdisciplinario y no tener jerarquías muy rígidas, de esta forma se garantizará que todas/todos los miembros del equipo sean tratadas/tratados con respeto y no se verá afectada la relación..

Nuestro estudio saca en claro dos aspectos muy importantes que llaman la atención, ya que van a intervenir e influir en la relación médico-enfermera. El primero es que las cirujanas se relacionan y comunican más y mejor que los cirujanos con el equipo de enfermería. Nadie de nuestras/nuestros participantes refirió durante el desarrollo de las entrevistas y durante la observación participante haber tenido problemas durante el trabajo en equipo con las médicas, es más, destacaron que eran buenas comunicadoras y que se sentían más satisfechas trabajando con ellas, sugiriendo que los problemas en la relación de comunicación era solo con los médicos. El segundo menciona que a mayor edad del médico, más jerárquico y peor relación de comunicación. A pesar de esto, el estudio sugiere que cada vez son menos los cirujanos jerárquicos hoy día. Una explicación de esto la ofrece Vitolo (2012), el cual reflejaba que los cambios en las últimas décadas se debían a la “feminización” de la profesión médica, ya que cada año se incrementa el número de mujeres que estudian medicina.

Además de esto, las diferencias jerárquicas se dan prioritariamente con enfermeras y no con enfermeros. Nuestras/nuestros participantes destacan que existen diferencias de género entre las profesiones de medicina y enfermería, ya que la mayoría han vivido o conocen alguna situación en el ámbito quirúrgico, en la cual se han dado estas desigualdades. Según Arroyo et al. (2011) y Barragán et al. (2013) esto se debe a que la enfermería desde su nacimiento ha estado ligada al género por ser una actividad principalmente femenina. Hablar de enfermera era hablar de mujer, además de que el término “enfermera” ha sido reconocido internacionalmente con el de hombre.

Son pocos los estudios recientes que informan acerca de las relaciones personales dentro del área quirúrgica. Nuestro estudio cualitativo deja en claro que, el personal de enfermería que fue entrevistado, piensa que las relaciones con el personal de medicina, no son buenas.

Coincidiendo con los siguientes estudios:

En el año 2009 se publicó un artículo en la revista *Nursing*, donde se analizaban una serie de investigaciones cuali-cuantitativas mediante encuestas a enfermeras norteamericanas, para extraer conclusiones acerca de cómo eran sus relaciones con los médicos. Como resultado, se mostró que, más del 50% de las enfermeras estudiadas estaban insatisfechas con sus relaciones profesionales con el equipo médico, debido a que éstos ignoraban la labor de enfermería, no consideraban importante su trabajo o no confiaban en sus aptitudes y no tenían en cuenta sus opiniones. Esto coincide con las opiniones de nuestras/nuestros participantes en el estudio, ya que cuando les preguntamos cómo es la relación con el personal de medicina, nos informan de que *“las relaciones entre estamentos son mejores que entre diferentes estamentos”* y además de esto, comentan que los médicos no les consultan los pacientes que tienen a su cargo, no informan de cambios, actúan de manera solitaria y coercitiva, no trabajan en equipo y solo miran por sus propias preocupaciones. Es por esto que el personal de enfermería se siente poco valoradas/os por ellos y sugieren que necesitan alguien que los defienda.

Thomas, Sexton y Helmreich, publicaron en el año 2003 un estudio en el que se investigó a enfermeras/enfermeros y médicos, sacó en claro los siguientes resultados: mientras que el 73% de los médicos creían que su relación con el personal de enfermería era buena y colaborativa, solo un 33% de las/los enfermeras/enfermeros pensaban lo mismo.

Por último, Ferrand et al. (2003), publicaron que el 50% de los médicos investigados consideraban colaborativa la relación con el personal de enfermería, mientras que de este último, solo el 27% compartía dicha opinión.

Estos tres estudios sugieren que el personal de medicina y enfermería no tienen el mismo concepto de colaboración, aunque las/los participantes de estos tres, son enfermeras y enfermeros que trabajan en diferentes áreas sanitarias y no solo enfermeras y enfermeros quirofanistas, como es el caso de nuestro estudio (Schmaleberg & Kramer, 2009; Thomas, et al., (2003); Ferrand, et al., 2003).

Para las/los participantes la relación médico-enfermera va a depender de factores como: que el equipo médico conozca de antemano a la enfermera o al enfermero con el que van a trabajar y de la personalidad y la especialidad del equipo médico, ya que la relación es mejor cuando ambos equipos profesionales se conocen previamente, ya que se genera más confianza. No obstante, autores como García, López y Vicente (2004), distinguen como factores: la falta de

tiempo para comunicarse y relacionarse y la falta de habilidades comunicativas y sociales entre ambos profesionales.

Si analizamos de forma general nuestro estudio, coincidimos con Vítolo (2012), en cómo influyen algunos factores, pertenecientes a distintos ámbitos, en la relación médico-enfermera. El maltrato y las conductas inapropiadas por parte de los médicos es una de las principales causas por las cuales nuestras/nuestros participantes señalan sentirse estresadas/os. Las/los enfermeras/enfermeros comentan que los médicos no las valoran, comprenden o escuchan o toman sus sugerencias en serio, por lo que se ve claramente una subestimación del trabajo de enfermería.

La principal estrategia, para mejorar la relación médico-enfermera, descrita por nuestras/nuestros participantes, es principalmente, conseguir alguien que defienda al equipo de enfermería para que se eliminen todos los factores que ponen en riesgo la relación entre ambos profesionales y se definan claramente las funciones de enfermería. Un estudio de Lapeña, Cibanal, Pedraz y Macía (2013), coincide con las propuestas de mejora del nuestro y además de esto, sugiere cambiar al personal, implantar turnos rotatorios y modificar métodos de trabajo y de dirección, con el objetivo de conseguir una reestructuración del trabajo a muchos niveles.

Sin duda, para nuestras/nuestros participantes quienes sufren las consecuencias de una mala relación y comunicación entre las/los profesionales sanitarios, es la paciente o el paciente quirúrgico. Un estudio recoge que durante 1/3 del tiempo total que dura la actividad en un quirófano, se producen fallos de comunicación entre los equipos, y como consecuencia de estos, se originan retrasos, aumento de la tensión ambiental, gastos innecesarios y trastornos para el paciente (Lingard, et al., 2004). Otro estudio evaluó como influía un curso de formación en habilidades no técnicas, en los resultados de 2 tipos de habilidades quirúrgicas, observándose que el trabajo en equipo producía mejores resultados técnicos (McCulloch, et al., 2009).

Sin embargo, un eficiente trabajo en equipo no puede surgir de forma espontánea, con lo cual hay que trabajar cuanto antes, el desarrollo de una cultura hospitalaria que englobe todas las mejoras propuestas anteriormente.

7. CONCLUSIÓN

A pesar de que los cambios en las relaciones entre las/los profesionales de enfermería y las/los profesionales de medicina han mejorado poco a poco con el paso del tiempo, con este estudio hemos logrado conocer cómo es en la actualidad la relación médico-enfermera en el área quirúrgica, en un contexto determinado de estudio, obteniendo que se desarrolla con dificultad, desde el punto de vista enfermero/a.

Aun predomina la jerarquía en las relaciones, a pesar de que cada vez son menores los cirujanos jerárquicos que van quedando. Entre estamentos iguales, las relaciones son mejores. Destaca que, las relaciones entre el equipo de enfermería y las médicas son mejores que con los médicos, además estas no establecen relaciones de jerarquía, se comunican y relacionan mejor. Se cree que un factor que favorece esto, es el aumento de mujeres universitarias que estudian la carrera de medicina.

Las médicas son mejores comunicadoras, mientras que los médicos actúan en solitario, sin atender las opiniones del equipo de enfermería, generando que las/los enfermas/enfermeros se sientan poco valorados y entorpeciendo una buena comunicación. La edad es un factor importante a la hora de la comunicación, los médicos más jóvenes trabajan en equipo mejor que los de mayor edad. Ante esto, el personal de enfermería sugiere como estrategia principal de mejora que alguien defienda al equipo de enfermería, con el objetivo de mejorar la comunicación entre ambos y evitar que el paciente sufra las consecuencias.

Hay que señalar que, el quirófano produce estrés debido a la sobrecarga de trabajo y a las situaciones que enfrentan las/os profesionales de enfermería con los médicos. Todos las/os enfermeras y enfermeros han vivido situaciones de estrés con el profesional médico.

Hoy día, en el área quirúrgica, aun se dan diferencias de género en la relación médico-enfermera. Si trabajas con un cirujano jerárquico o machista, este tratará con más respeto a los enfermeros que a las enfermeras. Ninguna/o de las/os participantes comentaron que las diferencias o desigualdades de género se dieran entre médicos y enfermeros.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alcuaz, L., y Portas, M. (2015). Factores que influyen en la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. *Metas*, 18(8), 6-11.
2. Arroyo, A., Lancharro, I., Romero, R. y Morillo M.S. (2011). La enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4).
3. Ávila, H.L (2006). Introducción a la metodología de la investigación. *EUMED*, 47-48.
4. Barragán, O., Hernández, E.A., Peralta, S.L. (2013) Una mirada a la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. *Epiemus*.34-37.
5. Cassinello, F. (2015). La importancia del trabajo en equipo en las salas de cirugía. *Elsevier, revista colombiana de anestesiología*, 43(1), 1-2.
6. Cervantes, M. C (2002). Estrés laboral en enfermería. *PreventionWorld*.
7. Eagly, A.H. (1987). Sex differences in social behavior: A social-role interpretation. *Lawrence Erlbaum*.
8. Fagundes, K.V., Magalhaes, A.A., Campos, C.C., Alvez, C.G., Ribeiro, P.M., Mendes, M.A. (2014). Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa: en el proceso salud-enfermedad. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 75-79.
9. Ferrand, E., Lemaire, F., Regnier, B., Kuteifan, K., Badet, M., Asfar, P., Jaber, S., Chagnon, J.L., Renault, A., Robert, R., Pochard, F., Herve, C., Brun-Buisson, C. Y Duvaldestin, P. (2003). Discrepancies between perceptions by physicians and Nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med*, 167(10), 1310-1315.
10. Flórez, J.A. (s.f.). El desarrollo de la relación “Enfermería-médico-paciente”. 5, 72-84.
11. García, M.I., López, M.N., Vicente, M.J. (2004). Reflexiones en torno a la relación terapéutica: ¿Falta de tiempo? *Index Enfermería*. 47, 44-48.
12. González, L.F., Moreno, I.A., García, M., y Vélez, M. (2010). La relación entre profesionales de enfermería y medicina: Una posible explicación de los resultados. *MedUnab*, 13(1), 17-21.
13. Landete, L. (2012). La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería dermatológica*.
14. Lapeña, Y.R., Cibanal, L., Pedraz, A., Macía, M.L. (2014). Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas. *Enfermería, Florianópolis*. 23(3), 555-62.
15. Lifshitz, A. (2011). Relación del médico con el personal de salud. *Cirujano General*, 33(2).
16. Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G.R., Reznick, R., Bohnen, J., Oser, B. Y Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*. 13, 330-334.

17. McCulloch, P., Mishra, A., Handa, A., Dale, T., Hirst, G. y Catchpole, K. (2009). The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Qual Saf Health Care*, 18, 109-115.
18. Pera, M (2010). Liderazgo y trabajo en equipo: una síntesis eficiente y necesaria en la cirugía actual. *Elsevier*, 87(6), 337-338.
19. Schmaleberg, C., Kramer, M. (2003). Nurse-physician relationships in hospitals: 20.000 nurses tell their story. *Crit Care Nurse*, 29,74-83.
20. Thomas, E.J., Sexton, J.B., Helmreich, R.L. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*, 31(3), 956-959.
21. Vítolo, F. (2012). Relación médico-enfermera: Esencial para la seguridad de los pacientes. *Noble Cía, de Seguros*.
22. Vítolo, F. (2010). Comunicación efectiva en quirófano. *Noble Cía, de Seguros*.
23. Villanueva, R., y González, R.M. (2015). La comunicación entre enfermeras quirúrgicas: Conviviendo entre dos mundos. *Index de enfermería*, 24(4), 2-3.
24. Okuda, M., y Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 34(1).
25. Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf. Neurol*, 11(2), 98-101.

9. ANEXOS

Los siguientes anexos han sido incluidos y utilizados en el desarrollo del trabajo.

9.1. Anexo 1: Modelo de preguntas empleadas para las entrevistas semiestructuradas.

Preguntas introductorias:

1. ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en quirófano?
2. ¿Trabajas por turnos rotatorios o tienes un turno fijo?
3. ¿Has trabajado en otras unidades hospitalarias, diferentes al área quirúrgica?
4. ¿Qué te gusta más? Quirófano es una unidad especial, ¿qué notaste diferente cuando empezaste a trabajar en quirófano? ¿algo significativo?
5. ¿Cómo crees que es la relación con los diferentes miembros del equipo? ¿Destacas algo en particular?

Parrilla de preguntas:

1. ¿Consideras que hay una buena comunicación con el profesional médico en el ámbito laboral quirúrgico?
2. En el caso de que creas que hay problemas de comunicación, ¿podrías destacar alguno/os que para ti son importantes?
3. ¿Consideras que hay un buen trabajo en equipo con el personal médico en el ámbito laboral quirúrgico?
4. ¿Cómo crees que son las relaciones con el personal médico laboralmente hablando?
5. Durante el trabajo con el personal médico, ¿has sentido o vivido situaciones que te han podido generar estrés?
6. ¿Crees que el equipo médico valora tu trabajo?, ¿Cómo valoras tu, tu trabajo?, ¿Cómo valoras el trabajo del médico?
7. ¿Qué estrategias propondrías para mejorar la relación médico- enfermera?
8. ¿Consideras que hoy día hay diferencias de género en tu trabajo? ¿Y diferencias jerárquicas?
9. ¿Crees que existen diferencias en el trabajo de equipo enfermera-médico en quirófano con respecto al equipo enfermera-médico en otras unidades asistenciales? ¿Cómo valoras tu trabajo en ese ámbito asistencial? ¿Qué diferencias destacarías entre tu trabajo en ese ámbito asistencial? ¿Qué diferencias destacarías entre tu trabajo en quirófano y tu trabajo en otra unidad? (salariales, estrés, responsabilidad, satisfacción personal, relación con los compañeros, etc.)

10. ¿Qué es lo que más te gusta de tu trabajo actual? ¿qué es lo que menos te gusta? ¿qué cambiarías si pudieras?
11. ¿Consideras que existe un trato igualitario tanto si eres enfermero hombre como mujer?
12. Si tienes que hacerle alguna sugerencia al personal médico, ¿consideras que existe la misma facilidad tanto si la enfermera es hombre como mujer?
13. ¿Crees que la diferencia de edad es un factor importante a la hora de comunicarse con el personal médico?

FIGURA 1. Anexos. Fuente: elaboración propia

9.2. Anexo 2: Modelo de consentimiento informado para las/os participantes en el estudio.

Antes de proceder a la firma del presente Documento de Consentimiento Informado, lea atentamente la información que contiene y formule las preguntas que considere oportunas para su mejor comprensión.

Va a participar en un estudio cuyo objetivo es explorar y conocer la relación médico/a-enfermera/o en el ámbito quirúrgico, por lo que pedimos su participación.

La participación consistirá en la realización de una entrevista que será grabada en un dispositivo de audio-taped y posteriormente transcrita en un documento de texto para facilitar su análisis.

La participación es totalmente voluntaria pudiendo abandonar la entrevista en el momento que lo desee o no contestar a las preguntas que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin repercusión alguna en su persona.

A los datos personales y los obtenidos durante la entrevista sólo tendrán acceso los investigadores, sólo serán utilizados para los fines de la investigación, y serán tratados conforme lo dispuesto en la Ley 15/99 Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

La confidencialidad de las opiniones vertidas queda asegurada porque, desde el principio de la grabación, usted será identificado con un código que impedirá su posterior identificación (por ejemplo un número o participante 1, 2, etc.).

Es posible que tras analizar las entrevistas y analizar su contenido se les pida su conformidad con lo transcrito o con el análisis.

YO (Nombre y Apellidos)_____

He leído la información que contiene al presente Documento de Consentimiento Informado y he podido hacer preguntas sobre el estudio y mi participación en el mismo.

Comprendo que mi participación es voluntaria, siendo libre de abandonar el estudio cuando lo desee, sin dar explicaciones y sin repercusiones para mí.

Se me ha informado del procedimiento para asegurar la confidencialidad de los datos y su tratamiento conforme a la Ley 15/99 Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

Doy mi consentimiento libre e informado para participar en la investigación “RELACIÓN MÉDICO/A-ENFERMERA/O EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: UN ESTUDIO CUALITATIVO” y para que los datos derivados de mi participación sean utilizados por los investigadores para los fines planteados en el estudio.

Para que así conste firmo la presente en Jaén a ___ de _____ de 20__.

Fdo.: _____

9.3. Anexo 3: Cuestionario de datos sociodemográficos.

Ficha de la entrevista: (para cada entrevistado)

| |
|---|
| Fecha de la entrevista: |
| Lugar de la entrevista: |
| Hora de inicio: Hora de finalización: |
| Identificador para el entrevistado: |
| Edad del entrevistado: |
| Profesión del entrevistado: |
| Peculiaridades de la entrevista: |
| |

FIGURA 2. Anexos. Fuente: elaboración propia.