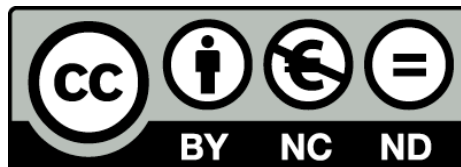




L' experiència viscuda de ser cuidat en un hospital

Perspectiva des de l'immigrant
extracomunitari

Montserrat Guillaumet Olives



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0. Spain License.**

UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT DE FILOSOFIA

DEPARTAMENT DE FILOSOFIA TEORÈTICA I PRÀCTICA

PROGRAMA DE DOCTORAT: CIUTADANIA I DRETS HUMANS

Tesi doctoral

**L'EXPERIÈNCIA VISCUDA DE SER CUIDAT
EN UN HOSPITAL.**

**PERSPECTIVA DES DE L'IMMIGRANT
EXTRACOMUNITARI**

Doctoranda: MONTSERRAT GUILLAUMET OLIVES

Directores: Dra. MARGARITA BOLADERAS CUCURELLA

Dra. JOSEFINA GOBERNA TRICAS

BARCELONA, SETEMBRE DE 2013

*A la meva mare Leonor,
de qui vaig aprendre l'essència de tenir cura.*

Agraïments

Acabar la tesi, en el meu cas, vol dir que he hagut de dir prou en un moment determinat. Si no fos així, la tesi no acabaria mai; cada lectura genera reflexió, modificacions, les idees acudeixen i també, el coneixement és inabastable... sempre hi ha aquella publicació que es pot introduir.

Acabar la tesi també vol dir fer balanç de tots aquests anys, de l'esforç que ha representat, de les renúncies i de les aportacions que ha suposat aquesta dilatada experiència i, al mateix temps, vol dir reconèixer les persones que han contribuït a la seva culminació. En aquest sentit, tinc la necessitat d'agrair la seva participació, el seu acompanyament, el seu suport i la seva ajuda, sense la qual aquesta aventura no hagués estat possible.

En primer lloc, vull agrair a tots els participants que van compartir les seves vivències i el seu temps així com a totes les persones que em van conduir fins a ells. Tots ells constitueixen la xarxa a partir de la qual s'ha construït aquesta investigació.

A la Dra. Boladeras, codirectora d'aquesta tesi, per la seva qualitat humana i per demostrar confiança amb mi des d'un inici, així com amabilitat i paciència en el seu guiatge expert a una neòfita de la filosofia.

A la Dra. Josefina Goberna, codirectora d'aquesta tesi, per la seva disponibilitat, per el seu rigor metodològic i per compartir la seva expertesa. Ha estat un extraordinari pont entre les ciències de la salut i les humanitats.

Ambdues han estat per a mi dos referents personals i acadèmics que han contribuït al meu aprenentatge, a partir del seu saber, del seu saber fer i del seu saber estar. Vull agrair especialment les seves aportacions crítiques i enriquidores.

A la Comissió Acadèmica de Doctorat del programa Ciutadania i Drets Humans, per acceptar inicialment el meu projecte, i pel seu seguiment durant aquests anys.

A la Dra. Bilkis Vissandjee, per la seva implicació a través de l'impuls, orientació i de les aportacions crítiques.

A la Dra. Marian de Juan, per la seva generositat, humanitat i ajuda en moments crucials en els quals compartíem la nostra aventura amb la fenomenologia.

A Francisco Collazos i a Adil Qureshi, del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona; a Tai Mooi Ho Wong, de l'Hospital del Mar; a Dolors Muñoz, de l'IES de la Generalitat de Catalunya; a Joseba Achotegui, fundador i director del SAPPiR (Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats) i a Carmen Ollé, d'ASSIR IMAS Ciutat Vella-Drassanes; a tot ells pel seu temps i per la seva orientació i valuosa ajuda en la fase inicial del treball de camp.

A Margarita Esteve i a Àngels Pi, directores d'infermeria, per facilitar-me l'accés als hospitals i poder portar a terme part del treball de camp. Una menció especial per Natàlia Vidal, per la seva implicació i el seu temps, dins i fora de l'hospital.

A Beatriz i a M. Antonia amb qui he tingut suport diari i una ajuda franca, per les lectures crítiques d'alguns textos i per compartir entusiasme, pujades i baixades.

A la Dra. Núria Fabrellas, per la lectura crítica d'alguns textos i els seus valuosos suggeriments.

Al Dr. Josep Curcó, tutor del màster de la UIC. Les seves aportacions i indicacions van promoure, si més no, la reflexió i el repte personal de continuar i aprofundir en la fenomenologia.

A la Dra. Júlia Esteve, directora de l'Escola Universitària d'Infermeria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, per l'impuls i el suport constant, pels seus suggeriments experts i recomanacions.

A les meves col·legues de l'Escola, per comprendre el meu aïllament, de manera particular en el darrer tram del procés de la tesi.

Als membres del Grup d'Investigació Bioètica REDIB, de la Facultat de Filosofia de la UB, amb qui l'aprenentatge des de la multidisciplinarietat ha estat una realitat i un gaudi.

Al grup Tamarindos amb qui vaig començar aquesta aventura. El seu engrescament va ser un dels motors impulsors d'aquesta tesi.

A la meva amiga Yolanda. La seva estimació i gran ajuda en els moments complicats així com la comprensió dels meus silencis, ha estat fonamental en aquesta llarga etapa a través del veritable significat de l'acompanyament.

A tot el cercle d'amics, per ser-hi i escoltar sovint el meu discurs monotemàtic, així com la maleïda frase: «si, quan acabi la tesi».

I com no, als de casa. A Jordi i a Lluna que en els darrers anys han patit d'una manera o altra tota aquesta aventura. Pel temps que hem deixat de compartir durant les tardes i els caps de setmana, pels moments més grisos, més negres i, també més clars que s'han produït arran d'aquesta tesi.

Finalment, per a tots aquells que malgrat no hi sigui el seu nom, han estat una baula en les diferents etapes i que han permès que tot hagi estat possible.

Aquesta tesi ha estat parcialment finançada per la Fundació Víctor Grífols i Lucas amb la beca d'Investigació sobre Bioètica, en l'edició de 2010.

Resum

Els grans moviments migratoris iniciats a final del segle XX han generat profundes transformacions en els diferents escenaris socials occidentals. Espanya va passar a ser de país d'emigrants a receptor net d'immigració. Si bé, a partir de 2008 s'està produint una disminució de les entrades netes d'immigrants, tendència que segueix mantenint-se en l'actualitat, aquests fluxos han generat una gran miscel·lània cultural que alhora ha activat, per una banda, nous fenòmens en les relacions humanes en gairebé totes les esferes socials i per l'altra, ha provocat debats socials, polítics, econòmics i culturals a la cerca de noves fórmules per aconseguir un equilibre entre la societat d'acollida i els nous ciutadans.

Una de les aproximacions més rellevants al fenomen de la immigració és la de la salut, en la qual s'utilitzen nombrosos mètodes i tècniques d'estudi que donen resposta a les diferents hipòtesis o preguntes d'investigació. Tanmateix, no sempre s'atén la mirada i la veu de l'immigrant. L'estudi que es presenta a continuació dóna veu a la persona immigrant d'origen extracomunitari.

L'objectiu general que s'ha perseguit és: explorar, des d'una vesant fenomenològica interpretativa, l'experiència viscuda pels immigrants extracomunitaris de ser cuidats per infermeria durant la seva hospitalització en un hospital català, a partir dels seus relats. La recerca empírica duta a terme en aquesta tesi es fonamenta en la metodologia qualitativa i en concret en la fenomenologia com a perspectiva metodològica i no filosòfica. Així mateix té una orientació hermenèutica inspirada en P. Ricoeur i en el treball empíric d'altres autors. La fenomenologia hermenèutica és el procés de descriure i interpretar l'experiència humana per comprendre la naturalesa fonamental d'aquesta experiència. El mètode s'ha desenvolupat en tres fases: 1) la fase ingènua, 2) l'anàlisi estructural i 3) la comprensiva del text. Seguint l'enfocament metodològic es van realitzar 16 entrevistes que recullen les experiències narrades per persones immigrants d'origen extracomunitari. Aquestes van ser enregistrades i transcrites. En la primera fase, a partir d'una lectura del text, es va realitzar una aproximació holística al significat de l'experiència i van ser capturats sentits parcials, en forma de conjectura, que van permetre formular una comprensió ingènua del text i que es van validar en etapes posteriors. Així, el text es va organitzar en unitats de sentit i es va ser fidel al llenguatge dels participants. En la segona fase, es van transformar aquestes unitats de sentit en categories essencials, en llenguatge ja fenomenològic, que de manera condensada agrupaven significats i que permetien seguir reduint-los, per afinitat temàtica, en subtemes i, en darrer terme en unitats temàtiques. Tots aquests es van comparar amb la comprensió ingènua per a la seva validació. Finalment, en la tercera fase, després de la lectura del text en la seva totalitat i del procés d'anàlisi, des de la perspectiva fenomenològica, es va formular la comprensió global a partir dels temes emergits i de la literatura consultada sobre el significat de l'experiència viscuda.

Així, el significat que les persones immigrants d'origen extracomunitari li atribueixen a l'experiència de ser cuidats per infermeres i auxiliars durant el seu ingrés hospitalari es

construeix a partir de les dues unitats temàtiques emergides: sentir-se respectat i sentir-se segur durant l'ingrés hospitalari. El primer significat s'articula a partir del respecte a les creences i valors, i del respecte en la relacions interpersonals; mentre que el segon significat es construeix a partir dels diferents procediments i processos hospitalaris, del propi procés de salut i de l'entorn hospitalari. Si bé els resultats no són extrapolables a tots els entorns, l'aproximació a la vivència d'hospitalització dels immigrants d'origen extracomunitari, a partir dels significats atribuïts en els seus relats pot contribuir, en primer lloc, a repensar, reformular i reorientar les cures infermeres i, en segon lloc, a dissenyar noves fórmules per orientar la pràctica, la formació, la gestió i la investigació infermera; amb la finalitat de proporcionar unes cures més humanes, dignes, respectuoses, segures i coherents en una societat plural i multicultural.

Paraules clau: cures infermeres, hospitalització, immigració, immigrant extracomunitari, fenomenologia hermenèutica, bioètica, ètica del cuidar.

Relació de taules

Taula I	Evolució de la població estrangera empadronada. Espanya i Catalunya, 1999-2010.
Taula II	Població estrangera per països. Catalunya, 2011.
Taula III	Perfil dels participants en l'estudi.
Taula IV	Aproximació holística. Comprensió ingènua (Muriel, 35 anys)
Taula V	Unitats de sentit (el que s'ha dit).
Taula VI	Desenvolupament de les categories essencials a partir de les unitats de sentit.
Taula VII	Construcció de l'anàlisi estructural.
Taula VIII	Resultat de l'anàlisi estructural.

Índex

<i>Dedicatòria</i>	<i>iii</i>
<i>Agraïments</i>	<i>v</i>
<i>Resum</i>	<i>vii</i>
<i>Relació de taules</i>	<i>ix</i>
CAPÍTOL 1 - Introducció	14
1.1 Presentació	15
1.2 Motivació	15
1.3 Rellevància de l'estudi.....	17
1.4 Propòsit de l'estudi	19
1.5 Preguntes de recerca	19
1.6 Objectius de la investigació	20
Objectiu general.....	20
Objectius específics	20
Estructura de la tesi	21
PRIMERA PART: MARC TEÒRIC	23
CAPÍTOL 2 - Estat de la qüestió	25
2.1 Presentació	25
2.2 El fet migratori	26
2.2.1 L'immigrant	30
2.3 De la cura a la cura infermera	33
2.3.1 La cura infermera	35
2.3.2 Marcs teòrics que orienten la disciplina infermera	40
2.4 L'Hospitalització	45
2.4.1 La institució hospitalària: origen d'un espai.....	45
2.4.2 L'hospital: un espai actual.....	49
2.4.3 Hospital–Salut–Immigració	50
2.4.4 L'hospitalització: viure-la	52
2.5 L'experiència viscuda	58
SEGONA PART: MARC METODOLÒGIC DE LA INVESTIGACIÓ	63
CAPÍTOL 3 - Fonamentació metodològica	63
3.1 Presentació	65
3.2 Metodologia.....	65
3.3 La perspectiva fenomenològica en la disciplina infermera	68

3.4	Disseny de l'estudi.....	71
3.5	Posicionament de la investigadora	71
3.6	Selecció dels participants	73
3.6.1	Criteris d'inclusió	76
3.6.2	Criteris d'exclusió	76
3.7	Participants.....	77
3.8	El context.....	78
3.9	L'entrevista en profunditat.....	78
3.10	Anàlisi de les dades.....	80
3.10.1	Procés metodològic	81
3.11	Aspectes ètics	88
TERCERA PART: RESULTATS, DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS.....		89
CAPÍTOL 4 - Resultats: l'experiència viscuda de ser cuidat per Infermeria durant una hospitalització.....		91
4.1	Presentació.....	91
4.2	Resultats de la fase ingènua o <i>naïve</i>	91
4.3	Resultats de l'anàlisi estructural	105
4.3.1	Sentir-se respectat	106
4.3.2	Sentir-se segur	114
CAPÍTOL 5 - Significat i comprensió de ser cuidat per Infermeria durant un ingrés en un hospital català.....		122
5.1	Presentació.....	123
5.2	Sentir-se respectat.....	123
5.2.1	Les creences, els valors i la tradició	124
5.2.2	La intimitat	127
5.2.3	La comunicació, el tracte i el reconeixement.....	128
5.2.4	La comunicació terapèutica.....	131
5.2.5	La identificació del professional.....	132
5.2.6	L'idioma	132
5.2.7	El respecte a través de la mirada dels professionals.....	133
5.3	Sentir-se segur	134
5.3.1	La seguretat emocional	135
5.3.2	La informació	135
5.3.3	La confiança	137
5.3.4	Informació diligent del professional	138
5.3.5	Sentir-se ajudat	138

5.3.6	Comoditat en l'entorn hospitalari.....	139
5.3.7	La unitat d'hospitalització	139
5.3.8	L'habitació compartida	139
5.3.9	Desconeixement del sistema de salut.....	140
5.3.10	La professionalitat dels cuidadors	140
5.3.11	Identificació dels professionals.....	140
5.3.12	El torn nocturn.....	141
5.3.13	L'acollida en la unitat d'hospitalització	142
5.3.14	L'acompanyament per persones significatives.....	142
5.3.15	L'organització.....	142
CAPÍTOL 6 - Conclusions		143
6.1	Reptes per infermeria	145
6.1.1	En la pràctica	145
6.1.2	En la formació	146
6.1.3	En la recerca	146
6.1.4	En la gestió de les cures	147
BIBLIOGRAFIA.....		149
ANNEXOS.....		159
A. Informació sobre la investigació		
B. Entrevistes als participants		
C. Permís del Comitè ètic d'investigació clínica		
D. Aprovació direccions d'infermeria		
E. Full de Consentiment informat		

CAPÍTOL 1 - Introducció

1.1 Presentació

Aquesta tesi presenta el procés d'investigació dut a terme a través de l'exploració i la interpretació de l'experiència viscuda per part dels immigrants extracomunitaris de ser cuidats per l'equip d'infermeria¹ durant el seu ingrés en una unitat d'hospitalització catalana.

El meu punt de partida com a investigadora va ser la preocupació, com a infermera i com a docent, per conèixer i comprendre l'experiència dels immigrants extracomunitaris aproximant-me a les seves històries, a través dels seus relats i, per tant, a la seva veu.

El capítol 1 exposa els temes introductoris de la recerca. Descriu la motivació, justifica la rellevància i el propòsit de l'estudi; a continuació, formula les preguntes de recerca i els objectius; finalment, presenta l'estructura d'aquesta tesi.

1.2 Motivació

El meu interès en aquest tema prové de tres àmbits diferents: el personal, el professional i l'acadèmic. El primer s'origina arran de la curiositat que des de molt jove he tingut davant diferents maneres de pensar, fer i entendre el món des d'una perspectiva cultural. Curiositat entesa, segons Kashdan,² com un motor de la motivació interna; un sistema emocional positiu de motivació associat amb el reconeixement i la persecució d'experiències noves que suposen un repte.

Els primers escenaris on vaig contrastar de manera significativa les diferents maneres d'entendre el món es van desplegar entre: *lo món* rural de Lleida - d'on és originària la meva família - i el de la ciutat de Barcelona, on vaig néixer; entre un ambient pagès i un altre d'industrial; entre un entorn de la plana (d'Urgell) i un altre de marítim. No sols la manera de parlar era prou diferent, també trobava distinta la forma de gaudir del temps lliure, la llibertat de sortir al carrer, les relacions entre la família, entre els amics o amb els veïns i coneguts, la manera d'actuar i la presa de decisions atenent al gènere, el fet de dur a terme els rituals al voltant de la mort i el dol, els simbolismes a través de les tradicions, la manera de viure segons la religió i les creences. Tot plegat em va marcar profundament de manera que se'm va anar despertant l'interès i la comprensió cap a altres dinàmiques de funcionament, cap a altres perspectives en el pensament, cap a altres maneres de viure i

¹ L'equip d'infermeria està format per infermers, infermeres i auxiliars.

² Kashdan, T.B.: «Curiosity and exploration: Facilitating positive subjective experiences and personal growth opportunities», *Journal of Personality Assessment*, vol. 82, núm. 3, 2004, p.291.

d'entendre el món, no necessàriament compartides, però sí atraients per la seva diversitat i el seu enriquiment.

En el segon àmbit, el professional, l'interès sorgeix a partir de l'experiència personal com a infermera en el decurs dels gairebé setze anys de pràctica assistencial en unitats d'hospitalització. Allí és on vaig anar constatant que la mateixa hospitalització, com a fenomen, representa *per se* una experiència que se suma al significat particular de la malaltia.^{3,4} Cal afegir, també que l'observació realitzada sobre la transformació que es produïa, en els anys noranta, en l'àmbit sanitari a causa d'un increment de pacients de diferents orígens culturals i en conseqüència, les diferents respostes donades pels professionals davant les noves demandes i expectatives en la seva pràctica diària em van produir una certa perplexitat, que augmentava en contrastar-les amb els valors disciplinars i professionals que guiaven la pràctica infermera en les unitats d'hospitalització.

Aquest escenari em va promoure la preocupació per la vivència d'aquella persona, sovint en un procés migratori,⁵ que esperava ser atesa i cuidada en un àmbit desconegut, a vegades hostil, on quedava palès que ella no formava part d'aquell grup de cultura majoritària i que gairebé no tenia veu en el seu procés de salut.

A més, durant els darrers divuit anys dedicada a la docència he tingut l'oportunitat de continuar en contacte amb les infermeres⁶ que, conjuntament amb els mateixos estudiants que he tutoritzat en les pràctiques clíniques, hem compartit diferents experiències i aspectes relacionats amb l'atenció i les cures infermeres a persones d'origen diferent als professionals que els atenen. Aquest fet m'ha continuat generant més interrogants sobre l'experiència viscuda de la persona que és atesa i cuidada en entorns molt diferents als seus orígens.

Els fets observables deguts a un canvi demogràfic amb increment de la diversitat cultural en els àmbits sanitaris no són exclusius d'aquests. També es reproduïen simultàniament en els diferents escenaris socials i professionals, cosa que és motiu de diferents debats i controvèrsies. El que ho fa interessant com a unitat d'estudi, al meu entendre, és l'articulació de diferents elements com: **1)** la mirada singular de l'immigrant,⁷ de manera particular l'extracomunitari,⁸ ja que té una major distància cultural⁹ amb la nostra societat

³ Rodríguez, J; Zurriaga, R.: *Estrés, enfermedad y hospitalización*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997, p.115. Els autors descriuen, en els capítols III i IV, l'impacte psicològic que té l'hospitalització en el pacient, així com l'efecte estressor que té l'hospital com a organització social.

⁴ Boixareu, R.M.: «L'experiència humana de la malaltia», a R.M. Boixareu (coord), *De la antropologia filosòfica a l'antropologia de la salut*, p.173, Barcelona, Càtedra Ramon Llull, Blanquerna, 2003.

⁵ Entenent com a procés migratori una adaptació al país d'acollida, una resposta als canvis i a les pèrdues produïdes per optar a una oportunitat per a la millora de la qualitat de vida. Es pot consultar a: Soler, J.: *¿Por qué lloran los inmigrantes? Sentirse enfermo lejos de casa*, Lleida, Milenio, 2009, p. 86 i s.

⁶ En el text s'utilitza el femení per abreujar, entenent que inclou ambdós gèneres. L'opció respon al fet que tradicionalment ha estat una professió exercida per dones i actualment continua sent un grup principalment femení.

⁷ Tot i la complexitat en el significat del terme *immigrant*, en aquesta investigació, s'utilitza des d'una vessant social, és a dir, com aquella persona estrangera que ha sortit del seu país per establir-se a Catalunya. Per tant, no es tenen en compte altres consideracions polítiques, econòmiques, jurídiques o causals. (Nota de l'autora)

⁸ Persona originària de un país que no pertany a la Unió Europea.

d'acollida; **2)** un fenomen particular: el fet de ser cuidat per un equip infermer de diferent cultura a la pròpia, així com **3)** un fenomen concret: l'hospitalització.

El primer element, la mirada de l'immigrant extracomunitari, és una mirada singular en tant que vulnerable, perquè al canvi produït en el seu estat vital o de salut s'hi afegeix l'estada en un ambient desconegut que estableix unes normes i dinàmiques alienes, sovint poc comprensives, a les seves expectatives generades a partir del seu bagatge cultural.

El segon element, ser cuidat per persones de diferent cultura a la pròpia, pot resultar un fenomen particular en implicar un contrast entre diferents cosmovisions i, en conseqüència, entre el servei que reben dels professionals i l'esperat, atenent la seva cultura.

Finalment, el tercer element, l'hospitalització com un fenomen concret uniformitza els pacients sota l'observació permanent dels professionals, en un ambient poc personalitzat, on l'organització gira al voltant de la visita mèdica, del control biofisiològic, dels horaris de les higiènes, dels menjars, dels tractaments i dels procediments efectuats.

L'articulació d'aquests tres elements és un constructe interessant i necessari per explorar a partir del tercer àmbit, que promou el meu interès en el tema i alhora permetrà desenvolupar-lo: l'acadèmic.

Un element decisiu per creure en la necessitat d'explorar aquest fenomen ha estat els pocs estudis trobats, a partir de la disciplina infermera, on es doni veu als immigrants extracomunitaris per explicar la seva experiència de ser cuidats durant un ingrés hospitalari en el nostre entorn. Per tant, com a infermera crec que el seu aprofundiment permetrà aproximar-nos en aquesta articulació al·ludida a partir dels mateixos pacients, prendre consciència de la realitat i fer propostes que permetin proporcionar unes cures respectuoses i coherents culturalment en escenaris multiculturals.

1.3 Rellevància de l'estudi

La immigració és un dels fenòmens socials i demogràfics que ha transformat més la societat espanyola, en general,¹⁰ i la catalana,¹¹ en particular, des de els anys vuitanta del segle XX fins a la primera dècada del segle XXI. L'increment del nombre d'immigrants es va produir arran del creixement econòmic sostingut que va promoure l'arribada de treballadors d'altres països que proporcionaven mà d'obra abundant, flexible i relativament barata, majoritàriament en els sectors de la construcció, l'agricultura o els serveis.

⁹ Entenent distància cultural com: «la diferència entre les normes, els valors, les representacions de l'ésser humà i de la vida social». Basabe, Zlobina i Paez apunten que a major distància cultural, es presenta una major dificultat en l'adaptació a nous entorns culturals. Es pot consultar a: Basabe, N.; Zlobina, A.; Paez, D.: «Integración sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco», *Soziologiazko Euskal Koadernoak/Cuadernos Sociológicos vascos*, San Sebastián, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, núm. 15, 2004, p. 119, disponible a <ftp://gvas.euskadi.net/pub/gv/estudios_sociologicos/csv15.pdf>.

¹⁰ Santamaría, E.: «Inmigración y barbarie. La construcción social y política del inmigrante como amenaza», *Papers* 66, (UAB, Servei de publicacions) 2003, p 61.

D'aquest moviment social se n'ha generat abundant material documental que posa l'èmfasi en aspectes recurrents com ara l'impacte econòmic i sobre el mercat de treball, els possibles problemes de convivència social, els drames humanitaris, els fantasmes de la delinqüència o la inseguretat.¹² Sovint, l'anàlisi del fet migratori es basa en dades estadístiques, en les quals els immigrants apareixen com a subjectes o objectes anònims en un determinat sector, gaudint d'uns determinats drets i serveis com el permís de treball, el subsidi d'atur, els educatius o els sanitaris,¹³ sovint viscut com una amenaça per la població autòctona. El que les estadístiques no mostren són aspectes qualitius derivats de l'impacte social o personal en els diferents escenaris, com l'educatiu o el sanitari així com entre els diferents agents que hi participen, en clau de fortlesa. En relació amb el darrer escenari, i des d'un punt de vista optimista per endegar nous projectes, la Fundació Jaume Bofill, en el document publicat en el 2005,¹⁴ apunta les dificultats principals a les quals ha de respondre el sistema sanitari català, com a punt de partida:

«(...) principalment problemes de comunicació, que no es redueixen al fet de no compartir l'idioma, sinó també i sobretot a les diferències en les concepcions de la salut, la malaltia i les formes de cura, així com a la diversitat de les expectatives sobre el rol del professional i el rol de l'usuari. (...) els bagatges culturals múltiples que porten les persones immigrants no es poden continuar concebant en termes de restriccions i dèficits, sinó que cal considerar-los un punt de partida per començar a treballar».

Aquest abordatge més qualitatiu obre diferents possibilitats i perspectives d'estudi enfocades no sols als professionals dels diferents escenaris, sinó també a les persones immigrants, al seu sentir i a la seva experiència.

En aquest sentit, tot i els nombrosos estudis internacionals i nacionals derivats de l'impacte del fenomen migratori en l'àmbit de la salut, no se n'ha trobat cap, en el nostre entorn, que estudiï el significat de l'experiència que els immigrants li donen en ser atesos en el sistema de salut, com tampoc al de ser cuidats pels equips d'infermeria durant un ingrés hospitalari.

Tanmateix, hi ha un buit en els estudis de la pròpia veu dels protagonistes. D'aquí rau la necessitat de conèixer i comprendre, a partir del relat dels immigrants, com viuen l'experiència de ser atesos i cuidats per infermeres i auxiliars, per a ells estrangeres, en la seva estada en una unitat d'hospitalització i en un marc de distància cultural.

¹¹ Subirós, P. (ed.): Ser immigrant a Catalunya. El testimoni de vint-i-dos protagonistes, Barcelona, Edicions 62, 2010, p.42.

¹² *Ibid.*, p.11.

¹³ *Ibid.*, p.14.

¹⁴ Fundació Jaume Bofill: La immigració a debat: diversitat i salut, Debats Can Bordoï, Aula Provença, Barcelona, Fundació Jaume Bofill, 2005, disponible a: <<http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/416.pdf>> p.9.

1.4 Propòsit de l'estudi

El propòsit d'aquest estudi és explorar, documentar i interpretar l'experiència viscuda pels immigrants extracomunitaris que han estat cuidats per equips d'infermeria, en unitats d'hospitalització de la comarca del Barcelonès i del Vallès occidental, a Catalunya. Com a infermera m'interessa aproximar-me a la seva percepció subjectiva, perquè pot contribuir, per una banda a la reflexió personal i, per l'altra a repensar, reformular i reorientar les cures infermeres, i al disseny de noves fórmules o models que orientin la pràctica, la formació, la gestió i la recerca infermera. Per aquest fet, la finalitat d'aquest estudi és proporcionar suggeriments i eines de millora que contribueixin a proporcionar unes cures infermeres més humanes, dignes, comprensives i coherents a les persones que les reben.

L'estudi de l'experiència viscuda, des d'una vessant interpretativa, requereix un enfocament fenomenològic interpretatiu per comprendre les experiències quotidianes, i articular les similituds i les diferències en els significats atribuïts en aquesta experiència. Comprendre els éssers humans exigeix escoltar la seva veu, la seva història i les seves experiències.¹⁵ Per aquest motiu, i per dur a terme el propòsit descrit, s'ha utilitzat una metodologia que permet anar més enllà de «veure i dir el que és i el que no és», que exigeix en l'ètica de l'investigador, segons Castillo «(...) el respecte per la veu i l'experiència descrita pel participant, en el text... L'ètica entesa com a ésser vertader davant el text o les veus dels participants».¹⁶

1.5 Preguntes de recerca

Aquesta investigació no parteix d'hipòtesis tancades, plantejades com a judicis de la realitat per verificar o refutar. Tampoc de supòsits ontològics entre diferents variables i les seves relacions. Per tant, no es tracta de demostrar cap teoria existent sinó de formular preguntes obertes que tenen la finalitat d'orientar l'estudi.¹⁷ Vázquez apunta que les preguntes d'investigació representen la incertesa que té l'investigador sobre l'objecte d'estudi, i per a la qual es pretén trobar una resposta, almenys en part, amb la investigació.¹⁸ Així, en la fase inicial d'aquesta recerca van sorgir tot un seguit d'interrogants a partir de les diferents motivacions ja descrites (personals, professionals i acadèmiques) i dels problemes observats en la pràctica de l'atenció infermera.

Les preguntes de partida plantejades de manera inicial varen ser:

¹⁵ Castillo Espitia, E.: «La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos», *Investigación y Educación en Enfermería*, núm. 1, març. 2000, p.30 [en línia] Disponible a: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105218294002>>.

¹⁶ *Ibid.*, p.32.

¹⁷ En la recerca qualitativa, els investigadors inicien els estudis amb interrogants vagament formulats, sense teories preconcebudes ni hipòtesis per verificar. El desenvolupament dels conceptes, les intel·leccions i les comprensions van sorgint a partir de les dades que es van obtenint. Es parla de models flexibles. Taylor, S.J. i Bogdan, R.: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Madrid, Paidós Básica, 1987, p.20.

¹⁸ Vázquez, M. L. (coord): *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*, Col·lecció Materials 168, Bellaterra, Servei de publicacions UAB, 2006, p. 33.

- Com s'articula, en les sales d'hospitalització, la nova miscel·lània cultural amb les cures infermeres?
- S'estan donant cures infermeres culturalment coherents en les unitats d'hospitalització?
- Què diuen els immigrants sobre les cures infermeres rebudes durant un ingrés?
- Com és l'experiència dels immigrants de ser cuidats per infermeres i auxiliars de diferent cultura a la seva?
- Com és aquesta experiència a partir de models culturals allunyats dels de la societat receptora?

Els interrogants van endegar un procés reflexiu, a partir de l'experiència de la investigadora i de les lectures exploratòries, del qual en va destacar un clar interès cap al *com* era la vivència de l'immigrant ingressat en una unitat d'hospitalització en ser cuidat per l'equip infermer. D'aquesta manera, la formulació final de la pregunta que guia la investigació és:

- Com viuen els immigrants extracomunitaris l'experiència de ser cuidats per l'equip d'infermeria durant el seu ingrés hospitalari?

1.6 Objectius de la investigació

Amb la finalitat de donar resposta a la pregunta formulada en l'apartat anterior es formulen els objectius de partida següents:

Objectiu general

Explorar, des d'una vessant fenomenològica interpretativa, l'experiència viscuda pels immigrants extracomunitaris de ser cuidats per infermeria durant la seva hospitalització en un hospital català, a partir dels seus relats.

Objectius específics

- Descriure l'experiència viscuda de ser cuidat, per infermeres i auxiliars, durant una hospitalització a partir del relat de les persones immigrants d'origen extracomunitari.
- Comprendre els significats que les persones immigrants d'origen extracomunitari atribueixen a l'experiència de ser cuidats, per infermeres i auxiliars amb referents culturals diferents als propis, durant un ingrés hospitalari.
- Detectar els punts febles en el procés de cura que actualment es proporciona a les persones immigrades d'origen extracomunitari.
- Proporcionar eines i recomanacions que permetin millorar el procés de cures i atenció a les persones immigrades d'origen extracomunitari.

Aquests objectius determinen una metodologia descriptiva i interpretativa a seguir per dur a terme la recerca.

Estructura de la tesi

Aquesta tesi s'organitza en una introducció, on es presenta la motivació de l'autora, la rellevància de l'estudi, el seu propòsit, les preguntes de recerca i els objectius que es pretenen assolir. A continuació, el text es distribueix en 3 parts i en 6 capítols. La primera part està formada pel capítol 2, on es presenta el marc teòric. La segona part inclou el marc metodològic de la investigació i es compon del capítol 3, amb la fonamentació metodològica. Finalment, la tercera part inclou el capítol 4, amb els resultats, el 5 amb la discussió d'aquests i el 6 amb les conclusions. En la part final es troba la bibliografia i els annexos.

PRIMERA PART:

MARC TEÒRIC

CAPÍTOL 2 - ESTAT DE LA QÜESTIÓ

2.1 Presentació

Aquest capítol recull la descripció de quatre blocs temàtics, obtinguts en una primera fase exploratòria. Configuren els quatre eixos dels quals parteix aquesta tesi i que formen part del seu títol: **1)** l'immigrant **2)** les cures infermeres, **3)** l'hospitalització i **4)** l'experiència viscuda. La informació obtinguda a partir d'una primera cerca bibliogràfica contribueix, com a primer fil conductor, a contextualitzar l'estudi, així com a proporcionar idees i pistes de reflexió per a la construcció de la problemàtica de la investigació.¹⁹

En aquest sentit, la cerca bibliogràfica realitzada no pretén obtenir de manera exhaustiva un coneixement previ generador de prejudicis o significats davant el fenomen estudiat, sinó que es dirigeix, de manera introductòria principalment a proporcionar un marc de referència que permet el desenvolupament d'arguments sòlids per a aquest estudi fenomenològic interpretatiu.

A partir de la formulació de la pregunta es va procedir a la revisió de diferents bases de dades documentals de ciències de la salut i socials. L'estratègia de cerca es va efectuar a IBECs, Medline a través de Pubmed, CINHALL, Cuidatge, Cuiden, la Biblioteca Cochrane i el CSIC. També es van consultar fonts d'organismes oficials: INE, Idescat, Departament de Benestar i Família. Segons el tema es va acotar la cerca; així, per a aspectes relacionats amb la immigració al nostre país, es va fer entre els anys 2000-2007 per ser un període que recull diferents estudis arran dels moviments migratoris i de la transformació social de l'època. Posteriorment va ser necessari augmentar la franja temporal a causa de l'evolució dels resultats trobats així com per recomanació d'alguns experts. Els descriptors utilitzats varen ser: *cures infermeres*, *cures transculturals*, *experiència viscuda*, *hospitalització*, *immigrant*; *impacte social*, *fenomenologia hermenèutica*, tots aquests combinats entre si, amb els seus derivats i en els idiomes: català, castellà, francès i anglès.

En aquest primer estadi, es van revisar tant textos teòrics com estudis empírics realitzats amb ús de metodologia qualitativa, tot i que no es van descartar els quantitativs que aportaven informació rellevant. Finalment, es van revisar documents, monografies, fonts governamentals, institucionals i acadèmiques relacionades amb el tema d'estudi. En tots els documents es van revisar les referències bibliogràfiques incloses. El procés es va complementar amb la consulta a experts en les diferents àrees temàtiques, investigadors i professionals dels àmbits social i de la salut, que en treballar en diferents línies afins a l'estudi van contribuir a donar una visió pragmàtica en alguns aspectes.

¹⁹ Vázquez, M.L. (coord), *op.cit.*, p.34.

2.2 El fet migratori

Les migracions internacionals no són un fenomen nou, sinó una constant en la història de l'ésser humà. Tanmateix, en cada època de la història el fet migratori es caracteritza per diferents elements com: les causes que les provoquen, les modalitats en les quals es donen, les conseqüències que comporten, la significació que se'ls atribueix, les emocions que susciten o les narracions col·lectives que se'n deriven.²⁰ La majoria de persones han emigrat per motius econòmics, polítics, religiosos, entre d'altres. La geopolítica dels fluxos migratoris moderns està directament vinculada a l'organització i la dinàmica dels mercats de treball a escala global i, més en concret, a les estratègies de competitivitat i creixement econòmic que els països més poderosos, i de manera particular les grans institucions financeres i els principals grups econòmics transnacionals, han estat elaborant i desenvolupant des dels anys 1960-1970.²¹ El que caracteritza aquests moviments, en el moment actual, és la seva extensió a nivell mundial a causa del fet que simultàniament al procés de globalització neoliberal iniciat en els anys vuitanta, del segle XX, el diferencial de desenvolupament i de qualitat de vida entre els països més rics i la resta, no sols s'ha mantingut, sinó que en molts països empobrits s'ha agreujat.²² Per tant, la immigració actual és una de les expressions més visibles de les desigualtats mundials i de la globalització, i forma part d'una estratègia de supervivència personal, familiar i comunitària.

Els grans moviments migratoris iniciats a final del segle XX han generat profundes transformacions en els diferents escenaris socials occidentals. En el nostre país l'evolució demogràfica, en el període previ en què es desencadenés la crisi econòmica i financera mundial, es va caracteritzar per una forta expansió demogràfica com a resultat principalment dels intensos fluxos migratoris registrats. Així, el creixement mitjà anual de la població en el període 2003-2008, es va incrementar en un 1,7%,²³ i va passar a ser d' un país d'emigrants a un d'immigrants. Tot i que a partir de 2008 fins a l'actualitat, s'està produint, en el nostre país, un alentiment de les entrades netes d'immigrants, aquests fluxos han generat una gran miscel·lània cultural que, a la vegada, han activat per una banda, nous fenòmens en les relacions humanes en gairebé tots els escenaris: laborals, veïnals, sanitaris o en entorns educatius, i per una altra, ha provocat debats socials, polítics, econòmics i culturals a la cerca de noves fórmules per aconseguir un equilibri entre la societat d'acollida i els nous ciutadans.²⁴

Catalunya ha incrementat, de manera significativa, la seva població en sols 15 anys (1996-2011), ha passat de sis a set milions i mig de ciutadans empadronats, fet degut en un 84%

²⁰ Arango, J.: «Las migraciones internacionales en un mundo globalizado», *La Vanguardia Dossier*, núm. 22, 2007, p. 6-15.

²¹ Subirós, *op.cit.*, p.20.

²² *Ibid.*, p. 18.

²³ Rojas, J.; Sánchez, P.: *Evolución reciente y proyecciones de la población en España*, Boletín económico, Banco de España, Madrid, juny 2011, p. 61.

a l'arribada de població estrangera.²⁵ Aquest procés ha generat repercussions a diferents nivells: demogràfics, polítics, culturals i econòmics de gran magnitud, que ha motivat nombrosos estudis i propostes per diagnosticar-les i gestionar-les. L'arribada d'immigrants va respondre majoritàriament a la voluntat d'obtenir una millora en la seva qualitat de vida, en relació amb el seu país d'origen, a través de nombroses expectatives laborals sorgides a partir del creixement notable de l'economia espanyola i catalana, fins a l'any 2010. Segons estimació de població actual, realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística (INE), el gener de 2012 Espanya ha registrat un saldo migratori negatiu en 50.090 persones. Es tracta de la primera vegada en els darrers deu anys que es registren xifres negatives. Han estat 507.740 persones, entre espanyols que marxaven cap a l'estranger i immigrants que tornaven als seus països d'origen, les que abandonaven el país en el decurs del 2011. D'elles, 62.611 eren espanyols i 445 estrangers.²⁶

En la societat catalana, com en la majoria de les comunitats europees, s'ha produït un procés d'envelliment demogràfic a causa de l'alta esperança de vida i les baixes taxes de natalitat. Aquest procés va originar la necessitat d'importar mà d'obra, per cobrir les necessitats laborals de sectors econòmics en expansió, especialment en els sectors de la construcció i de serveis. Els immigrants provenien, en la seva majoria, de països estrangers que es troben en vies de desenvolupament o que pateixen greus crisis econòmiques i socials. Aquest fet ha convertit el col·lectiu immigrant en un grup diversificat de cultures, idiomes i religions que, de manera accelerada, es va incorporant en l'estructura social i provoca fortes transformacions.²⁷

Segons dades del *Padrón municipal*, publicades per l'Institut Nacional de Estadística (INE) en el 2011, la població resident a Espanya va arribar a la xifra de 47.021.031 persones l'1 de gener de 2010, dels quals 5.747.734 eren de nacionalitat estrangera, fet que suposa que un 12,22% de la població resident a Espanya era d'origen estranger i el 87,78%, autòctons. Per comunitats autònomes, i en valors absoluts, les que van acollir major nombre de població estrangera varen ser: Catalunya (1.198.538), seguit de la Comunitat de Madrid (1.079.944) i la Comunitat Valenciana (893.759).

L'evolució que ha sofert la població estrangera empadronada a Espanya i a Catalunya, de 2000 a 2010, ha estat constant. Així s'observa que en una dècada s'ha produït un augment de 4.823.855 persones a Espanya, el que representa un increment percentual del 522,13%. S'ha de tenir en compte que hi ha un nombre indeterminat de persones amb

²⁴ Són de gran interès sobre el tema, dos estudis publicats per l'Obra Social La Caixa: *Immigració i Estat del Benestar a Espanya*, de Moreno i Bruquetas, Col·lecció d'Estudis Socials, núm. 31, Barcelona, Edició Obra social La Caixa, 2011; i *Espanya davant la immigració*, de Pérez-Díaz i altres, Col·lecció d'Estudis Socials, núm. 8, Barcelona, Fundació La Caixa, 2001.

²⁵ Informació contrastada en els organismes estatals i de la Comunitat Autònoma: INE i IDESCAT, 2011.

²⁶ «Cifras de Población y Censos Demográficos. Estimaciones de Población Actual. Estimaciones a 1 de octubre 2012». INE. [en línia], disponible a: <<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p259&file=inebase&L=0>>.

²⁷ Roca Clareda, J.; Elordui-Zapaterietxe, A. F.: *Análisis de la distribución territorial de la inmigración extranjera en la Región Metropolitana de Barcelona*, 4º Congreso sobre la inmigración en España, Ciudadanía y participación, 2004, p. 2, [en línia], disponible a: <<http://www.cpsv.upc.es/documents/AnAlisisDistribucionTerritorioAlinmigracionExtranjeraRMB.pdf>>.

estatus no legalitzat que també resideixen i treballen a l'Estat espanyol que s'ha de sumar en aquest moviment demogràfic.²⁸

A Catalunya, en el mateix període, l'augment va ser d'1.016.900 persones, amb un increment percentual del 559,967%. Per tant, major que en el conjunt de l'Estat.²⁹ A data d'1 de gener de 2011, els estrangers de Catalunya representen el 21% del total d'estrangers que viuen a Espanya.³⁰ A Catalunya s'ha detectat, en la comparativa de xifres provisionals entre juliol de 2009 i gener de 2010, per primera vegada, una reducció d'un 1,39% de persones estrangeres empadronades en aquesta Comunitat Autònoma. Aquest fet significa una pèrdua de 17.437 persones estrangeres empadronades en els registres municipals, fet que denota una nova tendència marcada per un menor volum d'entrades, a un tímid retorn als llocs d'origen i a la proliferació de noves estratègies migratòries, com el trasllat a altres països.³¹ Tot això a conseqüència de la disminució d'ofertes laborals, relacionat amb la crisi financera i econòmica tant a nivell local com a nivell europeu.

La taula I mostra l'increment dels fluxos migratoris que han arribat a Espanya i a Catalunya en un període de deu anys, i que han generat un gran mosaic cultural en territoris amb poca tradició de ser receptors, excepte a Catalunya i altres ciutats industrials espanyoles on, en la dècada dels seixanta, hi van acollir emigrants nacionals a causa del desenvolupament econòmic de l'època. En aquest sentit, tot i que el fenomen de la diversitat cultural no és nou, el que sí que ha canviat són les diferents maneres d'adaptar-se a aquesta realitat i d'entendre-la.³² El fort canvi que ha caracteritzat aquest ràpid increment de la població s'ha particularitzat per la seva diversitat. La població nouvinguda procedeix d'orígens i cultures diverses, aquest fet ha produït importants xocs culturals entre les comunitats dels nouvinguts i les autòctones, aquestes darreres ja de per si amb una complexa diversitat sociocultural.³³ En el cas de Catalunya, el factor novetat no és el mateix en relació amb Espanya, atès que aquí la immigració ha estat part integrant important i secular del sistema català de producció.³⁴ Per tant, el que és nou a Catalunya és la procedència i la nacionalitat, majoritàriament estrangera, d'aquesta migració. Les diferències entre les diferents tradicions culturals, incloses les lingüístiques, en el nostre

²⁸ Ramos, M.; March, J. C.: «Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura», *Atención Primaria*, núm. 29, vol.8, 2002, pàg. 463-468.

²⁹ Dades obtingudes del: INE, 2011, «Padrón Municipal a 1 de enero de 2010», Observatorio de inmigración-Centro de Estudios y Datos.

³⁰ Dades obtingudes del: IDESCAT, 2011a., «Estadística sobre la població estrangera a Catalunya 2011».

³¹ Departament de Benestar Social i Família, Direcció General per a la Immigració (2010). «La immigració en cifres», Butlletí de la Secretaria per a la Immigració, núm. 6, juliol, Barcelona, Generalitat de Catalunya, disponible a: <<http://www.gencat.cat/dasc/publica/butlletilMMI/xifres6/index.htm>>.

³² Beltrán, J.: *La interculturalitat*, Barcelona, UOC, 2005.

³³ Jabardo, M.: «Migración, multiculturalismo y minorías étnicas en España», *Anales del Museo Nacional de Antropología, Nos-Otros*, 2000, núm. 7, pàg.139-164.

³⁴ Cabré, A.: *El sistema català de reproducció*, Barcelona, Proa, 1999, p.299.

país produeixen dificultats encara més complexes per a l'adaptació i la convivència dels nousvinguts.³⁵

Evolució de la població estrangera empadronada a Espanya i Catalunya. 1999-2010		
Any	Espanya (INE) ³⁶	Catalunya (Idescat,a)
2000	923.879	181.600
2001	1.370.657	257.300
2002	1.977.945	382.000
2003	2.664.168	543.000
2004	3.034.326	642.800
2005	3.730.610	798.000
2006	4.144.166	913.800
2007	4.519.554	972.500
2008	5.268.762	1.103.800
2009	5.648.671	1.189.300
2010	5.747.734	1.198.500

Taula I

Pel que fa a l'evolució de les nacionalitats, cal destacar que la nacionalitat majoritària a Espanya sempre havia estat la marroquina, fins als anys 2003 i 2004, en què la nacionalitat equatoriana es va posicionar en primer lloc. No obstant això, Marroc torna a recuperar la seva primera posició en els anys posteriors, fins a l'any 2008 en què cedeix la seva posició a la nacionalitat romanesa, i queda en segona i tercera posició Marroc i Equador, respectivament. Aquestes tres nacionalitats juntes suposen, actualment, a la vora del 35% de la població estrangera en el país.³⁷

A Catalunya hi ha també variabilitat entre diferents períodes i comarques, i l'1 de gener de 2011 són les mateixes nacionalitats mencionades anteriorment les més rellevants en el total de la Comunitat Autònoma, on destaca la marroquina en primer lloc (vegeu la taula II).

³⁵ Aparicio, R.; Tornos, A.: *Las redes sociales de los inmigrantes extranjeros en España.2005*, Madrid, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, Observatorio Permanente de la Inmigración, MTAS.

³⁶ Revisió de padrons municipals del *Instituto Nacional de Estadística* INE, anys 1999-2010. Totes les dades són de data, 1 de gener de cada any.

³⁷ INE, 2011, *op.cit.*

Població estrangera per països. Catalunya, 2011 (Idescat, b)	
Països	% en relació amb el total de la població estrangera
Marroc	19,99
Romania	8,59
Equador	5,81
Bolívia	4,43
Itàlia	4,09
Xina	4,03
Colòmbia	3,83
Pakistan	3,63
França	2,84
Perú	2,75

Taula II

El tractament de moviments migratoris sols amb xifres i estadístiques dóna, però, una visió parcial de la realitat, ja que allunya de l'anàlisi el veritable protagonista que arriba a un nou país i ha d'afrontar sovint un món de codis desconegut, on probablement l'escenari trobat no s'ajusta a les expectatives inicialment creades.

2.2.1 L'immigrant

El terme *immigrant* és definit pels diccionaris³⁸ com a: «Persona que arriba a un país, des d'un altre, amb la idea d'establir-se, especialment amb idea de formar noves colònies o domiciliar-se en les ja formades», «que s'estableix en un país que no és el propi». Aquestes definicions poden ser un xic exigües, ja que promouen algunes qüestions com: és el mateix ser immigrant que estranger?, és immigrant qualsevol persona que vol establir-se en un altre país, com un empresari, un estudiant, un jugador d'elit o un jubilat?, un exiliat o un refugiat polític, és un immigrant?, fins quan s'és immigrant?

El concepte d'immigrant es pot considerar polièdric en termes de simbolisme, ja que tot i la seva acceptació semàntica, cada persona pot establir, a través del seu imaginari, un significat més ampli que el consensuat en els diccionaris. Així, actualment el terme *immigrant* és gairebé sinònim de persona de procedència de països pobres. De fet, la nova immigració és anomenada sovint com a *immigració extracomunitària*, fet que, a banda

³⁸ *Diccionari de la llengua catalana* DIEC 2, 2a ed., Institut d'Estudis Catalans, 2007 [en línia], disponible a: <<http://dlc.iec.cat/index.html>>. *Diccionario de la Real Academia Española*, 22a ed., RAE, 2001 [en línia], disponible a: <<http://www.rae.es>>.

d'indicar una procedència que condiona l'estatus legal, s'associa a diferències fenotípiques o de visibilitat racial.

En aquest sentit, Santamaria³⁹ afegeix que en diferents estudis sobre la percepció de la població s'obté que la majoria d'espanyols no sol considerar els residents d'Europa occidental com a immigrants sinó com a estrangers; els immigrants tenen una connotació de no europeu, de raresa.

En aquest discurs, la distància social entre els europeus es minimitza argumentant una presumpta proximitat cultural: «són com nosaltres» i política «tenen els mateixos drets que nosaltres». Tanmateix, a la societat catalana es té aquesta apreciació en alguns col·lectius, amb una connotació negativa⁴⁰ cap als immigrants, fet que en aquesta tesi no es comparteix.

Partint de la Llei 4/2000 de L'11 de gener,⁴¹ es consideren estrangers totes aquelles persones que no tinguin la nacionalitat espanyola. S'exclouen els funcionaris i agents diplomàtics acreditats, representants, delegats i altres membres de missions permanents, i funcionaris i familiars d'organitzacions internacionals destinats a Espanya.

De Prada⁴² matisa els conceptes *estranger* i *immigrant* a partir de diferents perspectives; la primera, sosté l'autor, parteix d'una visió administrativa i fa referència a aquella persona que no té la nacionalitat espanyola i, per tant, se la considera estrangera; la segona, prové d'una condició social relacionada amb un desplaçament o migració des d'una societat originària fins a una d'acollida per establir-se.⁴³ Aquesta informació ens porta a una altra categoria possible: els immigrants estrangers i els nacionals.⁴⁴ A més, continuant amb la perspectiva legal, s'obren altres categories com la d' *immigrant legal* i *il·legal*, segons si la seva entrada al país compleix els requisits establerts per la legislació vigent o no.

Aquesta confusió entre els termes (sense marc contextual) podria ser atribuïble, segons Blanco,⁴⁵ a la manca de concreció terminològica en el món científic i, en conseqüència, a la impossibilitat de difusió de termes precisos que descriguin els fenòmens socials, sovint

³⁹ Santamaria, E.: La incògnita del extraño, Una aproximación a la significación sociológica de la inmigración no comunitaria, Barcelona, Anthropos, 2002.

⁴⁰ Peña, A.: «La motivació dels immigrants adults per aprendre català. Un estudi a la ciutat de Girona», tesi doctoral [en línia] disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/41407/1/APB_TESI.pdf>, Universitat de Barcelona, Barcelona, 2008.

⁴¹ Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, BOE núm. 10 de 12 de gener de 2000.

⁴² De Prada, M. A.: Inmigración extranjera en la comunidad de Madrid. Consolidación del hecho social migratorio y emergencia de un modelo de gestión de la diversidad, Colectivo Ióé, 2008, disponible a: <http://www.colectivoioe.org/index.php/publicaciones_articulos/show/id/107>.

⁴³ El «fins quan una persona és immigrant?» forma part d'un etern debat al qual no s'entra en aquest estudi.

⁴⁴ La nacionalitat és el vincle jurídic que uneix la persona amb l'estat i té la doble vessant de ser un dret fonamental i constituir l'estat jurídic de les persones. La seva obtenció, en l'Estat espanyol és a partir de diferents vies: 1) per residència; 2) per carta de naturalesa (per gràcia); 3) per origen; 4) per possessió d'estat (ser considerat espanyol sense ser-ho realment durant 10 anys) i 5) per opció. Ministeri de Justícia. Govern d' Espanya, disponible a: <http://www.mjusticia.es/cs/Satellite?c=Page&cid=1151913189133&lang=es_es&menu_activo=1151913189133&pagename=Portal_d_el_ciudadano%2FPage%2FFichaTematica>.

⁴⁵ Blanco, C.: Las migraciones contemporáneas, Madrid, Alianza, 2000.

molt dinàmics, fet que deixa via lliure al llenguatge comú per a l'elaboració de categories i termes, moltes vegades fruit d'estereotips i prejudicis dominants en la nostra societat.

Altres designacions possibles aporten nous termes com: *nouvingut* o *emigrant econòmic*. El primer podria semblar un eufemisme que pot atorgar un sentit com de novetat, de nou, quan no sempre és així; el segon definit en la *Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets dels migrants*,⁴⁶ com la persona que té un contracte, per una activitat remunerada en un estat en el qual ell no és nacional. Tot i que la causa econòmica pot semblar la més freqüent, no és l'única; per tant i fent esment a les diferents causes que motiven les persones a desplaçar-se a altres zones geogràfiques es poden configurar les diferents tipologies de migració. Així, les desigualtats socials, la pobresa, els conflictes armats, el racisme, la intolerància i les deficiències democràtiques són les causes profundes de la migració, conjuntament amb altres factors externs provocats per la globalització.

Castles⁴⁷ defineix, a partir de les causes que motiven els desplaçaments, les diferents tipologies de migracions:

- Migrants temporals, persones que migren per un període limitat de temps per ser contractades i enviar diners a casa seva.
- Migrants altament qualificats i empresaris, persones anomenades mànagers, executius, professionals, tècnics o similar, que es desplacen dins d'un mercat laboral intern en el marc de corporacions i organitzacions internacionals, o que es contracten per les seves destacades o reconegudes experteses.
- Migrants irregulars o il·legals, persones que entren en un país, normalment a la cerca d'un treball, sense els permisos ni documents requerits.
- Migrants forçats, inclou persones refugiades, asilades, així com les desplaçades per causes externes, com catàstrofes o projectes de desenvolupament.
- Migrats per reagrupació familiar, persones que comparteixen lligams familiars amb les quals ja s'han establert prèviament en un país segons qualsevol de les categories descrites anteriorment.
- Migrants retornats, aquelles persones que retornen al seu país d'origen després d'un període en un altre país.

Hi ha qui pot pensar que sigui quina sigui la causa pot provocar, en les persones que decideixen abandonar les seves llars, canvis importants en la seva vida a diferents nivells: l'idioma, el clima, l'alimentació, els diners, el treball, l'escola, els transports, la salut o les

⁴⁶ *La convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de los migrantes*, UNESCO - Kit informativo sobre la Convención de las NU sobre los derechos de los migrantes, París, UNESCO, 2003, p. 8. disponible a: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001435/143557s.pdf>>

⁴⁷ Castles, S.: «International migration at the beginning of the twenty-first century», *International Social Science Journal*, 2000, núm. 165, pàg. 269-281.

relacions socials i familiars. Fronteau⁴⁸ remarca que l'experiència migratòria és alhora un projecte (de vida), un trajecte (el viatge) i un camí (les etapes); és una experiència dinàmica desestabilitzadora que travessa diferents fases en un procés denominat *migratori*. La fenomenologia de l'experiència migratòria mostra un dinamisme oscil·lant que va del subjectiu a l'objectiu, de l'interior a l'exterior, de l'emocional a la racionalitat, de l'imaginari al real.⁴⁹ Tot transcorre en clau de vulnerabilitat en un procés que s'inicia generalment amb una ruptura i que finalitza en l'adaptació⁵⁰ com a objectiu d'equilibri.

Aquest estat vulnerable es pot veure agreujat, entre d'altres, quan la salut és compromesa i, per tant, és necessari accedir en els circuits del sistema sanitari. Si s'afegeix la presència de dol migratori (resolt o no resolt)⁵¹ o el pertànyer a un col·lectiu de risc per exclusió social, el compromís de desestabilitat és més rellevant.⁵²

2.3 De la cura a la cura infermera

La cura és vital per a la supervivència i, per tant, no està circumscrita només a la infermeria. Collière apunta que existeix des que la vida apareix, ja que és necessària per mantindre-la.⁵³ L'aproximació al terme *cura* pot fer-se des de diferents perspectives, orientades per la descripció que li proporciona el *Diccionario de la Real Academia Española*; així, el defineix com: «assistir, guardar o conservar».⁵⁴ És per això que el terme s'utilitza de manera indistinta per a denominar la cura de la salut, la cura de les relacions socials, de la casa, la cura dels peus o del jardí, si bé, manté el sentit original «tenir cura de» per *assurer la continuité de la vie, du grup et de l'espèce*, com sosté Collière.⁵⁵ Conceptualitzar la cura no ha estat fàcil, especialment a Occident on no ha estat un valor dominant en les societats històricament patriarcals. Per aquest motiu, tradicionalment el treball de les dones ha tingut una baixa importància social i econòmica; tenir cura dels infants, dels més grans o dels malalts ho han fet les dones de manera integrada a la seva quotidianitat, com un deure sense reconeixement familiar ni social.

⁴⁸ Fronteau, J.: «Le processus migratoire: la traversée du miroir», a: Gisèle Legault (dir.): *L'intervention interculturelle*, Québec, Gaëtan Morin, 2000, p.1.

⁴⁹ *Ibid.*, p.2.

⁵⁰ L'adaptació entesa com un estat al qual s'arriba a través d'uns mecanismes pels quals una persona se sent apta per viure en un grup, *ibid.*, p.38.

⁵¹ Joseba Achotegui descriu el dol migratori com un dol múltiple. En la migració, distingeix 7 grans àrees: *La família i els éssers estimats; l'idioma; la cultura; la terra; l'estatus social i el contacte amb el grup de pertinença*. Vegeu a: Achotegui, J.: *Como evaluar el estrés y el duelo migratorio*, 2a ed., Llançà, El mundo de la mente, 2010.

⁵² Antonín, M., Tomás, J.: «La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: vAlidez preliminar» *Enfermería Científica*, 2004, núm. 262-263, pàg.77-82.

⁵³ Collière, 1982, *op.cit.*, p.23.

⁵⁴ *Diccionario de la Lengua Española*, 22a ed. 2001, Real Academia Española, disponible a: <<http://lema.rae.es/drae/?val=cuidar>>.

⁵⁵ «Per assegurar la continuïtat de la vida, del grup i de l'espècie» (Traducció de l'autora), Collière, 1982, *op.cit.*, p.24.

Tenir cura s'ha entès com un saber ancestral, un valor femení, un acte de vida vinculat a una opció vocacional i a una naturalesa intuïtiva i pràctica, on la capacitació teòrica gairebé ha estat nul·la.⁵⁶

La història ens ajuda a reflexionar i a comprendre el present a través dels successos i de la seva interrelació entre si. Quant, a la cura, la seva evolució històrica ens proporciona elements per explicar una realitat actual a la professió influenciada pel passat. García i Martínez identifiquen quatre etapes històriques de la cura.⁵⁷ La primera inclou des de les primeres civilitzacions fins a la caiguda del Imperi romà. Denominada *domèstica* hi participaven, en la cura de la salut en l'àmbit públic, sanadors, sacerdots i cirurgians. Les dones, en aquesta època, centraven les cures en l'àmbit privat i familiar, i tenien com a finalitat el manteniment de la vida davant les condicions adverses del medi.⁵⁸

La segona etapa identificada és l'anomenada *vocacional*; s'inicia amb l'aparició del cristianisme i s'allarga fins a l'inici de l'etapa contemporània. Aquest és un període ampli en què cal destacar la influència dels valors aportats per la religió. Per tant, les cures van adquirir un enfocament humanitari dirigit per un desig o crida de Déu que orientava a l'ajuda i a l'assistència als malalts, no sols en el pla físic, sinó també en l'espiritual sota pautes d'una estricta moralitat. La cura la realitzaven principalment les dones, i tots els cuidadors pertanyien a ordres religioses, militars i seglars. Tenien cura dels malalts a través de la caritat, el misticisme, la misericòrdia o el sacrifici personal, per obtenir així el benefici dels malalts i el seu propi, seguint una rigorosa disciplina basada en l'obediència, la humilitat i la docilitat.⁵⁹

La tercera etapa històrica de les cures és la denominada per les mateixes autores com a *tècnica*. S'inicia a mitjan del segle XIX, i continua fins a la meitat del segle XX. La primera escola d'infermeres reconeguda al món es crea l'any 1860 per Florence Nightingale a l'Hospital Saint Thomas de Londres. Fins a aquell moment, les cures proporcionades per les cuidadores no van ser reconegudes com un domini de coneixement propi.⁶⁰ En el nostre país, la primera és la Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría en l'Hospital de la Princesa de Madrid, creada l'any 1895 per Federico Rubio Galí, amb influència del model anglès proposat per Nightingale.

L'espectacular progrés en la ciència i la tecnologia de l'època va generar un gir substancial en l'assistència sanitària on la curació de les malalties va relegar les cures a un segon terme.⁶¹ Com a conseqüència, els cuidadors van assumir tasques derivades de

⁵⁶ Cano-Caballero, M. D.: «Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio», a *Index Enferm.* [en línia] 2004, vol. 13, núm. 46, p. 34-39, disponible a: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296>.

⁵⁷ García, C.; Martínez M. L.: *Historia de la enfermería. Evolucion histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt, 2001.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 15.

⁵⁹ *Ibid.*, p.67.

⁶⁰ Collière, *op. cit.* p, 76.

⁶¹ Collière, *op.cit.*, p. 28.

l'activitat tècnica, delegades principalment dels metges, i es van convertir en personal auxiliar.⁶² D'aquesta manera la cura es torna invisible i adquireix un significat tècnic associat als tractaments i a la curació de les malalties. La finalitat del fet de tenir cura es transforma a assistir el metge i a l'activitat relacionada; es desfigura el matís humà de la cura i el seu significat es modifica en acció transmesa per tradició, sense gairebé interpel·lació.

Finalment, García i Martínez identifiquen la quarta etapa: la *professional*. És a meitat del segle XX que la infermeria es consolida com a disciplina, coincidint amb diferents progressos; d'una banda, sorgeix un nou concepte de salut,⁶³ d'altra banda, la formació de les infermeres es trasllada des dels hospitals a les universitats, on es promou el desenvolupament disciplinari i, finalment, l'aparició de nombroses organitzacions professionals, preocupades pel sentit i el lideratge de la professió, que van promoure accions per donar-li a la professió el sentit i el veritable significat. Tots aquests fets van impulsar un canvi significatiu en l'enfocament professional a partir de nous marcs teòrics que orientaven la infermeria al tenir cura i no al curar.⁶⁴

2.3.1 La cura infermera

La cura infermera, també denominada *formal* o *professional*, s'ha anat orientant segons la influència de diferents contextos històrics, corrents socioeconòmics i autors. A partir dels anys setanta, a Nord-Amèrica, les infermeres mostren una major preocupació pels aspectes filosòfics i humanístics. Morse⁶⁵ va identificar cinc categories de cura atenent la seva naturalesa: la cura com a 1) característica humana; 2) imperatiu moral; 3) forma d'afecte; 4) relació interpersonal, i 5) intervenció terapèutica. Aquestes categories permeten albirar una idea polièdrica i complexa fonamentada essencialment com una activitat a partir del propi ésser humà, no sols per la subsistència, el desenvolupament i el manteniment de la vida, sinó també per l'acompanyament i el confort en el darrer tram vital.

Tenir cura, transformat en un acte professional complex⁶⁶ i ètic, adquireix un significat de compromís, de responsabilitat i de respecte, en què la relació interpersonal, a partir d'una perspectiva holística, l'espiritualitat i el desenvolupament de la investigació per la

⁶² García; Martínez, *op.cit.*, p. 121.

⁶³ La salut, segons la definició de l'OMS, és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència d'afeccions o malalties. Vegeu: Preàmbulo de la *Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud*, adoptada per la Conferència Sanitaria Internacional, Nova York, 19-22 de juny de 1946, firmada el 22 de juliol de 1946 pels representants de 61 estats (Actes oficials de l'Organització Mundial de la Salut, núm. 2, p. 100) que va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948.

⁶⁴ García; Martínez, *op.cit.*, p.188.

⁶⁵ Morse, J. M.; Solveg, S. M.; Neander, W. L.; Bottorff, J. L.; Johnson, J. L.: «Concepts of Caring and caring as a concept», *Advances of Nursing Science*, núm. 13, vol.1, pàg.3-4, setembre,1990.

⁶⁶ Hesbeen, W.: *Prendre soin à l'hôpital. Inscribe le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson, pàg. 29-42.

comprensió de fenòmens complexos, es fan presents en els àmbits assistencials, docents, investigadors i de gestió.⁶⁷

Com a funció, la cura infermera es concreta en el context professional i conserva en la seva naturalesa l'interès i la preocupació per l'altre,⁶⁸ així com l'afecte i el compromís amb la persona cuidada,⁶⁹ tot en clau ètica. En aquest sentit, la infermera té cura, no sols des d'una vessant instrumental i de suplència, visió arrelada des de final del segle XIX, sinó també des d'una altra més àmplia i complexa que mostra una actitud cuidadora i un compromís cap a la persona o els grups de qui té cura.

La cura infermera té un gran component de relació personal i terapèutica, com ho han descrit diferents autors,^{70,71,72} entre els diferents actors que intervenen, especialment a causa de la proximitat que mantenen entre ells en qualsevol situació del cicle vital: des del naixement fins a l'últim tram de la vida, així com en les intervencions efectuades, en estat de salut o de malaltia. Per tant, perquè aquesta relació sigui efectiva i de qualitat es fa indispensable tenir i demostrar una actitud positiva⁷³ des de les vessants cognitiva, afectiva i comportamental, unes excel·lents habilitats de comunicació més enllà de les lingüístiques, així com establir i mantenir una comunicació terapèutica en un marc de relació d'ajuda professional.⁷⁴

Torrallba⁷⁵ i Leininger⁷⁶ afirmen que l'acció de tenir cura té un fort contingut simbòlic i gestual que no és del tot igual en una cultura que en una altra. Aquest fet requereix interès de comprensió per atendre i comprendre els diferents matisos. El fet de tenir cura de persones d'origen cultural diferent demana, entre d'altres, interessar-se i tenir en compte les singularitats de qui es té cura, evitar l'estigma i el recel, i respectar la seva cosmovisió cultural. A més a més, la relació que s'estableix amb pacients de diferent cultura en situacions de vulnerabilitat per malaltia o compromís de salut, s'enforteix quan es construeix a partir de la perspectiva d'oportunitat més que d'amenaça.

Diferents autors, com Watson⁷⁷ i Collière,⁷⁸ defensen que la cura infermera està fonamentada en un sistema de valors morals que afecten les relacions entre la infermera i

⁶⁷ Kérouac, S. *et al.* : La pensée infirmière, 2a ed., Laval (Québec), Beauchemin, 2003, pàg.47-55.

⁶⁸ Torralba, F.: «Esencia del cuidar. Siete tesis », *Sal Tèrrea*, 93, p. 886, 2005.

⁶⁹ Mayeroff, M.: *On Caring*. Nova York, First Harper Perennial, 1971.

⁷⁰ Pepleau, H.: *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, New York, G.G. Putnam's Sons, 1952.

⁷¹ Watson, J.: *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, París, Seli Arslan, 1998.

⁷² Paterson, J. G.; Zderad, L. T.: *Humanistic Nursing* (2a ed), Nova York, National League for Nursing, 1988.

⁷³ Entenen una actitud derivada de la satisfacció del treball que realitza, del compromís amb el treball i amb l'organització en la qual actua. Vegeu: Amorós, E. *Comportamiento organizacional. En busca del desarrollo de ventajas competitivas*. USAT Escuela de Economía, Lambayeque (Perú), 2007.

⁷⁴ Valverde, C.: *Comunicación terapéutica en enfermería*, Difusión Avances Enfermería, Madrid, 2007.

⁷⁵ Torralba, F.: *I si la mare de Gandhi tingués raó? Identitat, globalització i convivència*. Barcelona, Pòrtic Visions, 2002.

⁷⁶ Leininger, M.: *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices*, 2a ed., Nova York, McGraw-Hill, 2002.

⁷⁷ *Op.cit.*, p.25

el pacient. Per tant, identifiquen la infermeria com una pràctica moral,⁷⁹ coincidint amb una de les categories de Morse, descrites a l'inici d'aquest apartat. És obvi subratllar que tots els participants en les cures, usuaris, infermeres i auxiliars, aporten valors propis que d'alguna manera influeixen en els seu comportament, en la seva actitud i en les seves expectatives en la relació que s'estableix. Aquest fet pot generar desajustaments en la interacció entre els diferents participants en les cures, així com en els diferents processos assistencials de manera general, quan el professional i el pacient tenen *backgrounds* culturalment diferents i de manera particular, quan entre ambdós hi ha una distància cultural rellevant.

Els diferents codis deontològics professionals proporcionen orientacions ètiques per a les infermeres.⁸⁰ En aquests es remarca que el respecte als drets humans, el dret a la vida i a la presa de decisions, a la dignitat i el tracte respectuós són inherents a la infermeria.

D'aquesta manera, es fa referència a que cap professional discriminarà ningú per raó de les seves conviccions, sexe o raça i que la infermera crearà un entorn en el qual seran respectats els valors, els costums i les creences.⁸¹ Tanmateix, l'ICN⁸² matisa:

*«In providing care, the nurse promotes an environment in which the human rights, values, customs and spiritual beliefs of the individual, family and community are respected».*⁸³

Diferents teòriques infermeres proporcionen una mirada existencialista i fenomenològica a les cures infermeres. Kérouac *et al.*⁸⁴ distingeixen Parse, Newman, Rogers, Watson i Leininger dins l'anomenat *paradigma de la transformació*,⁸⁵ del qual parteix l'abordatge d'aquesta investigació.

Segons aquest paradigma, cada fenomen és únic. Pot ser similar a un altre, però mai seran indèntics. Cada fenomen pot definir-se com una estructura única; és una unitat global en interacció recíproca i de manera simultània amb una altra unitat global, més àmplia: el món que l'envolta; la persona, per tant, també és vista com una unitat global en

⁷⁸ Collière, M. F.: «Cuidados de enfermería. Reflexiones sobre el servicio de enfermería: contribución a la identificación del servicio prestado», *Revista de Enfermería*, 40, pàg.61-69, 1981.

⁷⁹ Entenent pràctica moral com un servei guiat per una motivació moral d'actuar en el millor interès de les persones que necessiten cures infermeres. Vegeu: Fagermoen, 2006, p 157.

⁸⁰ Codi d'Ètica d'Infermeria del Col·legi d'Infermeria de Barcelona COIB, 1986; *Code of Ethics of International Council of Nurses*. ICN, 2006.

⁸¹ COIB, *ibíd.*

⁸² *Op. cit.*, ICN.

⁸³ «La infermera promou, en les cures infermeres, un entorn en el qual es respecten els drets humans, els valors, els costums i les creences espirituals de l'individu, de la família i de la comunitat» (Traducció de l'autora).

⁸⁴ Kérouac *et al.*, *op.cit.*, pàg. 20-22.

⁸⁵ *Ibid.*, pàg.1-27, identifiquen històricament en la disciplina infermera d'Occident, tres corrents de pensament o paradigmes: Categorització (1850-1950), Integració (1950-1975) i Transformació (1970-actual.). Si bé es troben solapats, cadascun d'aquests posa l'accent en diferents orientacions de la disciplina (cap a la salut pública, cap a la malaltia, cap a la persona i cap el món), atenant a maneres distintes d'entendre el món i els fenòmens nuclears disciplinars: salut, cures, persona i entorn.

interacció recíproca i simultània amb el món on es troba.⁸⁶ Aquest fet el configura com a dinàmic i particular.

Aquesta manera de mirar el món influeix de manera directa en les cures infermeres a partir de la comprensió específica dels quatre fenòmens nuclears disciplinaris (persona, entorn, salut i cures infermeres) i de les seves interaccions:⁸⁷

- *La persona*: inclou l'individu, la família, el grup i la comunitat. És un ésser únic multidimensional i complex, un tot indissociable més gran i diferent que la suma de les diferents parts de què es compon. La seva manera de ser és única en una relació dinàmica, amb ella mateixa i amb l'univers. La persona pren consciència del vincle estret que manté amb l'entorn, de la seva capacitat de transformar-lo, així com de ser transformat per ell. Cerca una qualitat de vida, que ella defineix segons el seu potencial i les seves prioritats.
- *L'entorn*: es considera tot l'univers del que la persona en forma part, ja que hi ha una relació de coexistència. Ambdós són dinàmics, es troben en canvi constant i simultani. L'entorn i la persona tenen alhora un ritme propi d'evolució i s'orienten cap a una direcció imprevisible. La preocupació actual sobre la relació entre les persones i el planeta és un indicador de la presa de consciència d'aquesta interacció constant.
- *La salut*: es concep des de l'experiència de la persona amb el seu entorn. És un procés integrador que harmonitza el cos, l'ànima i l'esperit.⁸⁸ És alhora un valor i una experiència viscuda, segons la percepció de cadascú. Està relacionada amb el concepte de benestar i amb la promoció del potencial personal.

En aquest sentit, emmalaltir o patir una lesió és concebut com una ocasió per al creixement personal. És una experiència que permet qüestionar-se i reflexionar sobre la pròpia vida amb una finalitat de poder fer canvis i mantenir-se en un estat d'harmonia. A la literatura hi trobem diferents testimonis:

*«(...) he aprendido a conocerme, (...) a valorarme, (...) que el éxito en cualquier empresa depende casi exclusivamente de uno mismo. También he aprendido que se lucha con mayor ahínco si la meta no es uno mismo, (...) he aprendido a gestionar mi propio cuerpo. (...) lo que es la soledad del sufrimiento (...)».*⁸⁹

«Aconseguiré ser el capità de la meva ànima. Perquè això passi encara falta molt de temps, molt camí per recórrer amb la meva ment, molts exercicis a fer».

⁹⁰

«(...) Estas cuestiones y otras semejantes rondaban la cabeza de Hans Castorp, que desde su llegada allí arriba, se había mostrado más que dispuesto a tales

⁸⁶ *Ibid.*, p.20.

⁸⁷ *Ibid.*, pàg.20-21.

⁸⁸ Originalment, a Kérouac et al.: *«Le corps, l'âme et l'esprit»*, op.cit., p.21.

⁸⁹ Allué, M.: *Perder la Piel. Una trágica experiencia y una heroica recuperación*, 3a edició, Barcelona, Planeta/Seix Barral, 2000, pàg. 229-230.

⁹⁰ Esteve, I.: *La sort del meu destí*, Badalona, Ara Llibres, 2008, p.126.

*disquisiciones y sutilezas (...) Se hacía preguntas a sí mismo (...) pero ya sabía que no podía esperar contestación alguna a sus preguntas. Por eso se preguntaba a sí mismo, porque no encontraba ninguna respuesta».*⁹¹

- *La cura infermera*: des del paradigma de la transformació, la cura infermera s'orienta cap al benestar, entenent aquest des de la perspectiva del pacient. La infermera, tot i tenir els coneixements i les competències necessàries, prioritza la decisió d'aquell i centra les cures en la persona. Tenir cura és acompanyar durant l'experiència de salut respectant el ritme del pacient. La infermera es compromet en aquest procés i demostra sensibilitat en aquest exercici, a través del *ser amb*. La sensibilitat en els encontres interpersonals entre la infermera i el pacient constitueix una de les principals eines terapèutiques de què disposa la infermera per tenir cura.⁹² Des d'aquesta perspectiva, la infermera i el pacient, es consideren copartícips d'una cura particular, en una relació sense poder (o amb el mínim), horitzontal i no jeràrquica. És a través d'aquesta relació interpersonal que les cures esdevenen eficaces.⁹³ La infermera promou les condicions òptimes perquè la persona cuidada explori el seu potencial, des del respecte. Per tant, tenir cura és un acte conscient, deliberat i compromès basat en una estructura de coneixements que guia el pensament, l'actitud i el procés.⁹⁴ En aquest sentit, la intencionalitat i la consciència són essencials en les cures infermeres.⁹⁵

Aquesta perspectiva, des del paradigma de la transformació, promou, fugint dels esquemes tradicionals positivistes reduccionistes, preguntes dirigides, entre d'altres, a pensar la cura, a la identitat de l'altre, a l'esfera subjectiva del que sent el pacient, a l'aprofundiment del significat de les creences i els valors vivenciats per les persones en situacions de canvis de salut o al significat de les experiències de salut. És una mirada existencial i ontològica, una manera de consciència, de ser i de mirar, que considera les persones més enllà de la malaltia o del procés pel qual consulten. Permet a les infermeres un apropament a la persona a partir de la seva vivència dins del context històric, cultural i social en el qual es troba. Aquesta mirada fenomenològica permet a les infermeres interactuar amb la persona, sana o malalta, a través d'una relació significativa basada en la confiança i en l'autenticitat. Possibilita apropar-se al que és important per al pacient, donar a les cures un sentit, no sols per al pacient, sinó també per a la mateixa infermera que té cura «amb l'altre», i no «de l'altre», fet que aporta compromís i reconeixement en el procés de cures.⁹⁶ Fernandes de Freitas *et al.* afegeixen, al concepte de *tenir cura* un component

⁹¹ Mann, T.: *La montaña mágica*, Barcelona, Edhasa, 2010, p. 449.

⁹² Watson, *op.cit.* p.36.

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ Kitson, A.: «The Essence of Nursing». *Nursing Standard*, 1999, vol. 13, núm. 23, pàg. 42-46.

⁹⁵ Watson, J.: «Intentionality and Caring—Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing». *Holistic Nursing Practice*, 2002, vol. 16, núm. 4, pàg. 12-19.

⁹⁶ Fernandes de Freitas *et al.* «La interface entre la enfermería y el cuidado de enfermería». *Index Enferm* [revista digital] nov 2007, vol.16, núm. 58, pàg. 55-58, disponible a: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es>.

bidireccional que proporciona una possibilitat de creixement personal, ja que tenir cura de l'altre, implica també, tenir cura d'un mateix.⁹⁷

«Cuidar es inseparable de la comprensión y como comprensión debe ser simétrica: oyendo al otro, oyéndonos a nosotros mismos, cuidando del otro y cuidando de nosotros mismos. El enfermero debe desarrollar habilidades para oír y responder a las expectativas de quien cuida considerando su individualidad. Por otro lado, es necesario considerar que el propio acto de confortar es inherente al proceso de cuidar, tiene valor para quien cuida y para quien es cuidado, debiendo ofrecer a ambos la oportunidad de crecimiento».

2.3.2 Marcs teòrics que orienten la disciplina infermera

Les autores que a continuació es presenten són una part de les moltes que amb els seus treballs han contribuït al desenvolupament disciplinari. Enumerar-les a totes s'escapa de l'objectiu d'aquesta tesi; per tant, s'han escollit les més influents en la investigadora i en el marc conceptual d'aquesta investigació. Es contextualitzen principalment en el paradigma de la transformació, descrit en l'apartat anterior, excepte Paterson i Zderad que se situen en el paradigma de la integració, com més endavant s'explica.

2.3.2.1 Josephine Paterson i Loretta Zderad

Les doctores Josephine Paterson i Loretta Zderad són originàries dels Estats Units d'Amèrica (EUA). Inicien conjuntament el seu treball acadèmic a meitat dels anys cinquanta, a *The Catholic University of America*, a Washington per crear un programa nou per articular l'àrea de Salut de la Comunitat i la de Psiquiatria d'un programa de postgrau. Posteriorment van continuar col·laborant fins gairebé 40 anys. Actualment es troben retirades del món acadèmic.⁹⁸

Van crear la Teoria de la infermeria humanística (Humanistic Nursing Theory, 1971), basada en Carl Rogers, psicòleg humanista i en els filòsofs Buber i Marcel,⁹⁹ que parteix de la premissa que tota teoria ha de recolzar-se en l'experiència de les infermeres i de les persones que cuiden. En el seu treball, presenten les persones en diàleg amb unes altres.¹⁰⁰ Tot i situar-se històricament en el paradigma anterior al de la transformació (paradigma de la integració), són pioneres en la recerca per adoptar una metodologia amb perspectiva fenomenològica i existencial. En la seva teoria, la infermera i la persona cuidada són a la vegada el seu passat, el seu present i el seu esdevenir; són la suma de les seves experiències i de les seves decisions. Es troben connectades entre elles com en un sistema. La cura és un diàleg, una resposta a una crida (o a una crida per a una

⁹⁷ *Ibíd.*

⁹⁸ Kleiman, S.: *Human Centered Nursing. The foundation of Quality Care*, Philadelphia, F. A. Davis Company, 2009, pàg.16-17.

⁹⁹ Wied, S.: «The concept of Interaction in Theory and Practice», a: Hesook Suzie Kim, Ingrid Kollak (ed.), *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*. 2a ed., Nova York, Springer Publications Company, Inc., 2006, pàg. 54-70.

¹⁰⁰ *Ibíd.*

resposta), planificada, esperada o no. La cura està conceptualitzada com un fer amb, un ser amb i un esdevenir. Neix a partir d'un encontre, de l'establiment d'una relació, de la presència i del confort. Posa en escena persones que viuen una situació clínica en un món d'objectes i de persones, en un espai - temps que perceben cadascun a la seva manera.¹⁰¹ L'aspecte clau, en la seva teoria, del concepte d'infermeria és l'habilitat per emfatitzar amb el pacient, habilitat que cal entrenar i que condueix a crear un apropament terapèutic genuí entre ell i la infermera.¹⁰²

2.3.2.2 Jean Watson

La doctora Jean Watson és originària de Virginia, EUA. Es doctorà el 1973 a la *University of Colorado* en Psicopedagogia i Orientació Psicopedagògica.¹⁰³ En els anys setanta sosté que, davant el risc de deshumanització en la cura del pacient, a causa de la reestructuració administrativa en la majoria dels sistemes de salut i de la tecnificació de la pràctica assistencial, era necessari rescatar l'aspecte humà, espiritual i transpersonal, tant en la pràctica com en la gestió, en la formació i en la recerca, per part de les infermeres. Pionera en la integració de les humanitats, les arts i les ciències, elabora la teoria de la cura humana (*Theory of Human Caring*, 1979), inspirada en diferents autors multidisciplinaris, entre d'altres: Nightingale i Henderson (infermeres), Leininger (antropòloga), Rogers i Maslow (psicòlegs), Hegel, Heidegger, Kierkegaard, de Chardin, Sastre i Lévinas (filòsofs). En la seva teoria, Watson és una de les primeres teòriques infermeres que van orientar el concepte de cura com a central.¹⁰⁴ La teoria, que ha anat evolucionant fins als nostres dies, així, clarifica el cos del coneixement infermer com a disciplina independent a través dels «factors de cura» que configuren l'epicentre de la infermeria i que són aspectes intrínsecs que proporcionen uns resultats terapèutics en la relació infermera-pacient.¹⁰⁵ Així, va més enllà dels procediments, tasques i tècniques seguits en la pràctica, i es dirigeix a l'essència de la professió, cosa que significa que els aspectes de la relació infermera - pacient es tradueixin en un resultat terapèutic inclòs en el procés de cura transpersonal.¹⁰⁶ La teoria, tot i que comprèn tots els aspectes del fenomen salut-malaltia, inclou guies per a les interaccions infermera-pacient, la qual cosa ha generat crítiques en relació amb el fet que emfatitza més en els aspectes psicosocials que en els biofisiològics.

¹⁰¹ Michaud, C.: «Apprentissages de parents et d'infirmières lors de l'application du Programme précoce d'interventions familiales à la naissance d'un enfant avec une déficience», tesi doctoral, Université de Montreal, McGill University, 2000. [en línia] disponible a: <<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6798/these.pdf;jsessionid=BDACD795D1BB226A2D8AF67B567B6415?sequence=1>>.

¹⁰² Zderad, L.: «Empathic nursing», *Nursing Clinics of North America*, núm. 4, pàg. 655-662.

¹⁰³ Jesse, E.: «Filosofia y teoría del cuidado transpersonal de Watson», a: Martha Raile Alligood i Ann Marriner Tomey, *Modelos y teorías en enfermería*, 7a ed., pàg. 91-112, Barcelona, Elsevier, 2011.

¹⁰⁴ Solveig Fagermoen, M.: «Humanism in Nursing Theory: A Focus on Caring», a Hesook Suzie Kim, Ingrid Kollak (ed), *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*, 2a ed., Nova York, Springer Publications Company, Inc., p.172, 2006.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 173.

¹⁰⁶ Jesse, *op.cit.*, p. 98.

Per a Watson, la infermeria és una pràctica moral, entenent aquesta com una motivació moral per actuar segons el millor interès d'aquells que necessiten cures infermeres¹⁰⁷ i tenir cura significa «compromís amb», és un raonament i un ideal moral profund, on l'objectiu fonamental és la protecció i la preservació de les dimensions humanes com el respecte a la dignitat de la persona, l'autonomia del malalt i la comprensió dels seus sentiments i emocions.¹⁰⁸ Aquesta mirada matisa la professió com a humanística en posar en relleu la condició humana com a eix fonamental de la cura en la pràctica de la infermeria. Watson proposa l'ús de mètodes qualitius, naturalistes i fenomenològics per el seu estudi. Sosté, en relació amb la fenomenologia, que és la voluntat de comprendre els éssers humans a partir de la manera en la qual ells veuen les coses és a dir, a partir del seu món fenomenològic. L'experiència interior i exterior de la persona és alhora el centre de tota experiència. Aquesta, en un moment donat, constitueix un camp fenomenològic. Per tant, la infermera, en aquest apropament que fa de la persona de qui té cura, cerca comprendre la seva referència interna, sense pretendre conèixer-la totalment, donada la complexitat que representa.¹⁰⁹

Un dels camps fenomenològics de les cures infermeres millor descrit correspon a un dels tres principals elements conceptuais¹¹⁰ descrits per la mateixa autora. És el denominat *Caring occasion* o *Caring moment*. Aquest el defineix com: «el moment (punt focal en l'espai i temps) on la infermera i l'altra persona es troben de tal manera que es crea una ocasió de

cura. Ambdós persones, amb els seus respectius camps fenomenològics,¹¹¹ tenen la possibilitat de tenir una transacció humana i autèntica».¹¹²

En aquest sentit, la mateixa autora admet la singularitat i la identitat de cada persona, de cada pacient de qui té cura. Ocupar-se d'una altra persona d'acord amb el que és i relacionant el que ella *vol o pot ser* és una qüestió d'ordre existencial - fenomenològica. La pràctica infermera té integrat el concepte de *persona global*. Així, es preocupa de fenòmens concrets, com les necessitats bàsiques (respirar, beure i menjar, eliminar...), i alhora de fenòmens abstractes relacionats amb les necessitats psicosocials i interpersonals. Per tant, la perspectiva existencial - fenomenològica que Watson proposa, comporta comprendre la necessitat d'ambdós aspectes de la naturalesa humana que es

¹⁰⁷ Solveig Fagermoen, *op.cit.*, p.157.

¹⁰⁸ Watson, 1998, *op.cit.*

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 210.

¹¹⁰ Jean Watson va desenvolupar principalment 3 elements conceptuals en la seva Teoria: 1) els factors de la cura; 2) el moment transpersonal en les cures i 3) el moment de la cura o l'ocasió de cura.

¹¹¹ El camp fenomenològic, segons l'autora citada anteriorment, correspon al marc de referència de la persona o a la totalitat de l'experiència humana que inclou: sentiments, sensacions corporals, pensaments, creences espirituals, objectius, expectatives, consideracions ambientals i els significats de les percepcions. Totes aquestes basades en la història de vida del passat, en el present i en el futur imaginat.

¹¹² Watson, J.: *Theory of human caring*, a: Parker, M. (ed.), *Nursing theories and nursing practice* (2a ed., pàg. 295- 307), Philadelphia, F.A. Davis Company, 2006.

troben integrats, ja que constitueixen, de manera simultània, les característiques de la naturalesa humana.¹¹³

2.3.2.3 Madelin Leininger

La doctora Leininger va ser pionera en articular dos fenòmens complexos com són la cura i la cultura. Infermera i antropòloga, els seus treballs van confluïr en la Teoria de les cures culturals (*Culture Care Diversity and Universality Theory*, 1978), desenvolupada en el decurs dels anys quaranta i cinquanta als Estats Units.¹¹⁴ L'orientació central de la teoria és la influència de la cultura en les cures infermeres. L'autora afirmava que el fenomen de la cura està íntimament interaccionat amb la cultura i, per tant, va orientar els seus treballs inicials a definir i a relacionar els dos constructes: cura i cultura. Seguidament, va situar-los en la disciplina infermera per continuar en la recerca sobre les cures a través de diferents cultures. En el seus estudis va utilitzar metodologies qualitatives, ja que, segons Leininger:¹¹⁵

«*The qualitative research paradigm, which is to gain a full understanding and meanings of an phenomena under study in naturalistic context or familiar ways of those being studied. (...) more congruent to nursing and especially transcultural nursing because so little knowledge had been identified regarding specific culture care expressions, meanings and needs*».¹¹⁶

En els anys cinquanta, va desenvolupar, a partir dels coneixements de l'antropologia, l'etnoinfermeria, la metodologia de recerca qualitativa que permet, segons l'autora, descobrir el coneixement invisible sobre els fenòmens de la cura, el benestar i la salut, difícil d'obtenir amb metodologies quantitatives.¹¹⁷

L'objectiu de la teoria és el d'utilitzar els resultats de la recerca sobre cures culturals per proporcionar cures específiques o generals culturalment congruents, segures i beneficioses a les persones de diversa o similar cultura per a la seva salut, benestar i curació, i per ajudar-les en situació de discapacitat o mort.¹¹⁸ Per assolir aquest objectiu, s'ha tingut en compte el coneixement aportat pel pacient (*emic, insider*) i el de la infermera o el de l'investigador (*etic, outsider*). Per tant, les cures infermeres són congruents si es donen des de les dues perspectives: la genèrica o *emic* i la professional o *etic*.

¹¹³ Watson, 1998, *op.cit.*, p. 207.

¹¹⁴ Leininger, M.: *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices*, 2a ed., Nova York, McGraw-Hill, p. 98, 2002.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 97.

¹¹⁶ «El paradigma de la recerca qualitativa busca obtenir plena comprensió dels significats del fenomen estudiat en el context naturalista o dels estils de vida familiar de les persones estudiades. (...) més congruent amb la infermeria i, sobre tot, amb la infermeria transcultural a causa de l'escàs coneixement identificat, relacionat amb les expressions de cures culturals específiques, els significats i les necessitats». (Traducció de l'autora).

¹¹⁷ Leininger, M.; Mc Farland, M.: *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*, 2a ed., Sudbury, EUA, Jones and Bartlett Publishers, 2006 (prefaci).

¹¹⁸ *Ibid.*, p.5.

La teoria permet prendre decisions en les cures infermeres i realitzar accions culturalment congruents amb les creences, les pràctiques, els valors i els diferents estils de vida de les persones cuidades.¹¹⁹ Per a Leininger, la cura té significats culturals i simbòlics com el de protecció, respecte o presència. En aquest sentit, és important que la infermera actuï i prengui decisions amb coneixement i sensibilitat, segons els valors i estils de vida dels pacients. En aquest sentit, aquesta perspectiva teòrica, de naturalesa holística, posa l'accent a tenir cura de les persones atenent la diversitat i la universalitat, entenent que la imposició cultural, l'etnocentrisme i el relativisme cultural són barreres per desenvolupar coneixement sobre altres cultures i per a una pràctica cultural no terapèutica.¹²⁰

¹¹⁹ *Ibid.*, p.12.

¹²⁰ *Ibid.*, p.174.

2.4 L'Hospitalització

2.4.1 La institució hospitalària: origen d'un espai

L'hospital com a institució terapèutica és un concepte relativament modern que data de final del segle XVIII. És al voltant del 1760 que es crea una consciència que l'hospital pot i ha de ser una eina destinada a curar el malalt.¹²¹ Fins aleshores, l'hospital, tot i ser una institució rellevant per a la vida urbana d'Occident des de l'edat mitjana no constitueix una institució pròpiament mèdica, ja que la medicina no és considerada una professió hospitalària fins a finals del segle XVIII. Des de l'edat mitjana fins al Renaixement, l'atenció dels malalts va ser promoguda pel cristianisme com una de les obligacions principals de caritat cap als necessitats, i l'atenció als malalts va ser considerada com una obligació sagrada.¹²² Per tant, una de les seves finalitats va ser la de proporcionar assistència en qualitat de beneficència; és a dir, l'hospital era un lloc d'exclusió on s'hi trobaven pobres i desvalguts ja moribunds. Els rics no hi anaven, en ser la posició social una condició marginadora; així, els malalts rics eren atesos en les seves pròpies cases.¹²³ En conseqüència l'hospital era un lloc per anar a morir on es proporcionava, bàsicament, assistència física i espiritual. Les persones que se'n feien càrrec no tenien la finalitat de contribuir a la curació dels interns, sinó a la seva salvació. Eren persones caritatives, laiques o religioses, que tenien cura dels pobres com un acte de misericòrdia. D'aquesta manera, proporcionaven la salvació de la seva pròpia ànima alhora que la del moribund que atenien. La segona finalitat estava relacionada amb la d'aïllament, tant des de la perspectiva protectora de la salut de la població, de les malalties que patien els individus marginals ingressats, com de mantenir al marge malalts que per la seva precarietat eren desagradables per a la societat de l'època.

Durant el segle XVII i fins a meitat del XVIII es produeix una transformació en les institucions hospitalàries, en les quals la medicina i l'hospital encara eren dos camps independents. Inicialment, els canvis produïts no van anar dirigits a la cura dels interns, sinó a anul·lar els efectes negatius i el desordre que es produïa dins dels hospitals: malalties sorgides dins dels seus murs i la seva propagació als ciutadans, desordre econòmic i social que provocava l'internament conjunt de malalts, bojos, prostitutes i persones de baixa condició social. Des del segle XVI fins al XIX, a Europa, les devastadores epidèmies es van veure afavorides per l'estil de vida urbà caracteritzat per una higiene deficitària, una absència de legislació sanitària, per l'amuntegament que es produïa en els habitatges així com per les malalties exportades d'altres continents.¹²⁴

¹²¹ Foucault, M. «Incorporación del hospital en la tecnología moderna». *Educ Med Salud*, 1978, vol. 12, núm. 1, p.20-35, disponible a: <<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria1.pdf>>.

¹²² Hernández Martín, F.: *Historia de la enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días*, Madrid, Síntesis, 1996, p.58.

¹²³ Hernández Conesa, J. M.: *Historia de la enfermería*, Madrid, McGraw-Hill/Interamericana, 1995, p. 78.

¹²⁴ Hernández Conesa, *op.cit.*, p. 111.

Les primeres grans organitzacions hospitalàries europees es troben a final del segle XVII, en hospitals marítims i militars. Pel que fa a l'hospital marítim, la reforma es va iniciar amb la finalitat d'acabar amb el desordre econòmic produït pel tràfic de diverses mercaderies procedents de les colònies, que es produïen en el seu interior. El traficant fingia estar malalt i en desembarcar era conduït cap a l'hospital. D'aquesta manera, s'eludia el control econòmic de la duana. Els principals ports, on les autoritats fiscals van tenir evidència d'aquests fets, van ser els de Londres, Marsella i La Rochelle. A més, va sorgir la necessitat d'establir la quarantena a les persones que desembarcaven amb l'objectiu d'impedir la contaminació, de malalties epidèmiques, a la població. A partir d'aquests moments, es van establir les primeres normatives que intentaven contenir el desordre econòmic i mèdic.

Pel que fa a l'àmbit militar, a final del segle XVII es va introduir el fusell; aquest fet va convertir l'exèrcit en una institució més tècnica i, per tant, més costosa: el soldat requeria de formació per al seu ús i alhora se l'havia de cuidar per evitar que es morís de malaltia. La mort, si ocorria, havia de ser en batalla. En aquest moment històric, l'índex de mortalitat dels soldats era molt elevat. Les pèrdues a l'exèrcit eren degudes majoritàriament a malalties, epidèmies o deserció, relativament comunes a l'època. Arran d'aquests fets, l'hospital militar es va organitzar en tres línies d'actuació prioritàries. La primera: vigilar els soldats perquè no abandonessin, ja que havien estat prèviament formats per a la batalla; la segona: curar-los per evitar que morissin de malaltia, i tercera: assegurar el total restabliment dels soldats abans de la seva incorporació a les tasques militars.

En ambdós àmbits, marítim i militar, es van produir reorganitzacions administratives i polítiques. S'establí la disciplina, tot i que ja era present en el decurs de la història (legió romana, monasteris, esclavitud...), però no s'establí de manera normatitzada. En aquell moment, i segons Foucault,¹²⁵ la disciplina s'entenia com:

«(...) es una técnica de poder que encierra una vigilancia perpetua y constante de los individuos. (...) Es un conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados. Es el poder de la individualización cuyo instrumento fundamental estriba en el examen. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder».

A partir d'establir la disciplina, com a norma, apareix la idea del control atenent un ordre jeràrquic. La introducció de mecanismes disciplinaris dins l'hospital es produïa de manera paral·lela al procés de medicalització.

¹²⁵ Foucault, 1978, *op.cit.*, p. 27.

De fet, aquesta va ser possible mercès a la disciplina.¹²⁶ Als factors que fins ara havien produït la seva introducció, econòmics i d'aïllament, s'hi van afegir la transformació del saber mèdic. La disciplina mèdica s'introdueix en l'àmbit hospitalari a causa dels canvis en la formació dels metges i en la pràctica que en aquella època experimentava la medicina i que contribuïa al control de les epidèmies.

És a final del segle XVIII, quan a Europa – tant la catòlica com la protestant –, l'hospital va adquirir un caràcter del tot filantròpic segle.¹²⁷ L'interès, que fins a aquell moment, tenien els arquitectes en les dades obtingudes a partir de l'aspecte extern de l'hospital i de l'estructura general de l'edifici, deixa pas als metges, que a diferència dels altres, inicien l'observació i la valoració sistemàtica per obtenir dades comparades sobre la seva estructura, la seva funcionalitat, així com sobre els diferents aspectes que tenen lloc intramurs i que es relacionen amb les malalties: espais útils, nombre de malalts per hospital; taxes entre diferents elements com: malalts, llits, malalties, cura o mortalitat, de les unitats cúbiques d'aire de què disposava el malalt. Va ser a partir d'aquells treballs empírics que van sorgir alguns dels coneixements que avui podem considerar com a bàsics: la necessitat d'allunyament de les ferides de persones amb malalties infeccioses, la creació de circuits diferenciadors per la roba neta i per la bruta, o la relació entre la distribució dels malalts i la seva mortalitat, entre d'altres.¹²⁸

L'establiment d'una disciplina, de l'observació i de la valoració dels espais i dels interns, condueix a plantejaments innovadors: nous espais lluny dels obscurs i terrorífics llocs d'antuvi i noves distribucions:

«(...) de esta manera se establece el principio de que las camas no deben estar ocupadas por más de un paciente (...)»¹²⁹

En aquest nou espai es controla, d'entre altres, el règim alimentari, la ventilació, el ritme i la ingesta de les begudes o la temperatura, factors relacionats amb la salut dels malalts. Es normativitza la visita mèdica als malalts: inicialment una al dia, i s'amplia a una al matí i una al vespre, per als més greus; la seva durada o el seu ritual: desfilada encapçalada pel metge i acompanyada de tota la jerarquia de l'hospital: ajudants, estudiants, cuidadors, etc. davant del llit del malalt; l'avís amb una campana per informar bé de la presència del metge, bé que aquest requereix la cuidadora per acompanyar-lo duent un quadern per prendre notes.

La visita mèdica, tot i que aquests fets tenen lloc a final del segle XVIII, és un dels ritus que perduren en l'actualitat en els hospitals del nostre entorn i que conserven d'aquelles èpoques, una certa solemnitat i una visió mecanicista de la medicina que veu el malalt com

¹²⁶ *Ibid.*, p. 28.

¹²⁷ Jones, W.R.: «La clínica en tres sociedades del medioevo», *Diógenes*, 1983, núm. 122, pàg. 95-110.

¹²⁸ Foucault, *op.cit.*

una màquina. Aquesta perspectiva reduccionista interfereix en el cuidatge de les relacions tant amb el malalt com amb els seus familiars, per poder entorpir aquesta tasca mecànica del metge. Un exemple d'aquesta manera de pensar que ha perdurat fins a l'actualitat la trobem l'any 2009, quan la investigadora va tenir oportunitat d'escoltar perplexa a través de la megafonia d'una sala d'hospitalització d'un prestigiós hospital, que la visita mèdica començava i que «es convidava» els familiars a abandonar les habitacions.

La incorporació de la disciplina en l'espai mèdic, el fet de poder instal·lar cada individu en un llit, prescriure un tractament o règim determinat, la medicina es torna individualitzadora. L'individu és observat, vigilat i curat. Es converteix en objecte del saber i de la pràctica mèdica.

També, és al voltant de 1770 que el metge, a diferència d'antuvi, resideix ja dins l'hospital, com relata Foucault:¹³⁰

«(...) en el hospital debe residir un médico al que se pueda acudir a cualquier hora del día o de la noche en caso necesario».

A partir del moment en què l'hospital passa a ser un espai destinat a la curació dels malalts, la distribució dels seus espais es converteix en una eina terapèutica; el metge assumeix la responsabilitat principal de l'organització hospitalària i es fa càrrec tant de la part administrativa com de la mèdica. Els cuidadors,¹³¹ en aquest espai, desenvolupen activitats d'ajuda permanent als malalts i d'assistència als metges. Sense ells, la institució no pot funcionar¹³² alhora que aquesta passa a dependre dels metges. Així, els progressos en el cuidatge es produeixen sota el magisteri mèdic, ja que molts d'ells estaven dirigits a la tècnica i els procediments per estudis mèdics. Els cuidadors no escrivien sobre el seu propi treball i les seves intervencions pràctiques sobre l'atenció quotidiana del malalt, sinó que estaven al servei de les indicacions mèdiques.¹³³

Per tant, aquell individu moribund del passat que s'acollia en beneficència per rebre una atenció caritativa dona pas, en el segle XXI, a la figura del malalt o del pacient, com a objecte del saber i de la pràctica mèdica, en un entorn orientat cap a l'economicisme i que té l'hospital com el centre de tota la pràctica mèdica tant sanitària com de recerca; aquell metge que cuidava dels malalts més greus i que es movia fora de les institucions benèfiques, s'ha convertit en l'àpex d'una estructura organitzada i operativa, seguidora d'un model biomèdic que fins a l'actualitat encara es troba en la majoria d'hospitals del nostre entorn.

¹²⁹ *Ibid.*, p. 69.

¹³⁰ Foucault, M.: «Incorporación del hospital en la tecnología moderna», 3a conferencia dictada en el curso de medicina social, Instituto de Medicina Social, 1974, [en línia], disponible a: <<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a32.pdf>>, p.527.

¹³¹ A final del segle XVIII la infermeria, com avui la coneixem, no estava constituïda. No ho va estar fins a meitat del segle XIX. Fins llavors, eren cuidadors laics o religiosos els qui tenien cura dels malalts, en els hospitals.

¹³² Hernández Martín, *op.cit.*, p. 95.

¹³³ *Ibid.*, p.111.

2.4.2 L'hospital: un espai actual

L'hospital és un element fonamental de qualsevol sistema sanitari modern. A diferència d'antuvi, té el reconeixement social per l'atenció i els serveis que ofereix als usuaris independentment de la condició social o econòmica. Així, hi ha la creença generalitzada que és el millor lloc on anar quan es presenta tant una malaltia com un trastorn, o bé per un naixement. Giddens afegeix que, en realitat, aquesta institució és part de les nostres vides molt més del que ho ha estat mai. A més de portar-nos al món també ens acompanya quan morim.¹³⁴

L'hospital actual és, sens dubte, una organització complexa estructurada de manera impersonal, que engloba i interrelaciona espais i persones; on es realitzen exploracions, tractaments, es proporcionen cures, s'investiga i es formen professionals. També s'hi presten diferents serveis orientats a la salut amb una finalitat d'assolir determinats objectius com: prevenir, curar, cuidar, restablir o pal·liar, alhora d'oferir altres formes d'atenció individual o col·lectiva. Així mateix, és un espai de pas impersonal i tancat, on hi ha una cultura específica amb un llenguatge, simbolisme, tradicions, hàbits i comportaments propis,¹³⁵ resquícies d'un llegat que es va iniciar a partir de l'edat mitjana i que ha anat evolucionant fins a l'actualitat.

George Rosen sostenia, ja fa 48 anys, que l'hospital ha estat sempre vinculat, de manera molt estreta, a variables econòmiques, socials i culturals de la societat que l'acull.¹³⁶ Per tant, entenia aquesta institució com un òrgan social no aïllat que es modifica a mesura que la pròpia societat es transforma, i manté rastres de les evidències del seu passat.

Rodney Coe, en una dècada posterior, en la seva obra *Sociología de la medicina*, va descriure breument l'hospital contemporani:¹³⁷

«(...) disponer de hospitales adecuados es uno de los recursos más importantes de una comunidad. Es muy probable que las funciones del hospital contemporáneo sean bien conocidas, sin embargo, es conveniente recordarlas brevemente. Un hospital es, sobre todo, un lugar en el cual los miembros de la comunidad pueden obtener servicios destinados a devolverles la salud. Más recientemente se ha convertido también en un lugar para la rehabilitación de gente físicamente incapacitada o donde los ancianos pueden reponerse. El hospital moderno es también un lugar de enseñanza, un centro de aprendizaje de futuros (...) profesionales. Al mismo tiempo, el hospital es, con frecuencia, un centro de investigación donde se amplía el conocimiento científico (...) En sentido sociológico el hospital moderno es una gran y compleja

¹³⁴ Giddens, A.: Las organizaciones modernas en Sociología, Madrid, Alianza Editorial, 2000, pàg. 443-446.

¹³⁵ Boixareu, 2003, *op.cit.*, p. 173.

¹³⁶ Rosen, G.: «El hospital. Sociología histórica de una institución comunitaria», a: Rosen, G. De la policía médica a la medicina social, ed. Siglo XXI, Madrid, 1985, p. 316.

¹³⁷ Coe, R. M.: Sociología de la medicina, Madrid, Alianza, 1973, pàg. 271-272.

organización, con una jerarquía de estatus y roles, derechos y obligaciones, actitudes, valores y fines».

El funcionament dels hospitals ha anat configurant a través dels temps una determinada cultura hospitalària, llegat de temps passats que, segons Cachón, manté encara avui algunes de les seves característiques:¹³⁸

1. El model biomèdic, entès com aquella manera de fer, que guia els diferents processos assistencials, centrada en les dimensions biològiques de la malaltia. Es coneix també com a reduccionisme biològic.
2. L'asimetria en les relacions. Es produeixen per les relacions de poder establertes entre els professionals i els pacients, on els primers esperen dels segons una adaptació a la cultura establerta. En el cas que el pacient no s'adapti, aquest corre el risc de ser exclòs. Per tant, s'estableix una relació jeràrquica de domini adaptació–submissió o de domini adaptació–rebel·lia.

Seguint Cachón, quan el pacient prové d'un univers cultural distint al del professional, en el qual el significat de la malaltia o de les pràctiques terapèutiques són radicalment diferents a les del model biomèdic, l'asimetria en la relació pot aguditzar-se de manera abismal. El pacient, segons la mateixa autora, gairebé mai té l'opció de no seguir el model hegemònic, el biomèdic. La vulnerabilitat del sofriment o de la malaltia, entre d'altres, en aquells moments no sempre permet establir mecanismes de reacció enfront el model establert.

Aquest model hegemònic s'ha estès en el decurs del temps en el món occidental, en general, i s'ha perpetuat en el sistema influïnt la formació dels diferents professionals de la salut en el nostre país, en particular. Aquest fet distorba el fet de dur a terme la proposta de Rosen, la qual partia de la premissa que l'hospital és un òrgan social integrat i dinàmic que es modifica de manera paral·lela a la transformació de la societat que atén.¹³⁹

Els hospitals s'han convertit en grans empreses de serveis; aquest fet és determinant a l'hora d'establir diferents estils promoguts per les direccions.

2.4.3 Hospital–Salut–Immigració

Si ens situem en el context del nostre país, on els escenaris socioculturals en general, i la població atesa en els hospitals, en particular, han anat transformant-se de manera rellevant, podríem pensar, seguint Rosen,¹⁴⁰ que les organitzacions sanitàries han anat simultàniament adaptant-se als nous escenaris. No obstant això, diferents evidències mostren que l'adaptació als canvis i demandes socials actuals no està sent, en l'hospital, ni

¹³⁸ Cachón, E.: «El hospital y el paciente: Declaraciones de principios, realidad y paradojas». *Índex Enferm.* 2007, [en línia], vol. 16, núm. 56, pàg. 35-39, disponible a: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100008&Ing=es&nrm=iso>.

¹³⁹ *Op.cit.*, p. 316.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 316.

de manera òptima ni fluïda el que hauria de ser.^{141,142,143,144} Aquest fet no deixa de ser un reflex del que succeeix en altres àmbits socials més extensos, on no sempre s'han dut a terme polítiques orientades a organitzar determinats espais que han tingut un ràpid canvi de perfil poblacional, i s'han produït importants xocs culturals i racials entre les noves comunitats i les autòctones, aquestes darreres amb una complexa diversitat cultural.^{145,146}

A Catalunya, el factor novetat no és el mateix en relació amb l'Estat espanyol, ja que aquí la immigració ha estat un fet rellevant i conegut, especialment des de la dècada dels seixanta.¹⁴⁷ Així, la novetat a Catalunya és la procedència i nacionalitat d'aquesta immigració el que fa que les diferències entre les distintes tradicions culturals, incloses les lingüístiques, segons Aparicio i Torno, afegixen dificultats encara més complexes per a l'adaptació i la convivència entre ambdues comunitats.¹⁴⁸ A més, Subirós apunta que l'arribada d'immigrants des de països pobres als més rics, i de manera singular quan apareixen diferències entre els diferents col·lectius a partir de la visibilitat racial, emergeixen prejudicis, recels i estereotips en defensa d'unes situacions i estils de vida privilegiats, sols sostenibles amb la discriminació de l'altre suposadament inferior.¹⁴⁹ Aquest nou fenomen experimentat com a amenaçador es produeix en gairebé totes les esferes socials i polítiques, a les quals l'hospital no és immune.

Diferents autors assenyalen que l'immigrant que arriba al nostre país és jove i té un bon nivell de salut de partida.^{150,151} La seva vulnerabilitat comença en el país receptor a causa de les situacions socials i dels hàbits que adquireix, a les condicions laborals i habitatges precaris així com l'escàs suport familiar i social. Toro i Achotegui sostenen que quan l'immigrant arriba al nostre país pateix un xoc cultural a causa de la ruptura amb la societat originària i l'adaptació a la nova destinació. Segons el xoc i la seva gestió poden causar conflictes relacionats amb el dol, que poden afectar la persona de diferents maneres relacionades amb la salut.^{152,153}

Soler¹⁵⁴ apunta, d'una banda, que els primers punts d'accés al sistema sanitari on l'immigrant acudeix per a rebre assistència són els centres d'Atenció Primària i els serveis

¹⁴¹ Achotegui, J.: *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*, Barcelona, ed. Mayo, 2002.

¹⁴² Toro, R.: «Inmigración, salud y cuidado», a: Reflexiones desde la ética del cuidar, 3r encuentro Enfermería y Bioética, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2007.

¹⁴³ Moreno, M., 2008, *op.cit.*

¹⁴⁴ Soler, J., 2009. *op.cit.*

¹⁴⁵ Jabardo, *op.cit.*, pàg. 139-164.

¹⁴⁶ Subirós, *op.cit.*, p. 27.

¹⁴⁷ Cabré, A.: *El Sistema Català de Reproducció*, Barcelona, ed. Proa, 1999.

¹⁴⁸ Aparicio *et al.*, *op.cit.*

¹⁴⁹ Subirós, *op.cit.*, p. 33.

¹⁵⁰ Soler, *op.cit.*, p.38.

¹⁵¹ Moreno, 2008, *op.cit.*, p. 20.

¹⁵² Toro, *op.cit.*,98.

¹⁵³ Achotegui, J.: «Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)», *Norte de salud mental*, núm. 21, 2004, p.39.

¹⁵⁴ *Op.cit.*, p.38.

d'urgències. D'altra banda, Toro¹⁵⁵ afegeix que el seu accés no sempre és fluid ja que hi ha diferents barreres que ho dificulten i que estan relacionades principalment amb tres aspectes: 1) la població immigrant: causes administratives, de manera particular en situacions irregulars, estats de vulnerabilitat, idioma, diferent cultura sanitària o condicions de vida; 2) el mateix sistema de salut: horaris, sistema de cita prèvia, o falta de polítiques que determinin pautes d'actuació concretes; i 3) les actituds dels professionals: etnocentrisme, dèficit d'empatia, prejudicis, recels, estereotips o ús d'un llenguatge tècnic.

Si relacionem la majoria de les barreres citades, que poden extrapolar-se a l'àmbit hospitalari, amb les aportacions de Coe, Rose i Cachón que hem mencionat anteriorment, podem obtenir un increment de barreres o veure's aquestes endurides davant la rigidesa, no sols de la cultura hospitalària en general, sinó de les actituds i de les creences dels professionals en particular, no sempre sensibles a les noves demandes, malgrat un discurs institucional i professional que defensa una atenció centrada en el pacient. Rodríguez i Zurrieta sostenen que el model biomèdic, en certa mesura entorpeix l'adaptació als canvis socials i a les noves demandes que es generen.¹⁵⁶

El manteniment de la salut és un valor important per a les persones, en general, i, en particular, per als immigrants ja que per a molts d'ells és imprescindible per dur a terme el seu projecte migratori. Diferents estudis demostren que, en general, l'immigrant va al metge pels mateixos problemes que la població autòctona, tot i que el que canvia és com els expressen;^{157,158} així, la seva presència es percep en la totalitat de serveis sanitaris: urgències, consultes, cirurgia i hospitalització, afegint a la seva vivència migratòria singular la d'altres fenòmens, com l'hospitalització, també complexa per als autòctons.

2.4.4 L'hospitalització: viure-la

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE)¹⁵⁹ es considera ingrés en un hospital, per rebre assistència mèdica o medicoquirúrgica, aquell on la persona passi, al menys, una nit o tingui un llit assignat. No es considera hospitalització estar-hi menys de 24 hores en un servei d'urgències o en un altre servei per a realització de proves diagnòstiques o terapèutiques.

La persona, quan ingressa en una unitat d'hospitalització convencional, generalment és per fer-se un estudi, per rebre un tractament, quirúrgic o mèdic, així com per obtenir una atenció medicalitzada en un procés natural com és el part. L'hospitalització i la malaltia són

¹⁵⁵ *Op.cit.*, p.107.

¹⁵⁶ Rodríguez, Zurrieta, *op.cit.*

¹⁵⁷ Moreno, 2008, *op.cit.*, p.45.

¹⁵⁸ Soler, J., *op.cit.*, p.41.

¹⁵⁹ INE, «Estado de salud (Hospitalizaciones, ausencias del trabajo y accidentes)», Encuesta Europea de salud en Espanya», 2009, vegeu a:
<http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926381101&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayOut¶m3=1259924822888>.

moments incisius marcats per la fragilitat física i psíquica de les persones que requereixen, a la vegada, d'un important esforç d'adaptació a un entorn impersonal, diferent al que viuen.¹⁶⁰ Rodríguez i Zurrieta sostenen que quan una persona ingressa en un hospital, un dels primer canvis que es produeix és el del rol social.¹⁶¹ Es deixa de ser mare/pare, fill/filla, avi/àvia i es converteix en un pacient, un malalt o un número assignat a un llit del qui s'espera que adopti unes conductes i uns comportaments determinats.

En ingressar, la persona es troba davant una cultura hospitalària que sovint li és hostil i distant, i s'ha d'enfrontar a normes, obligacions i maneres de comunicar-se que poden ser incongruents al propi bagatge cultural. Aquest fet pot passar desapercebut per al pacient, quan la seva prioritat en aquell moment és la seva salut o altres aspectes personals o familiars, segons la seva escala de valors. Tampoc tots els professionals, preocupats per seguir els protocols i el dia a dia, en són conscients d'aquest fet.

L'ingrés en un lloc aliè i distant afegeix sentiments d'amenaça i inseguretat no sempre percebuts:¹⁶²

«Las instituciones en las que se proporcionan los cuidados, se aplican las medidas curativas y se administran los tratamientos son a menudo en sí mismas productoras de sentimientos de amenaza y desamparo, como cuando el dolor o el sufrimiento no se valoran o cuando las peculiares formas de experimentar la enfermedad se diluyen en categorías diagnósticas».

L'ingrés és, de manera freqüent, una de les fonts d'ansietat que s'incrementa quan s'hi sumen les interaccions fredes i distants amb els professionals. Estar ingressat en un hospital, viure-hi, és una experiència vital que la persona experimenta més o menys intensament segons la seva cosmovisió sobre diferents fenòmens amb els quals s'afronta, com la salut, la malaltia, la vida o la mort. En aquesta vivència intervenen experiències passades i la seva resolució. Però no sols és el pacient qui percep els canvis, certs malestars o impressions; també la família o els propers amb qui comparteix l'experiència són sensibles a tot allò que ocorre durant l'ingrés, sigui relacionat amb el motiu mèdic, sigui per les interrelacions que s'estableixen, o bé per l'organització. Ambdós són sensibles a l'entorn físic i a les respostes dels professionals que els atenen. Cadascun d'ells, amb les pròpies expectatives derivades del seu itinerari vital, elaboren diferents emocions, frustracions, angoixes, desitjos o esperances, que no sempre coincideixen ni es comuniquen. Del seu maneig dependrà el confort emocional i físic del pacient, la qualitat de la relació interpersonal entre tots els actors i l'agilitat dels processos.

¹⁶⁰ Moreno, 2007, *op. cit.* pàg. 298-302.

¹⁶¹ *Op.cit.*

¹⁶² Kleinman, A.; Benson, P.: «La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina», a Monografías Humanitas, núm. 2, Dolor y sufrimiento en la práctica clínica, Madrid, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004, pàg.17-26.

Les paraules, els gestos, la modulació de la veu, les actituds o les olors, en l'habitació de l'hospital prenen força. En aquest sentit, l'hospitalització és un factor més de vulnerabilitat que pot crear incertesa, estrès, sentiments ambigus, alterar les percepcions, crear malentesos i, de manera general, bloquejar els recursos personals i socials.

Goffman,¹⁶³ per la seva part, afegeix que la persona ingressada pren un fals protagonisme. Aquest fet es constata quan el discurs institucional es contraposa a la realitat. Mentre que el primer, generalment, proclama que l'atenció se centra en el pacient, ja que és ell qui sol·licita els seus serveis per solucionar el seu problema i que els professionals treballen per assegurar-li una atenció integral i personalitzada; en la realitat, no sempre es demostra interès per les seves preocupacions, se'l sotmet a unes rígides rutines i a uns procediments estàndards, sentint-se en un cert estat d'objecte, on gairebé no pot prendre decisions, en un marc homogeneïtzador i estanc. El centre d'atenció és el seu cos, la seva malaltia i es descuiden sovint les dimensions psicològiques, socials i transcendents per al pacient.

En aquest sentit, Allué relata la seva experiència:¹⁶⁴

«Estar en una cama parece que insta a algunos a infantilizar a quien la ocupa, creyendo erróneamente que ha perdido la capacidad de resolver sus propios conflictos».

El model biomèdic seguit a l'hospital, tot i l'obertura d'alguns sectors i professionals, gairebé no considera l'opinió ni els significats que té el pacient sobre la seva pròpia malaltia així com tampoc reconeix el valor d'altres pràctiques terapèutiques, com a complementàries o alternatives a les convencionals. Hi ha una relació de poder amb una expectativa comuna a tots els professionals: l'adaptació que ha de fer el pacient al sistema i al model. Si no es produeix, corre el risc de ser exclòs, afectant consegüentment la seva identitat.

D'aquest fet se'n deriva una certa asimetria en les relacions que s'estableixen tant entre els mateixos professionals com entre ells i els pacients. L'asimetria entre el professional i el malalt augmenta quan aquest últim no segueix el model hegemònic que se li planteja o bé quan els dos pertanyen a cultures diferents i es contraposen les maneres d'interpretar el món i d'entendre el procés de salut - malaltia.¹⁶⁵ En aquest sentit, Allué dona el seu testimoni:¹⁶⁶

«Ellos esperan que no discutamos, que preguntemos poco y que obedezcamos ciegamente. (...) los profesionales sanitarios están acostumbrados a la

¹⁶³ Goffman, E.: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

¹⁶⁴ Allué, *op.cit.*, p.73.

¹⁶⁵ Cachón, *op.cit.*, p.37

¹⁶⁶ Allué, *op.cit.*, p.111.

pasividad del enfermo y de los familiares, a la ausencia de demandas por negligencia (...)»

Quan el pacient ingressa se li informa de les rutines o mecanismes disciplinaris que haurà de seguir. La *rutina hospitalària*, coneguda amb aquests termes, és una organització interna que pretén, per una banda, un control de la diversitat i, per l'altra facilitar el treball dels professionals. La visita mèdica, una de les activitats centrals mil·lenàries, continua sent un dels eixos centrals del qual giren al seu voltant altres com l'alimentació, la higiene, el repòs, els horaris de visita o l'organització de les cures.

L'establiment d'horaris i de l'activitat hospitalària afavoreixen un tracte uniformador per a tots els pacients sense gairebé tenir en compte les seves expressions o accions basades en el seu estil de vida i cultura. Si bé Giddens, des de la sociologia, apunta que els horaris són un requisit de la disciplina de les organitzacions perquè fan articular les activitats de grans grups de persones,¹⁶⁷ la seva rigidesa en els hospitals contribueix, juntament amb les normes, a un enfocament reduccionista que dilueix la problemàtica de la humanització en les institucions sanitàries. Per tant, la persona quan ingressa, generalment ha de modificar els seus hàbits i horaris habituals mantenint el bon humor, la calma, procurant no expressar gaire la queixa, tenir paciència davant les incerteses que possiblement se li plantegen i que no sempre pot compartir amb els equips sanitaris.

Una altra mesura disciplinària és la de vestir la roba de l'hospital, tot i que a causa de la situació econòmica actual, la norma és més permissiva amb aquesta i altres mesures que impliquin una despesa econòmica institucional i passa generalment a un segon pla.

El pacient ingressat amb freqüència ha de compartir habitació¹⁶⁸ i en ocasions fins i tot el bany. Generalment se sotmet a exàmens corporals i a preguntes indiscretas (amb freqüència repetides per diferents professionals), realitzades no sempre amb tacte, per persones estranyes. La persona es converteix en el centre de múltiples mirades, cadascuna d'elles a la cerca de respostes biofisiològiques en alguna part del seu cos o dels sistemes orgànics. La intimitat és un dels aspectes vulnerats i poc presents en l'estada d'un pacient en un hospital, tot i que hi ha la voluntat de corregir-ho.¹⁶⁹

No obstant això, cada persona reacciona de manera diferent en una hospitalització. Factors com les experiències prèvies, la naturalesa de la malaltia o de la lesió, el motiu de l'ingrés, la personalitat, la cultura, la seva situació vital, o les expectatives o incerteses sorgides, influencien cap a la seva adaptació o cap al rebuig. Així, mentre hi ha pacients que viuen l'hospital com un espai segur en el qual obtindran solució als seus problemes i

¹⁶⁷ Giddens, *op.cit.*, p. 444.

¹⁶⁸ Les diferents normes poden variar entre els diferents hospitals públics i entre aquests i els privats. En el text fa esment als centres públics.

¹⁶⁹ Macpherson, A.: «Los pacientes ingresados exigen más intimidad e información en los centros sanitarios», *La Vanguardia.com Vida*, 16 abril de 2010, [en línia], disponible a: <<http://www.lavanguardia.com/vida/20100416/53909259891/los-pacientes-ingresados-exigen-mas-intimidad-e-informacion-en-los-centros-sanitarios.html>>

seran atesos per professionals experts, altres el perceben com un espai generador d'angoixa i malestar.¹⁷⁰

Davant la cultura hospitalària descrita, es plantegen diferents interrogants sobre la qualitat de l'experiència d'un ingrés hospitalari a partir d'altres referents culturals als de la cultura majoritària; també sobre els mecanismes o accions necessaris per transformar la cultura hospitalària adaptant-se als canvis socials, com apuntava Rosen,¹⁷¹ i a la perspectiva d'una atenció més humanitzada i d'acord amb els codis deontològics.

Tot i que, en general, els pacients immigrants estan força satisfets amb les prestacions del sistema sanitari del nostre país, estudis empírics mostren que les pràctiques despersonalitzadores interfereixen i dificulten la relació infermera - pacient immigrant, cosa que impedeix un enfocament holístic de les cures.¹⁷² El mateix autor, en diferents estudis, apunta les dificultats lingüístiques, i la manca d'informació i d'intimitat, com tres dels aspectes que són percebuts com a problema per als immigrants.¹⁷³ Aquests resultats no difereixen dels publicats a La Vanguardia, per Macpherson, on destaca que els pacients ingressats, referint-se a la població en general, exigeix més intimitat i informació en els centres sanitaris.¹⁷⁴ L'expressió del pudor pot dependre de diferents factors com l'educació, la cultura o la religió, però també depèn del context en el qual es trobi la persona. De manera general, els testimonis assenyalen que els pacients immigrants són més pudorosos en relació amb l'exposició del cos i més reacs a les pràctiques de procediments íntims, com la higiene, practicats per professionals de diferent sexe, i prefereixen que aquestes pràctiques les realitzin persones del seu entorn. Quan els pacients consideren que no se'ls ha respectat el dret a la intimitat, perceben el sentiment d'humiliació.

Les dificultats lingüístiques tenen un gran pes en l'hospitalització, ja que l'immigrant es relaciona amb una gran varietat de persones, de manera discontinua i no sempre amb sensibilitat cultural, que aporten gran quantitat d'informació sobre el seu procés de salut. Informació que es comunica en un llenguatge tècnic i de manera no sempre eficaç.¹⁷⁵ Els hospitals no sempre disposen de mediació cultural quan es presenten dificultats lingüístiques, així que com a estratègies per poder comunicar-se amb els pacients s'utilitzen persones del seu entorn, personal del mateix hospital que parlin idiomes o que tinguin el mateix origen cultural així com a consolats o associacions.

¹⁷⁰ Beltrán-Salazar, O.: «La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo». Aquichán 2009, vol.9, núm. 1, p. 23-37.

¹⁷¹ Rosen, *op.cit.*

¹⁷² Moreno, 2007, *op.cit.*, pàg.298-302.

¹⁷³ Moreno, (2007, 2008), *op. cit.*

¹⁷⁴ Macpherson, A., *op. cit.*

¹⁷⁵ Per comunicació eficaç s'entén aquell acte comunicatiu respectuós, sigui verbal o no verbal, que utilitza principalment l'empatia, l'assertivitat i l'escolta activa per transmetre un missatge.

En aquest sentit, Moreno recull el testimoni d'una treballadora social d'un hospital:¹⁷⁶

«Este problema clama al cielo... hay que recurrir a gente del hospital que domine lenguas... pero claro, no se puede abusar de la gente... y eso es lo que se está produciendo en este momento... existe una insensibilidad por parte de la Dirección en la sobrecarga que supone el aumento del número de pacientes inmigrantes... a veces buscamos intérpretes en las embajadas y consulados...esto no siempre es fácil porque estos organismos tienen sus plazos y las hospitalizaciones suelen ser cortas».

Els problemes de comunicació varien en gran mesura segons el grup d'origen. Així, mentre que per als llatins el problema és menor, tot i que n'hi ha, per al grup dels orientals és un problema central.

Un altre tema recurrent en l'hospitalització dels immigrants és el de l'alimentació. Mentre que des de la perspectiva de les infermeres i de les treballadores socials no sembla que es percebi com un problema prioritari, pacients i estudiants en pràctiques detecten que hi ha resistències a les demandes de dietes personalitzades. Possiblement és a causa de prejudicis i a la falta d'atenció personalitzada.¹⁷⁷

La distorsió dels processos familiars de molts immigrants adquireix una importància rellevant en els ingressos hospitalaris, de manera principal en la primera etapa migratòria. La necessitat de proximitat dels seus, de molts d'ells, fa aflorar en certs moments els sentiments de solitud, ansietat i enyorança, que si bé en algunes ocasions es compensa amb visites d'amics i coneguts, a les nits adquireix més intensitat. En aquest període nocturn és quan la percepció de les pràctiques despersonalitzades agafa més embranzida a causa dels processos relacionats amb la cultura hospitalària en els quals les condicions per atendre les demandes són més aviat precàries.¹⁷⁸

Un testimoni recollit per Moreno, així ho il·lustra:¹⁷⁹

«(...)la noche es lo peor...desde que llegaba la noche yo no era yo...la noche, vamos, si te duele algo, pues te duele mucho más...(...)será la angustia de estar allí...de que me voy a poner mala...y que ahora se ha ido mi familia y estoy sola... sí, es difícil (...)».

En relació amb la població immigrant hospitalitzada, el mateix autor destaca, en el seu estudi etnogràfic, els aspectes següents:¹⁸⁰

1. Disponibilitat i col·laboració en les diferents rutines hospitalàries.

¹⁷⁶ Moreno, 2008, *op.cit.*, p. 227.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p.203.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p.226.

¹⁷⁹ *Ibid.*, p.227.

¹⁸⁰ El mateix autor refereix que els resultats no són extensius ni a tots els immigrants ni a tots els professionals. Moreno, M.: (2007, 2008), *op. Cit.*

2. No causen problemes i són respectuosos en el tracte.
3. Perceben un tracte afectat pel prejudici de desconeixement del sistema i de la cultura hospitalària.
4. Perceben baixa consideració social.
5. Es consideren ben atesos, tot i que perceben dèficit i manca d'un tracte personalitzat.
6. Perceben una certa desatenció a peticions derivades de la situació migratòria/dol migratori (demanda d'entorn protector, sentiments de solitud, ansietat, desemparança).

En relació amb els professionals de les unitats d'hospitalització s'observa:

1. Expressions de prejudici ètnic, no sempre fàcil de distingir entre el prejudici general (desqualificacions en relació amb la higiene i la conducta moral, expressions com: *sudaca, los de pallá, moro, negros*).
2. Tendència a etiquetar el pacient: promíscues, portadores de malalties exòtiques...
3. Expressions de rebuig a partir d'idees preconcebudes sobre incapacitats i carències per a l'autocura.
4. Desconeixement sobre la cultura (es critica que els marits no acompanyin les dones en el part)
5. Percepció de complexitat en la cura de l'immigrant (temps, barreres lingüístiques, referents culturals)
6. Mirada proteccionista vinculada a la tradició paternalista de les professions sanitàries (dir al pacient què ha de fer «pel seu bé» convertir-lo en persona passiva)

Els resultats anteriors provenen d'un estudi etnogràfic que dóna llum al fenomen de l'hospitalització del pacient immigrant, tant des d'una perspectiva dels professionals, com dels pacients i d'estudiants d'infermeria; no es troben, però, estudis que explorin, des d'una vessant fenomenològica interpretativa, l'experiència viscuda de ser cuidat, des de la vessant de persones immigrants extracomunitàries, en un ingrés hospitalari.

2.5 L'experiència viscuda

Les persones a diari experimenten la seva realitat i adopten davant les circumstàncies de la vida diferents emocions, pensaments i actituds. Es troben immerses en un món del qual en tenen experiència mitjançant la percepció, tanmateix assumeixen hàbits i supòsits que han adquirit en el procés de socialització i afronten les seves circumstàncies de vida amb supòsits apresos en societat, i des de diferents estats d'ànim. El món i la persona són independents i alhora interdependents. La persona, de manera passiva, el viu,

l'experimenta i l'interpreta.¹⁸¹ És el que Edmund Husserl, des de la fenomenologia, ho anomenava com a *actitut natural*. Aquest autor explica que davant el món hi ha dues actituds: l'*actitud naturalista*, que considera en el món només allò natural; l'altra actitud que anomena *actitud personalista*, que busca un món en el qual hi ha sentit. Les relacions en el primer món (el naturalista) són de causalitat i preval una lògica del descobriment regida per un interès teòric (com en la ciència positiva), en el segon (el personalista), les relacions són de motivació i de familiaritat amb un entorn que és significatiu per qui l'experimenta. És precisament la diversitat de l'activitat creadora de cultura de l'home (que té lloc en el si de l'actitud personalista) la que dóna lloc a la diversitat cultural.¹⁸²

L'experiència és un procés que transcorre en una temporalitat i en un espai determinat. La seva vivència aporta a la persona un món de fenòmens els quals no poden considerar-se com a independents o aïllats de la manera com són viscuts per aquella persona, ja que justament existeixen tal com es donen a l'experiència, i no tal com són.¹⁸³ En aquest sentit, aquesta és percebuda o viscuda atenent diferents factors com: la maduresa cognitiva de la persona, les seves expectatives, els processos vitals previs, l'impacte emocional produït o de les característiques en l'organització interna de la persona. Tots aquests factors contribueixen en l'elaboració de significats a partir de cada experiència en el món.

Segons Romero,¹⁸⁴ no totes les experiències adquireixen un mateix significat per al protagonista. N'hi ha que tenen un efecte mínim i fugaç, mentre que altres adquireixen més rellevància, modelant la seva sensibilitat i els aspectes més cognitius, amb una clara predisposició a certes direccions i allunyaments d'altres. Aquestes serien, segons el mateix autor, les denominades vivències, de les quals es desprèn que no tota vivència es torna significativa, especialment si no es troba impregnada per una ressonància afectiva de la realitat experimentada.

La persona és un centre de percepció interna i externa; per tant no tan sols percep de manera parcial el que l'envolta, sinó que també té una percepció de si mateixa. Aquesta percepció interna, a partir del *sentir* més profund i personal de l'ésser humà, és el que la psicologia fenomenològica existencial denomina *vivència*.¹⁸⁵ Les vivències s'articulen i s'organitzen, i creen els trets peculiars de la persona; és a dir, les maneres característiques que estableixen la trama personal. El substrat, tant del comportament com de la subjectivitat, és l'experiència.¹⁸⁶

¹⁸¹ Segovia-Cuellar, A.: «Neurofenomenología. Proyecto para una ciencia de la experiencia vivida», *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2012, vol.41, núm. 3, p. 652.

¹⁸² Husserl, E.: *Introducción general a la fenomenología pura*, Fondo de Cultura Económica, México, 1997, p. 229 i s.

¹⁸³ Segovia-Cuellar, *op.cit.*, p.652.

¹⁸⁴ Romero, E.: *Neogénesis: el desarrollo personal mediante la psicoterapia*, Santiago, Xile, Editora Norte-Sur, 2003.

¹⁸⁵ Castro, A, M; Gómez Peña, A. M.:«Corporalidad en el contexto de la psicoterapia», *Psicología desde el Caribe*, Universidad del Norte,núm. 27, 2011, p.241, disponible a: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21320708011>>.

¹⁸⁶ Romero, *op.cit.*, p.33.

El concepte de vivència es va generalitzar a Alemanya, en els anys setanta del segle XIX a partir de Dilthey. Va ser a través de la literatura biogràfica, en particular d'artistes i poetes de l'època, que es feia referència al sentit de la vivència. El propòsit d'aquest tipus de literatura era entendre el treball de l'artista a partir de la seva vivència, entenent l'obra des de la seva perspectiva narrada. Ortega i Gasset, l'any 1913, va proposar el terme de *vivència* a partir de la traducció del vocable alemany *erlebnis*, el qual es va utilitzar per explicar l'experiència viscuda, entenent per experiència tot allò que al·ludeix a la recíproca relació de sentits que s'instaura en la relació *jo -món*.¹⁸⁷

A més, el concepte de vivència, des de la filosofia fenomenològica de Husserl, Schütz i Gadamer, és el d'una unitat de sentit que permet fer una interpretació subjectiva del món. Per al primer autor, les unitats de sentit han de ser descrites i compreses. Les vivències són continguts de consciència, són aquells esdeveniments reals, les percepcions, les representacions de la imaginació i de la fantasia, els actes del pensament conceptual, les presumpcions i els dubtes, les alegries i els dolors, les esperances i temors, els desitjos i les volicions.¹⁸⁸ Schütz¹⁸⁹ considera l'experiència viscuda com un fet que transcorre dins de la consciència interna i la seva estructura, varia segons la duració i la seva reflexió. Per a ell, les vivències estan marcades per dos grans diferències: el record i la rememoració, les quals es presenten entre el transcórrer i l'acte acabat, ja que el que es capta ja ha passat i senzillament és recordat. D'aquí que és el recurs el que aïlla la vivència del corrent irreversible de la duració i la transforma en rememoració.

Gadamer, per la seva part, en el text *Verdad y Método* planteja una història del terme *vivència*, i allí menciona que allò viscut és sempre viscut per un mateix; per això, la vivència s'utilitza per designar el contingut del que s'ha vivenciat. Per aquest motiu, l'autor sosté que: «*algo se convierte en una vivencia en cuanto que no sólo es vivido sino que el hecho de que lo haya sido ha tenido algun efecto particular que le confiere un significado duradero*».¹⁹⁰

L'experiència confereix significat a allò que la persona experimenta. És un fet personal, íntim. La vivència, com a unitat de significat, permet apropar-se a la comprensió d'experiències quotidianes de les persones; és a dir, permet interpretar el significat que aquella vivència té per a algú, d'una manera reflexiva. La reflexió autobiogràfica permet reconèixer que el que s'anomena *vivència* es constitueix en un fet passat, és un record que es transforma en un contingut significatiu; com ho refereix Gadamer:¹⁹¹ «*Lo que llamamos vivencia en sentido enfático se refiere pues a algo inolvidable e irremplazable, fundamentalmente inagotable para la determinación comprensiva de su significado*».

¹⁸⁷ Casteñeda, G. M; Gallo, L. E.: «Narrativa corporal: Una experiència vivida desde la danza», *Lúdica Pedagógica*, núm. 13, 2008, p.73-81.

¹⁸⁸ Husserl, E.: *Investigaciones lógicas 2, Filosofía y pensamiento*, Madrid, Alianza, 1995.

¹⁸⁹ Schütz, A.: *La construcción significativa del mundo social*, Barcelona, Paidós, 1993.

¹⁹⁰ Gadamer, H.-G.: *Verdad y método I*, Salamanca, Sígueme, 2003, p.98.

En aquest sentit, Ricoeur¹⁹² afegeix que tot i que la vivència és personal, el significat es pot donar a conèixer, fer-se públic, fet que permet conèixer la mundanitat de les experiències:

«Mi experiencia no puede convertirse directamente en tu experiencia. Un acontecimiento perteneciente a un fluir del pensamiento no puede ser transferido como tal a otro fluir del pensamiento. Aun así, no obstante, algo pasa de mí hacia ti. Algo es transferido de una esfera de vida a otra. Este algo no es la experiencia tal como es experimentada, sino su significado. (...) La experiencia tal como es experimentada, vivida, sigue siendo privada, pero su significación, su sentido, se hace público».

Narrar l'experiència viscuda implica rescatar de la memòria allò viscut, sentit, gaudit, patit, pensat i experimentat. Permet parlar al cos a partir de l'experiència viscuda en la seva emoció, sentiment, afectivitat, sensació, percepció i pensament. La dimensió fenomenològica tracta de transcendir el cos, que és mirat sols des d'una perspectiva biològica i fisiològica, i li dóna el privilegi de ser viscut, intuït i experimentat com un ésser-situat-corporalment-en-el món-,¹⁹³ expandint el cos a una dimensió de caràcter perceptiu i sensitiu.

Aquesta perspectiva conceptual ens ajuda a situar la complexitat del món de l'experiència viscuda pels diferents actors socials i les dificultats dels intercanvis comunicatius entre persones, especialment quan els seus referents significatius provenen de cultures diverses. Comprendre les diferents sensibilitats, emocions i significacions en el fet de viure el dia a dia de les persones exigeix un estudi que vagi més enllà de l'observació immediata. La perspectiva fenomenològica hermenèutica ens proporciona eines conceptuals per aprofundir en la comprensió del fenomen que volem abordar.

¹⁹¹ *Ibíd.*, p. 104.

¹⁹² Ricoeur, P.: *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*, 6a ed., Mèxic, Siglo XXI editores, 2006, p.30.

¹⁹³ Gallo, L. E.: «El ser-corporal-en-el-mundo como punto de partida en la fenomenología de la existencia corpórea», *Pensamiento Educativo*, 2006, vol. 38, p. 46-61, disponible a: <<http://pensamientoeducativo.uc.cl/files/journals/2/articles/301/public/301-706-1-PB.pdf>>.

SEGONA PART:
MARC METODOLÒGIC DE LA
INVESTIGACIÓ

CAPÍTOL 3 - Fonamentació metodològica

3.1 Presentació

En aquest capítol es descriu el marc en què es basa aquesta investigació, la fenomenologia existencial i hermenèutica o interpretativa, a partir dels treballs de Paul Ricoeur¹⁹⁴ i altres autors empírics. L'enfocament que adopta el capítol és en la recerca qualitativa i en concret, en la fenomenologia com a metodologia, no com a filosofia. No obstant això, no pretén obviar les premisses filosòfiques de la fenomenologia; en aquest sentit, es comenten alguns aspectes essencials que donen entrada a la metodologia. Per tant, en aquest capítol es mostra el procés seguit, inspirat en Ricoeur, i en els treballs empírics d'autors infermers que segueixen la mateixa metodologia a partir d'aquest filòsof. També es descriu el disseny de l'estudi, el posicionament de la investigadora, la selecció dels participants, els criteris d'inclusió i d'exclusió, es presenten els participants, el context i com s'han generat les dades. Finalment, es descriu com han estat analitzades i els aspectes ètics que s'han tingut en compte.

3.2 Metodologia

El terme *metodologia* designa la manera en què s'enfoquen els problemes i se cerquen respostes. És una forma d'encarar el món empíric.¹⁹⁵ Així, la pregunta que guia aquesta investigació: *Com viuen, els immigrants extracomunitaris, l'experiència de ser cuidats per l'equip d'infermeria durant el seu ingrés hospitalari?* en clau d'explorar, conèixer i comprendre l'experiència viscuda, exigeix un abordatge capaç de copsar la subjectivitat de les persones i, per això, s'orienta cap a una metodologia qualitativa interpretativa. Aquesta orientació té la singularitat de permetre l'estudi de l'experiència humana a partir d'una aproximació holística a la cerca de significats.¹⁹⁶ Aquests parteixen de l'àmbit subjectiu, ja que són els participants els qui han viscut l'experiència i li donen sentit, a partir dels seus relats.

Pérez Serrano¹⁹⁷ denomina a aquesta visió *paradigma qualitatiu*, i el defineix com aquella visió que sorgeix com una alternativa al paradigma racionalista o positivista, originat per la constatació que en les disciplines de l'àmbit social hi ha diferents problemàtiques, qüestions i restriccions que no es poden explicar ni comprendre en tota la seva extensió sense tenir en compte l'experiència personal. Aquesta perspectiva prové, fonamentalment,

¹⁹⁴ El mateix Paul Ricoeur, descriu que pertany a una tradició filosòfica caracteritzada per tres trets: 1) ser una filosofia reflexiva; 2) influenciada per la fenomenologia i 3) ser una variant hermenèutica d'aquesta darrera. Vegeu a: Ricoeur, P.: «Narratividad, fenomenología y hermenéutica», *Anàlisi* 25, 2000, p. 200.

¹⁹⁵ Rist, R. (1977). «On the relations among education research paradigms: From disdain to détente», *Anthropology and Education*, vol. 8 núm. 2, p.42.

¹⁹⁶ Vázquez, *op.cit.*, p.23.

¹⁹⁷ Pérez Serrano, G.: *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes 1*, Madrid, La Muralla, 2007.

de l'antropologia, l'etnografia i l'interaccionisme simbòlic, i es basa en filòsofs de l'escola alemanya com Dilthey, Husserl, Baden i altres com Mead, Schutz i Blumer.¹⁹⁸

Seguint Taylor i Bogdan¹⁹⁹ el present estudi intenta arribar al fenomen sense hipòtesis ni teories preconcebudes d'acord amb el que s'ha descrit en l'apartat 1.5. Si bé és cert que la investigadora coneix el marc teòric en què s'emmarca la recerca, com s'ha anunciat en el capítol anterior, a l'hora de l'anàlisi de les dades s'ha procurat una visió ingènua per tal que les teories prèvies no interferissin en el procés de la investigació.

La realització de cada etapa planificada permet, en alguns casos, introduir canvis en l'anterior o en les successives; per tant, a diferència dels estudis amb metodologies quantitatives, s'ha seguit un procés no lineal, dit també en espiral o circular, en el qual algunes etapes interactuen entre si i no segueixen una seqüència estandarditzada.

La investigació qualitativa, segons Taylor i Bogdan,²⁰⁰ es caracteritza a grans trets, per vuit principis que presenten alhora matisos segons l'enfocament adoptat. Aquests són:

1. Els estudis qualitius segueixen un disseny flexible que va avançant a la llum de les dades emergents, sense una finalitat de confirmar models, hipòtesis o teories prèvies.
2. L'investigador veu a les persones des d'una perspectiva holística, és a dir, no des d'una visió reduïda a variables sinó com un tot, des de la complexitat.
3. L'investigador és sensible als efectes que ell mateix causa als participants, ja que hi interactua de manera natural i no intrusiva. Tanmateix, intenta matisar-los o reduir-los al màxim.
4. L'investigador tracta de comprendre les persones dins del seu context, per tant, és essencial copsar la realitat d'acord a com elles l'experimenten.
5. L'investigador és conscient que forma part del procés de recerca, reconeix que pot influir-hi i tracta de disminuir aquests efectes, tan durant la recollida d'informació com en la seva anàlisi.²⁰¹
6. L'investigador no cerca la moralitat o la veritat entenent aquesta com a única, sinó una comprensió detallada de les perspectives d'altres persones, percebudes aquestes com a iguals.

¹⁹⁸ Vázquez, *op.cit.*, p. 21.

¹⁹⁹ *Op.cit.*

²⁰⁰ *Ibid.*, pàg. 20-21.

²⁰¹ Aquest aspecte és controvertit en estudis interpretatius. Així, diferents autors (Heidegger, Gadamer, Ricoeur) sostenen que l'anàlisi sempre implica interpretació; per tant, donar sentit al que es diu o als escrits comporta la participació en la interpretació per part del lector o del oient. Vegeu: Smith *et al.*, *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory Method and Research*, London, Sage, 2009, p.34-35. També a: Charalambous A. *et al.*, «Ricoeur's hermeneutic phenomenology: an implication for nursing research», *Nordic College of Caring Science*, 2008, p.640 i, finalment, a López i Willis a: «Descriptive versus Interpretative Phenomenology: Their contributions to Nursing Knowledge», *Qualitative Health Research*, 2005, vol.14, núm. 5, p. 730.

7. Els mètodes qualitatius són humanistes ja que lluny de reduir les paraules i les actuacions de les persones a expressions estadístiques hi ha el propòsit de comprendre la complexitat i els significats de l'experiència humana a través d'una aproximació a un pla més personal. Aquest fet permet experimentar el que elles senten en la seva quotidianitat.
8. La investigació qualitativa té validesa, ja que es realitza de manera sistemàtica a través de procediments rigorosos, malgrat que no siguin necessàriament estandarditzats.

La metodologia qualitativa prové de diferents tradicions que comparteixen una ontologia similar, és a dir, una forma similar de concebre els fenòmens a investigar; s'interessa en el discurs i en la manera en què la persona explica el món en paraules.²⁰² No obstant això, és alhora heterodoxa, ja que abraça distintes perspectives procedents de disciplines diverses. Entre aquestes, Tójar²⁰³ distingeix la filosòfica (fenomenologia i hermenèutica); la científica (etnografia i semiòtica); i altres tendències disciplinars com la sociologia humanista o l'etologia humana.

Seguint el mateix autor i retornant a la pregunta que guia aquest estudi, aquest adopta una orientació metodològica amb una perspectiva fenomenològica, ja que aquesta explora els fenòmens de la vida quotidiana com a fets significants, i intenta explorar i descriure l'experiència viscuda sense recórrer a explicacions causals.

Moran²⁰⁴ explica que Husserl en la seva obra *Investigacions lògiques* (1901), proporciona un sentit al terme *fenomenologia* més enllà del proporcionat per Hegel. Rivau²⁰⁵ afegeix que aquesta perspectiva es va originar com una temptativa de sobrepasar els límits de l'orientació científica tradicional als processos biològics imperant a l'època. D'aquesta manera, s'aconsegueix una aproximació global fundada en la primacia de la consciència i en la constitució dels fenòmens viscuts. Aquests últims, les experiències, tenen a veure amb la consciència immediata dels esdeveniments de la vida abans de la reflexió i, per tant, no són interpretades, i són influenciades per aspectes inherents a qui les experimenta (causes internes), així com per factors externs a la pròpia persona que narra l'experiència.

La metodologia fenomenològica es fonamenta epistemològicament en la filosofia del mateix nom que, alhora, té diferents perspectives. A grans trets es basa en el fet d'entendre el món i la vida a través de l'experiència humana tal i com és viscuda. Així com a cercar una comprensió més profunda de com les persones construeixen significats a

²⁰² Santiago-Delefosse, M.: «Les méthodes de recherche qualitatives et la psychologie de la santé», a: Ficher, G.N. (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, p.187-207, París, Dunod, 2002.

²⁰³ Tójar, J. C.: *Investigación cuAlitativa. Comprender y actuar*, Madrid, La Muralla, 2006, p. 61.

²⁰⁴ Moran, D.: *Introducción a la Fenomenología*, Rubí, Anthropos, 2011, p.6.

²⁰⁵ Rivau C.; Lasry JC; Bouchard L., *et al.* : «La phénoménologie : Une approche scientifique des expériences vécues». *Recherche en soins infirmiers* núm. 81, 2005.

partir del seu quotidià.²⁰⁶ A més, Moran²⁰⁷ afegeix que les explicacions no han de ser imposades abans que els fenòmens hagin estat compresos des de dintre, tot i que Ricoeur, des de la perspectiva interpretativa entén l'explicació com un mitjà per arribar a una comprensió més profunda, el que ell denomina: «explicar més per a comprendre millor».²⁰⁸ D'aquesta manera, la metodologia fenomenològica és particularment eficaç per portar a un primer pla les experiències i percepcions de les persones des de la seva pròpia perspectiva i, per tant, promoure supòsits estructurals o normatius que poden ser un repte per a la pràctica.

Una de les característiques de la investigació fenomenològica, inspirada en Heidegger, deixeble de Husserl, és que el seu desenvolupament s'inicia a partir de l'experiència de «ser-en-el-món», (*in-der-Welt-sein*). Un món en el qual els humans estan sempre involucrats i en el qual es troben ells mateixos abocats.²⁰⁹

3.3 La perspectiva fenomenològica en la disciplina infermera

La disciplina infermera s'inclina a veure la persona com un ésser humà en interacció constant amb el seu entorn, interpretant impressions i atribuint significats a les seves experiències.²¹⁰ Així, per comprendre la naturalesa d'aquesta experiència, la fenomenologia proporciona a l'investigador una perspectiva teòrica i una metodologia que li permet aproximar-se a través de la descripció i de la interpretació, a l'experiència estudiada.²¹¹ En la pràctica, tenir cura des d'una mirada comprensiva significa, per a Rivera i Herrera:²¹²

«(...) comprender qué significa determinada experiencia para él o ella: qué significa el diagnóstico, qué significa el tratamiento, qué significan los cambios en su estilo de vida, comprender sus dudas y acogerlas (...) En la medida que le preguntamos sobre como vive determinada experiencia en salud, entrará en diálogo con nosotros, porque tiene algo que decirnos sobre ella (...)»

Així, la cura professional comprensiva es refereix a estar atents, de manera intencionadament conscient, per comprendre els significats que les persones li donen a les seves experiències.²¹³

El desenvolupament del coneixement en infermeria a partir de la tradició fenomenològica ha estat molt activa en les darreres dècades, especialment en el món anglosaxó, com

²⁰⁶ Smith, *op.cit.*, p.11.

²⁰⁷ Moran, *op.cit.*, p.4.

²⁰⁸ Ricoeur, P.: *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*, Fondo de cultura económica de Argentina, 2000, pàg. 149-163.

²⁰⁹ Moran, *op.cit.*, p.12.

²¹⁰ Wiklund *et al.*: «Hermeneutical and narration: a way to deal with qualitative data», *Nursing Inquiry* 2002, vol. 9, núm. 2, pàg. 114-125.

²¹¹ Tan, H; *et al.*: «Ricoeur's Theory of interpretation: an instrument for data interpretation in hermeneutic phenomenology», *International Journal of Qualitative Methods*, 2009, vol. 8, núm. 4, p.2, disponible a: <<http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/issue/view/485>>.

²¹² Rivera, M. S.; Herrera, L. M.: «Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería», *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2006, núm. 15, p.162.

mostren diferents articles de recerca empírica i llibres publicats que segueixen aquesta orientació.²¹⁴ En la literatura infermera, es troben nombrosos treballs empírics en què la fenomenologia s'empra de manera principal des d'una perspectiva metodològica i no teòrica. Aquests estudis, però, no obvien les premisses teòriques i, en aquest sentit, parteixen de dos enfocaments. El primer és descriptiu, inspirat per alguns husserlians i, el segon, interpretatiu, inspirat per Heidegger i els seus deixebles,²¹⁵ diferint ambdós en el seu objectiu. Tant en el primer com en el segon, l'investigador assumeix una disposició a escoltar les descripcions dels relats dels participants basats en les seves experiències viscudes.

En el mètode descriptiu, l'investigador descriu l'experiència narrada i l'organitza en declaracions amb sentit sense interpretacions segons un referent teòric. La seva recopilació és essencial per a la construcció i la descripció del fenomen d'estudi, tal com es manifesta, sense cercar explicacions causals del perquè es dona. És en el fenomen d'estudi on se centra l'atenció per descriure'l. Des d'aquesta perspectiva, alguns dels darrers estudis infermers segueixen mètodes d'anàlisi desenvolupats en altres disciplines, com el de Giorgi (1970) o Collazzi (1978), des de la psicologia. Així, per exemple, es troben els treballs de Midtgaard *et al.*,²¹⁶ o els de Griffin *et al.*²¹⁷

En contrast, el mètode interpretatiu accepta l'ús d'una orientació teòrica o marc conceptual com un component de la recerca, i aquesta és utilitzada no d'una manera convencional, és a dir, per generar hipòtesis que han de ser verificades o refutades, sinó que permet produir, per una banda, una representació textual del fenomen descrit, que fa possible alhora establir relacions i significats i, per l'altra, prendre decisions sobre, per exemple, com interpretar els resultats.²¹⁸ Els primers treballs infermers, a partir de l'orientació interpretativa s'atribueixen a Benner, l'any 1984, que va estudiar les experiències de les infermeres i, posteriorment les dels pacients.²¹⁹ Un exemple d'estudis actuals els trobem en Tigrari *et al.*,²²⁰ inspirat en la filosofia de Ricoeur i en Krumwiede *et al.*,²²¹ inspirat en el pedagog van Manen. Recentment, en el nostre entorn, també s'han publicat algunes tesis

²¹³ Rivera, M. S.: «El arte de cuidar en enfermería», *Horizonte Enferm.*, 2004, vol. 15, núm.1, p.11.

²¹⁴ Kim, H. S.: « Existentialism and Phenomenology in Nursing Theories», a: Hessoock Suzie Kim, Ingrid Kollk (ed.), *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*, 2a ed., 2006, pàg.141-156.

²¹⁵ López, Willis, *op.cit.*, pàg. 727-730.

²¹⁶ Midtgaard, J.; Røssell K.; Christensen, J.F; Uth, J; Adamsen, L.; Rørth, M.: «Demonstration and manifestation of self-determination and illness resistance. A quality study of long-term maintenance of physical activity in posttreatment cancer survivors», *Support Care Cancer*, set. 2012, vol. 20, núm. 9, pàg.1999-2008.

²¹⁷ Griffin, J. B; Pickler, R. H.: «Hospital-to-home transition of mothers opreterm infants», *MCN Am J. Matern Child Nurs.* 2011, vol.36, núm. 4, pàg. 252-257.

²¹⁸ Peneer, J. L.; McClement, S. E.: «Using Phenomenology to examine the experiences of family caregivers of patients with advanced head and neck cancer: reflections of a novice researcher», *International Journal of Qualitative Methods*, 2008. vol. 7, núm. 2, pàg. 92-101.

²¹⁹ Kim, *op. cit.* p. 153.

²²⁰ Tigrari, B.; Iranmanesh, S.; Ali Cheraghi, M.; Arefi, A.: «Meaning of spiritual care: Iranian nurses'experiences», *Holist Nurs Pract* 2003, vol. 27, núm. 4, pàg.199-206.

²²¹ Krumwiede, K. A.; Krumwiede, N.: «The lived experience of men diagnosed with prostate cancer», *Oncol Nurs Forum*, 2012, vol. 39, núm. 5.

doctorals que segueixen una metodologia fenomenològica hermenèutica en el marc de la disciplina infermera. Així trobem els treballs de De Juan²²² i de Saracíbar.²²³

El present estudi no sols pretén detenir-se en la descripció²²⁴ del fenomen de ser cuidat per infermeria durant un ingrés en un hospital català, sinó que cerca comprendre aquest fenomen a través d'una doble interpretació, el que Smith²²⁵ denomina: «donar sentit a allò que el participant intenta donar sentit». Per aquest motiu se segueix una metodologia que permet donar resposta a la pregunta d'investigació a través del relat dels participants. Per aquest motiu, es va donar veu a persones immigrants extracomunitàries i es va procedir a una interpretació a través d'un mètode que permet capturar l'experiència i anar més enllà de l'expressió oral. És el que s'anomena *hermenèutica*.

El terme *hermenèutica* prové del verb grec *hermeneuin*, que significa interpretar.²²⁶ L'hermenèutica té un llarg recorregut vinculat a la interpretació de textos religiosos, literaris, històrics i jurídics. La seva finalitat és captar el missatge del text escrit més enllà de la seva literalitat.²²⁷ A més, el llenguatge és el mitjà de l'experiència hermenèutica en la qual la comprensió és duta a terme.²²⁸ Domingo,²²⁹ per la seva part, sosté que una de les grans aportacions del paradigma hermenèutic és haver posat de manifest el caràcter narratiu de l'experiència humana. Segons el mateix autor, «La narració és una forma de produir sentit. L'hermenèutica es defineix així com la interpretació del sentit i de la narració».²³⁰⁻²³¹

Per tant, la fenomenologia hermenèutica és el procés de descriure i interpretar l'experiència humana amb la finalitat d'entendre la seva naturalesa fonamental. És considerada com una metodologia molt propícia per a la investigació en les ciències socials²³² i en les ciències de la salut.²³³ La investigació a través d'aquesta estratègia fenomenològica hermenèutica es realitza, a grans trets, en tres etapes: comprendre, interpretar i aplicar, gràcies a les quals s'arriba a l'elaboració de «l'art de la interpretació».

²²² De Juan Pardo, M. A.: «La vivencia de la ancianidad: estudio fenomenológico y reflexión antropológica», tesi doctoral, Universitat Internacional de Catalunya, 2013, disponible a: <<http://www.tesisenred.net/handle/10803/116421>>.

²²³ Saracíbar, M. I.: «Acerca de la naturaleza de la relación entre enfermera y la persona enferma, comprender su significado», tesi doctoral no publicada, Universidad de Navarra, Departament d' Educació, Pamplona, 2009.

²²⁴ Des de la perspectiva husserliana: descriure les coses tal com elles són, en la manera com apareixen. Vegeu Moran, *op.cit.*, p. 11.

²²⁵ Smith, *op.cit.*, p.35.

²²⁶ Moran, *op.cit.*, p.256.

²²⁷ Romo defineix el sentit literal per a l'hermenèutica objectivista com a sinònim de significat, per tant, en el text es refereix a la cerca del significat. Vegeu: Romo Feito, F.: *La hermenéutica. La aventura de comprender*, Mataró, Montesinos, Biblioteca de Divulgación Temática, 2010, p.147.

²²⁸ Gadamer a: *Verdad y Método*, citat per Moran, *op.cit.*, p.235

²²⁹ Domingo Moratalla, T.: «Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética», *Veritas* 2007, vol. II, núm. 17, pàg. 281-312.

²³⁰ *Ibid.*, p. 285.

²³¹ Guimond-Plourde, R.: «L'accès à un horizon inédit à travers les existentiels: une toile phénoménologique-hermeneutique pour comprendre le stress-coing chez des jeunes», *Recherches Qualitatives*, 2005, vol. 25, núm. 2, p.4.

²³² Tan *et al.*, *op.cit.*

²³³ Strenbert, H.; Carpenter, D.: *Qualitative Research in Nursing. Advancing the humanistic Imperative*, 2a ed., Philadelphia, Lippincott, 1999, p.54.

Els tres moments es troben íntimament relacionats, de manera que cadascun d'ells és part d'una dinàmica global que condueix a una renovada presa de consciència i a l'acció.²³⁴

Arribats en aquest punt, un dels majors desafiaments d'aquesta investigació va ser seleccionar una estratègia per a l'anàlisi i la interpretació de les dades que fos congruent amb la fenomenologia hermenèutica. Aquest va ser un repte per diferents motius: en primer lloc, no es van trobar models clars a la literatura per guiar l'anàlisi fenomenològica hermenèutica de les dades qualitatives. En segon lloc, tot i haver nombrosos llibres d'investigació que aborden els mètodes d'anàlisi de dades qualitatives, no sempre són coherents amb l'orientació filosòfica que es perseguia. Per tant, es va procedir a una cerca més afinada d'articles empírics de caràcter qualitatiu amb una perspectiva fenomenològica hermenèutica en la disciplina infermera, de gran tradició en la literatura anglosaxona, i es van trobar alguns treballs^{235,236,237,238,239} inspirats en el text, *Teoría de la Interpretación. Discurso y excedente de sentido*, de Paul Ricoeur. Aquests estudis presentaven una anàlisi interpretativa afí als objectius d'aquesta investigació i per tant, van inspirar el procés metodològic i l'anàlisi seguits.

3.4 Disseny de l'estudi

El disseny d'aquesta investigació és qualitatiu, fenomenològic hermenèutic, inspirat en el text: *Teoría de la interpretación. Discurs i excedent de sentit*, de P. Ricoeur i en els treballs empírics de: Efraimsson *et al.*, 2001; Wiklund *et al.*, 2002; Lindseth i Norberg, 2004; Delmar *et al.*, 2006 i Tan *et al.*, 2009.

3.5 Posicionament de la investigadora

El posicionament metodològic de l'autora parteix de la proposta de Creswell,²⁴⁰ de la qual, a partir de diferents assumpcions es justifica el disseny d'aquest estudi. Des d'una perspectiva ontològica, a la pregunta: *Quina és la realitat de l'altre?*, la investigadora entén que la realitat humana és complexa, subjectiva i múltiple com així es mostra a partir dels participants en aquest estudi i de les seves experiències. Aquesta perspectiva ontològica, des del posicionament disciplinari, té concordança amb el paradigma de la transformació proposat per Kérouac²⁴¹ i descrit en l'apartat 2.3.1.

²³⁴ Boladeras, M.; Campillo, N.: *Filosofía social*, Madrid, Síntesis, 2011, p. 239.

²³⁵ Efraimsson, E.; Höglund, I; Sandman, P.: «The everlasting trial of strength and patience': transitions in home care nursing as narrated by patients and family members», *Journal of Clinical Nursing*, 2001, 10, pàg. 813-819.

²³⁶ Wiklund, L.; Lindholm L.; Lindström U.Ä., *op. cit.*

²³⁷ Lindseth, A; Norberg, A.: «A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience», *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004, vol. 18, núm. 2, pàg. 145-153.

²³⁸ Delmar Ch. *et al.*: «Independence/dependence – a contradictory relationship? Life with a chronic illness», *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2006, vol. 20, núm. 3 pàg. 261-268.

²³⁹ Tan, *op.cit.*

²⁴⁰ Creswell, J.W.: *Qualitative inquiry and research desing: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2007, p.10.

²⁴¹ *Op.cit.*, pàg. 20-22.

Des d'una perspectiva epistemològica, la investigadora dóna resposta a la pregunta: *Quina és la seva relació amb el fenomen d'estudi?*, a partir de reduir la distància amb els participants en compartir amb ells les experiències i de formar part activa del procés des d'un mateix pla, de persona a persona. Finalment, des de l'assumpció axiològica, i davant la pregunta: *Quin és el paper dels valors?*, la investigadora reconeix que l'estudi està impregnat de valors de tots els actors i que, per tant, poden haver-hi biaixos, de manera particular, en la interpretació, on tots aquests interaccionen.

Un dels aspectes en els quals la investigadora, seguint diferents autors,^{242,243} ha hagut de reflexionar, analitzar i posicionar-se ha estat, el no donar res per sobreentès durant l'estudi. No obstant això, cal clarificar aquest aspecte. La suspensió de preconcepcions podria ser coherent amb la fenomenologia descriptiva proposada per Husserl, qui a través de l'*epoché fenomenològica* o *suspensió de l'actitud natural*, tot allò científic, filosòfic, cultural i els supòsits quotidians han de posar-se de costat, entre parèntesi, no tant per negar-los sinó per no interferir en els significats emergents. Aquest fet condueix a atendre els fenòmens només en la manera com es presenten a nosaltres, el que Moran²⁴⁴ anomena *En sus modos de darse*. Però aquest pressupòsit ha estat discutit posteriorment per fenomenòlegs interpretatius com Heidegger, Gadamer o Ricoeur, amb una visió més ontològica del fenomen, a partir de la qual no és possible eliminar o suspendre totalment, com Husserl volia, la precomprensió d'estar en el món, de manera particular en la fase interpretativa en la qual el coneixement i l'experiència de l'investigador tenen un paper important per a la comprensió del fenomen d'estudi.²⁴⁵

Per aquest motiu, la investigadora, tot i evitar la influència de possibles prejudicis o creences, va mantenir una posició oberta davant els fenòmens que van anar emergint com si fos la primera vegada que apareixien. Així, durant les entrevistes va mantenir una actitud oberta als relats amb una escolta atenta i conscient de no dirigir la conversa segons els seus valors i preconcepcions. La descripció dels resultats s'ha centrat en les narracions recollides, no incloent-hi informació a partir de la literatura ni de la mateixa investigadora. Posteriorment, en la fase interpretativa i analítica es va produir un procés d'interacció entre els resultats obtinguts, la revisió de la literatura, i els coneixements i l'experiència de la investigadora.

²⁴² Taylor, Bogdan, *op.cit.*, p.21.

²⁴³ Vázquez, *op.cit.*, p. 23.

²⁴⁴ Moran, *op.cit.*, p.4.

²⁴⁵ Tan, *op.cit.*, p.4.

3.6 Selecció dels participants

El procés de selecció i gestió de la mostra ha estat flexible durant el treball de camp, i s'ha modificat durant el decurs del projecte amb la finalitat d'accedir a possibles candidats a través de la confiança i de la recomanació. El reclutament no va ser fàcil, fet pel qual es van seguir diferents estratègies. Així, en un primer moment, es va utilitzar el mostreig de conveniència a través del qual es van cercar, mitjançant el cens hospitalari, informants ingressats en unitats d'hospitalització d'origen extracomunitari, que complien els criteris establerts²⁴⁶ descrits en l'apartat 3.6.1 i 3.6.2, que posteriorment es van modificar, com s'explica més endavant, en aquest mateix apartat.

No es va pretendre un mostreig representatiu de les diferents comunitats culturals ja que l'interès de l'estudi és una aproximació al fenomen (ser cuidat per infermeria en un ingrés hospitalari) a partir de persones immigrants amb una distància cultural rellevant amb la societat europea d'acollida. En aquest sentit, Cohen²⁴⁷ apunta que un dels principis de la investigació fenomenològica hermenèutica és veure els informants no en termes de grups de característiques individuals que poden ser interpretades com a variables, sinó com a persones que ofereixen una imatge o un panorama del qual se senten al ser ells mateixos i donar d'aquesta manera sentit a una experiència important.

La selecció de participants va suposar, en un primer temps, una doble dificultat; en primer lloc, la majoria dels candidats rebutjaven participar en un estudi i mostraven certa desconfiança, possiblement relacionada amb aspectes culturals o amb por a possibles implicacions en l'assistència sanitària rebuda. En segon lloc, la majoria també va rebutjar l'enregistrament de l'entrevista. Aquests fets es van produir tot i la informació proporcionada que incloïa la presentació i la identificació de la investigadora, com aliena al centre hospitalari i vinculada a la universitat, així com la informació precisa de la investigació (descrita en l'apartat 3.11). Tota la informació es va proporcionar de manera oral i escrita.

En conseqüència, es va fer un replantejament dels criteris d'inclusió modificant la tècnica de selecció de participants i es va afegir la tècnica de reclutament denominada *bola de neu*. D'aquesta manera, la selecció dels informants d'interès es realitza segons l'objectiu de l'estudi, a partir de persones que coneixen o anomenen altres que les identifiquen com a bons informants²⁴⁸ en aquest cas, sense ser un criteri estar ingressat en el moment de l'entrevista. A partir d'aquell moment, la tècnica introduïda va permetre als participants conduir la investigadora a altres candidats i aquests, alhora, a altres fins aconseguir la

²⁴⁶ Vázquez, *op.cit.*, p.46

²⁴⁷ Cohen, M. Z.; Kahn, D.; Steeves, R. H.: *Hermeneutic Phenomenological Research*, Califòrnia, Sage, 2000, p. 50.

²⁴⁸ *Ibíd.*

saturació de les dades.²⁴⁹ En aquesta darrera estratègia la confiança i la recomanació varen ser els elements clau per a l'accés als participants.

Finalment, es va mantenir modificada la primera estratègia descrita, amb pacients ingressats. Així, es va optar per un segon hospital, on a través d'un informant clau que hi treballava, feia de pont entre la investigadora i el pacient ingressat. El canvi del primer hospital pel segon, va ser degut a que en el darrer, la població immigrant era superior al primer. La modificació dels criteris d'inclusió deixava obert que el pacient podia estar o no ingressat, i era rellevant el fet de tenir una experiència d'un o més ingressos, amb un mínim d'1 dia i 1 nit, com es descriu més endavant. En el cas de no estar ingressat, no es va tenir en compte el temps transcorregut des dels ingressos, ja que prevalia el relat de l'experiència.

Les dues estratègies d'accés als participants, durant o després d'un ingrés, es van dur a terme seguint diferents tipologies de contacte com a continuació es mostra:

1. Contacte a través de persones clau autòctones: aquestes freqüenten o coneixen persones immigrants, bé per motius professionals, bé per estar relacionades amb associacions o grups socials o bé per tenir alguna relació de parentiu o amistat. Alguns són bons coneixedors de cultures específiques. Aquesta estratègia es va utilitzar durant tot el procés de treball de camp. Va facilitar la relació de confiança entre els candidats i l'entrevistadora, ja que aquesta hi contactava per recomanació. Les persones clau també proporcionaven una valuosa informació sobre aspectes culturals contextuals.
2. Contacte a través de persones clau immigrants: elles coneixen i freqüenten compatriotes en la seva comunitat cultural, bé pel seu treball o per la seva alta activitat participativa en la societat catalana. Són bones coneixedores d'ambdues cultures. Aquesta estratègia es va seguir durant tot el procés de treball de camp. Va facilitar també la relació de confiança entre els candidats i l'entrevistadora, ja que aquesta es presentava, com en el cas anterior, per recomanació. Va proporcionar, tanmateix, informació valuosa sobre aspectes culturals de la mateixa comunitat de l'informant clau.
3. Contacte directe a través de clients ingressats: la selecció es va fer en dos hospitals catalans, un en la comarca del Barcelonès i l'altre en la del Vallès occidental. En el primer, es va realitzar a través del cens hospitalari, al qual la investigadora tenia accés setmanalment. Aquesta estratègia no va ser exitosa i es va desestimar, com s'ha descrit anteriorment en aquest mateix apartat, ja que, tot i la informació proporcionada al candidat, es van detectar, en alguns casos, signes de desconfiança com: expressions de no acceptació d'enregistrament de

²⁴⁹ Vázquez, *op.cit.*, p.46.

l'entrevista, expressions evasives o preguntes sobre la repercussió de la seva participació en l'atenció sanitària. Per tant, es va modificar l'estratègia i es va seleccionar un segon hospital, on l'accés al candidat es realitzava a través d'un contacte intern que avisava a la investigadora davant d'un possible candidat, prèviament informat per ell, i que complia els criteris establerts. Tots els pacients proposats van acceptar participar-hi.

Dues entrevistes no van poder ser enregistrades per demanda explícita dels participants i van ser transcrites de manera immediata a la sortida de l'habitació per fixar més fidelment la informació obtinguda i mantenir les expressions originals.

4. Contacte a través dels mateixos participants: alguns actors entrevistats, implicats i entusiasmats amb el projecte van proposar amics i coneguts que complien els requisits. Aquest fet va facilitar en gran mesura el reclutament de participants, ja que com en les dues primeres tipologies, en ser l'entrevistadora recomanada, aquesta era dipositària d'un alt nivell de confiança per als participants per expressar les seves experiències.

Tots els candidats van rebre informació escrita i oral sobre la finalitat i el propòsit de l'estudi.²⁵⁰ Cal remarcar la inclusió del compromís d'anonimat i confidencialitat de les dades obtingudes, així com la sensibilitat, per part de la investigadora, cap a possibles situacions d'emotivitat o molèstia generades per l'expressió de la seva experiència. També foren informats sobre la disponibilitat de mediadors culturals tant per la informació sobre l'estudi com pel desenvolupament de les entrevistes. No obstant això, cap participant va sol·licitar la seva intervenció. Sols tres d'ells van realitzar l'entrevista ajudats per amics del seu grup cultural, que van fer de traductors. Tots ells, excepte aquests tres últims, parlaven un castellà entenedor i malgrat la diversa eloqüència en els seus relats, no van demostrar gran dificultat en expressar la seva experiència, sentiments i percepcions.

El nombre de participants, en un principi, es va establir, per una banda, segons la literatura (1 a 10 participants per a estudis fenomenològics²⁵¹) i, per una altra banda, partint de la qualitat de la informació obtinguda que anava sorgint en les entrevistes.^{252,253} D'aquesta manera, es van realitzar entrevistes fins obtenir la saturació de les dades és a dir, fins al punt en què ja no s'obtenia informació nova i la que sorgia era ja redundant.^{254,255}

L'anàlisi sistemàtica de la informació es va realitzar una vegada realitzades totes les entrevistes.

²⁵⁰ Vegeu annex A.

²⁵¹ Kleiman, S.: *Human Centered Nursing. The foundation of quality care*, Philadelphia, Davis Company, 2009, p.84.

²⁵² Cohen, *op.cit.*, p. 56.

²⁵³ Creswell, *op.cit.*, p.126.

²⁵⁴ Cohen, *op.cit.*, p. 12.

²⁵⁵ Delmar, *op.cit.*, p. 263.

3.6.1 Criteris d'inclusió

- Homes i dones immigrants d'origen extracomunitari.
- Majors o igual a 18 anys.
- Experiència en un o més ingressos en hospitals catalans.
- Cada ingrés ha d'haver durat un mínim d'1 dia/1 nit.²⁵⁶
- Tenir una història (experiència) per explicar sobre l'ingrés.
- Acceptar la seva participació voluntària signant el document de consentiment informat.

3.6.2 Criteris d'exclusió

- Homes i dones amb afectació cognitiva i/o neurològica que els impedeixi explicar la seva experiència hospitalària.
- Homes i dones que, en el cas de no poder expressar-se en castellà o en català, no acceptin la intervenció d'un mediador cultural ni d'un traductor durant l'entrevista.
- Menors d'edat.

²⁵⁶ Aquest requisit permet que el participant tingui contacte, com a mínim, amb un torn diürn i un altre de nocturn d'infermeria.

3.7 Participants

Es van entrevistar 16 persones immigrants extracomunitàries. Les seves dades poden consultar-se en la taula III:

Perfil dels participants en l'estudi						
Pseudònim ²⁵⁷	Edat (Anys)	Gènere Home/ Dona	Any sortida del país d'origen	Professió/ Ocupació	País d'origen	Dies d'hospitalització ²⁵⁸
Alí	25	H	2010	Peó construcció	Síria	3
Claudia	34	D	2008	Perruquera	Honduras	90
Isabelle	30	D	2009	Netejadora	Costa de Marfil	8
Aicha	31	D	2006	Administrativa	Costa de Marfil	7
Yalda	36	D	2000	Mediadora	Pakistan	4
Muriel	35	D	2004	Actor	Argentina	7
Clara	30	D	2004	Màrqueting-Comunicació	Colòmbia	60
Akbar	32	D	1994	Traductora	Pakistan	3
Diogo	43	H	2005	Dibuixant	Brasil	7
Nora	51	D	1998	Auxiliar de clínica	Perú	3
Barid	42	H	2002	Peó construcció	Marroc	28
Raúl	36	H	1999	Electricista	Perú	15
Estela	32	D	2003	Infermera	Rep. Dominicana	35
Hazim	33	H	1979	Auxiliar de clínica	Marroc	4
Jamileh	24	D	2000	Mestressa de casa	Pakistan	10
Elena	30	D	2004	Comercial	Argentina	2

Taula III

²⁵⁷ Els noms s'han modificat amb la finalitat de mantenir l'anonimat dels participants.

²⁵⁸ En el cas de diferents ingressos, s'ha comptabilitzat el total de dies d'hospitalització.

3.8 El context

El context on s'ha dut a terme l'estudi ha estat Catalunya, a les comarques del Barcelonès i del Vallès occidental. El dia, l'hora i l'espai per realitzar les entrevistes es varen acordar prèviament amb els participants. Es van utilitzar diferents instal·lacions, entre aquestes, habitacions de dos hospitals, locals públics, el despatx de la investigadora ubicat en el recinte històric de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau a Barcelona, així com algun domicili dels participants. En tots aquests espais van prevaldre criteris de comoditat, discreció i privacitat de tots els actors, així com el silenci ambiental per permetre un enregistrament de la conversa de qualitat.

3.9 L'entrevista en profunditat

L'entrevista és una tècnica essencial de recollida d'informació en la majoria de mètodes d'investigació qualitativa. El seu objectiu és la construcció d'un discurs sobre el fenomen d'estudi. Una premissa bàsica del mètode fenomenològic hermenèutic és que la força motriu de la consciència humana és donar sentit a l'experiència. En general, les persones transmeten el sentit de la seva experiència quotidiana d'estar en el món, a través dels relats o històries que expliquen.^{259,260,261} En aquest sentit, Ricoeur²⁶² sosté que l'experiència viscuda no es transfereix d'una esfera de vida a una altra, tot i que alguna cosa d'això passa en l'acte comunicatiu; aquesta cosa no és l'experiència tal com és experimentada, sinó el seu significat. L'experiència tal com s'experimenta, com es viu, segueix sent privada però la seva significació, el seu sentit es fa públic a través del llenguatge. Aquí radica la importància de l'intercanvi intersubjectiu en si, el fet del diàleg.

Així, les entrevistes es van dur a terme de manera individual, cara a cara,²⁶³ en clau de diàleg per a l'obtenció fluïda de la informació.

L'entrevista realitzada en estudis fenomenològics hermenèutics, segons apunta van Manen,²⁶⁴ atén a dos propòsits específics: 1) explorar i recollir material narratiu experiencial per al seu ús com a recurs per al desenvolupament d'una comprensió més enriquida i profunda d'un fenomen humà i 2) com a vehicle per a desenvolupar una relació a través de la conversa amb l'entrevistat sobre el significat d'una experiència. La conversa aquí pren un caràcter pragmàtic, ja que cerca comprendre les perspectives que tenen els entrevistats

²⁵⁹ Van Manen, *op.cit.*, p.9.

²⁶⁰ Cohen, *op.cit.*, p.7.

²⁶¹ Creswell, *op.cit.*, p.37.

²⁶² Ricoeur, 2006, p.30.

²⁶³ Cisneros-Puebla, *et al.*: «Qualitative Researchers—Stories Told, Stories Shared: The Storied Nature of Qualitative Research», An Introduction to the Special Issue: FQS Interviews. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 2004, vol. 5, núm. 3, art. 37, disponible a: <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0403370>>.

²⁶⁴ Van Manen, *op.cit.*, p.66.

en les seves idees, valors o experiències viscudes,²⁶⁵ alhora que una mica artificial, en tant que durant la major part del diàleg és el participant qui parla i l'entrevistador escolta facilitant la seva expressió amb la finalitat que relati la seva història amb el seu llenguatge.²⁶⁶

Per elaborar aquest estudi es van realitzar 16 entrevistes individuals en profunditat entre gener de 2011 i juny de 2012; totes aquestes amb una duració d'entre 30 i 65 minuts. La finalització de la sessió es produïa quan el participant no tenia més informació per compartir o quan les dades eren ja repetitives. El propòsit de la investigadora va ser que les entrevistes fossin flexibles, dinàmiques i no dirigides, seguint el model d'una conversa entre iguals, donant protagonisme a l'entrevistat mentre l'entrevistadora evitava emetre judicis i opinions personals sobre el que es parlava.^{267,268} No obstant això, quan el participant, per una banda, presentava dificultat en l'expressió idiomàtica, malgrat que parlés en castellà, i, per l'altra, la narració s'allunyava del propòsit de l'estudi, l'entrevistadora va facilitar la seva expressió i participació a través d'una conversa més intervencionista.

També es va procurar comprendre el que es deia i el que podia estar ocult, responent amb sensibilitat a la cadència de l'entrevista.²⁶⁹

Els idiomes en que es van portar a terme les converses, van ser: 1 en català i 15 en castellà. D'aquestes últimes, van participar 3 traductors, coneguts pel participant, que traduïen de l'urdú, de l'italià i del dioula²⁷⁰ / francès.

Les primeres entrevistes partien d'un guió amb aspectes amplis a explorar com: «experiència del ingrés»; «les cures infermeres» o «l'equip infermer». Posteriorment, es van introduir més elements per explorar a partir dels relats dels participants anteriors.^{271,272} Cada entrevista s'iniciava amb temes introductoris amb la finalitat de trencar el gel i establir la confiança entre ambdós; per tant, es va actuar amb naturalitat, temptejant el grau de formalitat que l'entrevistat demanava. L'entrada en el fenomen d'estudi es va realitzar a través de preguntes obertes o preguntes d'opertura, com: «Pot parlar sobre la seva experiència en aquest/aquell ingrés?»; «Què recorda d'aquest/aquell ingrés?»; «Pot parlar-me sobre les infermeres?»; o «Què recorda de les cures que va rebre?».

²⁶⁵ Vázquez, *op.cit.*, p.53.

²⁶⁶ Smith, *op.cit.*, p.57.

²⁶⁷ Taylor, Bogdan, *op.cit.*, p.70.

²⁶⁸ Vandermause, *op.cit.*, p.371.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 371.

²⁷⁰ El dioula (també diula, dyula o jula) és una llengua de la família mandé, autòctona de Costa d'Ivori, Mali i, principalment de Burkina Faso, on hi ha un milió de parlants. Tradicionalment s'ha utilitzat com a llengua comercial a l'Àfrica occidental, com a primera o segona llengua. El nombre total de parlants és d'uns 2,7 milions. S'utilitza, generalment, per a comerciar i com a forma de comunicació en els diferents col·lectius i coexisteix amb el francès, que és l'idioma oficial.

²⁷¹ May, K. A.: «Interview techniques in qualitative research: concerns and challenges» a: J. M. Morse (ed.), *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*, p.171, Gaithersburg M. D, Aspen, 1989.

²⁷² Tójar, *op.cit.*, p.249.

La conversa es va adaptar a la formalitat del llenguatge que expressava el participant sobre la seva quotidianitat, i es van evitar abstraccions.²⁷³ Es van tenir en compte les expressions de comunicació no verbal com a indicador de la comoditat i de l'estat del participant, així com de la importància que podia tenir per al participant un aspecte determinat. D'aquesta manera, l'entrevistadora podia modificar el ritme de la conversa alhora que procurava afinar més les preguntes sobre els aspectes que semblaven més crucials per a ell.

En aquest sentit, l'entrevistadora va mostrar interès per la persona i el seu relat així com una actitud pacient i activa que va permetre indagar en la cerca de claredat o de profunditat en alguns aspectes: «Pot parlar-ne més sobre aquest tema?»; «Què vol dir exactament?»; «Com es va sentir en aquest moment?».

En algunes ocasions, com s'apunta anteriorment en aquest mateix apartat, quan el participant no parlava amb fluïdesa o quan es produïa dispersió en el relat va ser necessari una intervenció de la investigadora més dirigida, a través de tècniques comunicatives de resum, aclariment i de l'ús freqüent de preguntes tancades: «Com es va sentir tractat?» o «Com van actuar les infermeres?». També va ser necessari, en ocasions, reconduir els temes, ja que la tendència era parlar sobre la malaltia i l'experiència amb els metges o d'altres serveis com urgències o els centres d'atenció primària. Per tant, la reconducció ha estat una tècnica emprada per centrar el tema cap a l'experiència en les cures i amb les infermeres, i no cap a altres temes colaterals, sense connexió amb els investigats.

Les entrevistes varen ser enregistrades en àudio i, posteriorment, transcrites en la seva totalitat en paper²⁷⁴ per l'anàlisi posterior, des d'una perspectiva fenomenològica hermenèutica. A cada participant se li va assignar un pseudònim, per preservar la seva identitat.²⁷⁵

La investigadora va utilitzar un diari de camp per recollir aquells aspectes observats durant els encontres que poguessin aportar elements per a la reflexió del procés i de l'anàlisi.

3.10 Anàlisi de les dades

L'anàlisi de les dades es va iniciar una vegada finalitzades totes les transcripcions de les entrevistes amb la finalitat de donar un tractament homogeni en un conjunt, sense dispersió. El mètode instrumental seguit, per a l'anàlisi de les dades a través de l'organització i codificació numèrica de la informació i de l'anàlisi temàtica, es va realitzar de manera manual. Es va desestimar utilitzar una aplicació informàtica amb el propòsit de

²⁷³ Cohen, *op.cit.*, p.4.

²⁷⁴ En l'annex B es poden consultar les transcripcions de les entrevistes. Cal destacar que s'ha extret tota aquella informació que pot comprometre la confidencialitat i l'anonimat dels participants. Així mateix, s'ha obviat tota aquella informació que no ha contribuït a l'anàlisi.

²⁷⁵ Vandermause, *op.cit.*, p.370.

mantenir una major immersió en les dades i una major proximitat en la seva interpretació. Aquest fet facilita, segons l'autora, el procés interpretatiu proposat per Ricoeur i els autors empírics, descrit més endavant, en aquest apartat.

3.10.1 Procés metodològic

El procés metodològic seguit, per a l'aproximació als significats que els immigrants extracomunitaris donen a la seva experiència viscuda de ser cuidats per infermeria durant un ingrés hospitalari, s'ha dut a terme a través de l'anàlisi i de la interpretació de les seves experiències, recollides en un registre escrit.²⁷⁶ Aquest s'ha elaborat a partir de la transcripció de les entrevistes amb els participants. Seguint els autors citats en l'apartat anterior, el procés es va dur a terme en tres fases: **1)** lectura ingènua o naïve; **2)** anàlisi estructural i **3)** anàlisi comprensiva.

Així, el procés s'inicia a partir de les conjectures inicials de la primera fase de l'anàlisi, en la qual es captura el sentit general de cada narrativa escrita. Seguidament, en una segona fase, s'organitzen les dades en estructures anomenades *unitats de sentit*, que són fragments *in vivo* seleccionats de cada escrit, ja que permeten distingir l'orientació del fenomen a partir del *què s'ha dit*.

A continuació, i després de relectures dels fragments, es continua la cerca, ara de significats a partir de la pregunta: «de què es parla?». Com a resultat s'obtenen *categories essencials*; codis en llenguatge ja de l'investigador, que proporcionen llum a la comprensió del fenomen. Tot seguit, s'identifiquen convergències o aspectes comuns entre elles; després s'agrupen i es creen altres categories anomenades *subtemes* que, de manera més sintètica, proporcionen l'essència dels diferents relats. A partir dels *subtemes*, i seguint l'anàlisi de similituds emergeixen *àrees temàtiques* que engloben, a partir de la interpretació, els significats que han sorgit fins al moment. Finalment, en la tercera fase, l'anàlisi comprensiva permet, a través d'un anar i un tornar reflexiu entre els resultats obtinguts, la interpretació més profunda, a partir de la relació entre tots aquests, i la literatura així com de l'experiència de la investigadora.

Durant el procés analític, seguint a Vázquez i col.,²⁷⁷ els resultats de les diferents fases van estar contrastats i verificats amb tres investigadors experts, tots ells acadèmics, amb diferent formació i experiència; les seves aportacions van ajudar a reduir biaixos en la interpretació i per tant a millorar la consistència dels resultats. En aquest sentit, la triangulació realitzada entre l'anàlisi de les entrevistes i l'anàlisi documental realitzat en la tercera fase també hi va contribuir de manera significativa.

²⁷⁶ Segons Ricoeur, la interpretació és un cas particular de comprensió. És la comprensió aplicada a les expressions escrites de la vida. Vegeu: Ricoeur, 2006, *op.cit.*, p. 85.

²⁷⁷ Vázquez *et al.*, *op.cit.*, p. 91.

Com a preàmbul a la primera fase, cal aclarir que l'anàlisi es va iniciar una vegada finalitzades les entrevistes. En aquell moment va ser de gran ajuda l'audició repetida i simultània dels enregistraments i de les transcripcions. Aquest procés, podríem dir prèviament a l'anàlisi que proposen els autors, facilita la rememoració de les entrevistes, permet verificar el pas del diàleg oral cap al registre l'escrit,²⁷⁸ a la cerca d'un possible sentit, i facilita alhora una aproximació a les històries narrades. Tanmateix, condueix a consolidar el nexa amb les vivències expressades introduint alhora la comprensió ingènua. A continuació, es descriu amb més detall cadascuna de les fases.

3.10.1.1 Fase ingènua o *naïve*

El primer pas en l'anàlisi de dades és la comprensió²⁷⁹ ingènua, on es van llegir i rellegir els textos en la seva totalitat amb la finalitat d'adquirir una idea general de com els participants van experimentar la seva experiència de ser cuidats durant el seu ingrés.

Aquesta fase va generar una primera conjectura,²⁸⁰ una aproximació holística al significat global de l'experiència, una comprensió del sentit, a partir de les vivències narrades, una comprensió preliminar per ser validada o refutada en la fase analítica següent.²⁸¹ Van Manem²⁸² sosté que l'aproximació holística és un enfocament que concedeix dirigir-se cap al descobriment d'aspectes temàtics d'un text. Aquest enfocament holístic que proporciona la lectura del text, es realitza a partir d'un tractament d'aquest en el seu conjunt, procurant identificar aquella frase que permet capturar el significat essencial del text.

L'escriptura pren el lloc de la parla, és una forma de discurs que queda fixada en el paper a través de senyals, lletres, frases, que transmeten el missatge, i substitueixen l'expressió vocal, fisonòmica o gestual i en si mateixa ja és un gran assoliment cultural.²⁸³ El llenguatge oral, en convertir-se en escrit, té un autor (en aquest cas el participant) i no un orador,²⁸⁴ fet que en un cert sentit crea una dissociació entre la intenció mental de l'autor i el sentit verbal del text; l'escriptura es torna sinònim d'autonomia semàntica del text, fet que deriva de la desconexió –o distanciament– entre el que l'autor volia dir i el que el text significa.²⁸⁵ En aquest moment, s'inicia la complexitat de la interpretació. La lectura i relectura de les transcripcions de les entrevistes realitzades en aquesta fase, amb una actitud oberta, va permetre capturar el sentit general de les experiències escrites a través del diàleg amb el text. En aquest punt, a través de l'escriptura es produeix una implicació important amb la

²⁷⁸ «Escriure és idèntic a la fixació del discurs» Vegeu: Ricoeur, *ibíd.*, p.39.

²⁷⁹ Per Ricoeur, « En la primera etapa, la comprensió serà una ingènua captació del sentit del text en la seva totalitat». Ricoeur, *ibíd.*, p. 86.

²⁸⁰ Definida per Ricoeur com una configuració del sentit de un text. Vegeu: Ricoeur, *ibíd.*, p.86.

²⁸¹ Ghasemi, A. *et al.*: «Ricoeur's Theory of Interpretation: A method for Understanding Text (Course Text)», *World Applied Sciences Journal*, vol. 15, núm. 11, p.1625.

²⁸² Van Manen, M.: *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*, 2a ed., Ontario, Canadà, The Althouse Press, 1997, pàg.92-94.

²⁸³ Ricoeur, 2006, *op.cit.*, p. 41.

²⁸⁴ Tan, *op.cit.* p.9.

²⁸⁵ Ricoeur, 2006, *op.cit.*, p.43.

història narrada, el que Lindset i Norberg²⁸⁶ denominen: «un moviment en l'actitud, des d'una actitud natural a una actitud fenomenològica».

La comprensió ingènua va revelar el sentit de l'experiència viscuda dels participants i l'essencial per a ells, que perdura en el seu record a través de les paraules, aquí ja, sobre l'escriptura.

De la totalitat del text narratiu de cada participant s'obté una orientació inicial del contingut que genera una conjectura o aproximació holística. Són traces generals que orienten cap a un sentit incipient i permeten entreveure aspectes relacionats amb la interacció humana, amb els valors i amb elements relacionats amb la cura infermera. Les diferents conjectures són validades o refutades en les fases analítiques posteriors. En la taula IV, es mostra l'aproximació holística obtinguda d'una participant, a partir de la comprensió ingènua.

Aproximació holística . Comprensió ingènua (Muriel, 35 anys)
«Cuidar i atendre el pacient no sols significa realitzar les tècniques i els procediments adients, sinó comunicar-se efectivament a través d'allò verbal i no verbal en un clima d'afecte humà».

Taula IV

Arribats a aquest punt en què la comprensió és una captura de sentits parcials en un sol acte de síntesi²⁸⁷ sorgeixen preguntes, no sols sobre el significat de les paraules, sinó sobre el significat possible del contingut dels missatges que condueixen cap a una comprensió més complexa, sostinguda per procediments explicatius. D'aquesta manera, es produeix l'entrada en una fase interpretativa més intensa, a través de l'*anàlisi estructural*.

3.10.1.2 Anàlisi estructural

Aquesta segona fase interpretativa consisteix en una anàlisi sistemàtica de contingut de la totalitat del text amb la finalitat de validar o refutar la *comprensió ingènua*. Permet clarificar, per una banda, el sentit del fenomen²⁸⁸ i, per l'altra, la dialèctica utilitzada.²⁸⁹ Segons Ricoeur,²⁹⁰ l'*anàlisi estructural* consisteix en una segmentació (de manera horitzontal) del text per després establir diversos nivells d'integració de les parts en el tot (de manera jeràrquica).

²⁸⁶ *Op.cit.*, p.149.

²⁸⁷ Ricoeur, 2006, *op.cit.*, p.84.

²⁸⁸ Efraimsson, *op.cit.*, p.813.

²⁸⁹ Delmar, *op.cit.*, p. 264.

Així doncs, es van identificar en cada text les parts més essencials que donaven llum a la pregunta de la investigació. Aquesta anàlisi permet identificar diferents temes, a mode d'estructures de l'experiència,²⁹¹ que ajuden a orientar, de manera emergent, els diferents significats essencials de cada experiència. A continuació, se seleccionen les parts identificades o fragments formats per una o diverses frases o per un paràgraf. Responen a la pregunta: Què *s'ha dit*? Són les *unitats de sentit* que varen ser aïllades amb la finalitat de fixar el sentit²⁹² i que orienten, alhora, un significat.²⁹³ Aquest pas implica un enfocament sistemàtic i crític, on la fidelitat al text és un requisit,²⁹⁴ per aquest motiu, cada fragment es troba en el llenguatge del participant, també anomenat *in vivo*. Aquesta fragmentació pressuposa una desarticulació de l'estructura general del text, tot i que cerca l'adequació a la pregunta de l'estudi.

Durant tota l'anàlisi, cada fragment s'acompanya del codi del participant i de la localització en la transcripció completa. Les unitats de sentit seleccionades persegueixen remarcar el *què s'ha dit* mantenint l'expressió i el llenguatge del participant, respectant els possibles errors idiomàtics. Cal dir que en algunes d'aquestes unitats s'han trobat fragments que orienten cap a més de un significat essencial, cosa que s'ha tingut en compte en incloure'ls en anàlisis posteriors. Així mateix, s'han trobat expressions no essencials; és a dir, que aparentment no estan relacionades amb la pregunta d'investigació. En aquest cas, s'ha valorat desestimar-les o no segons l'aportació de matisos que proporciona, si bé no han contribuït a la formulació posterior de nous temes.²⁹⁵

A la taula V es pot apreciar un exemple de l'inici d'aquest procés:

Unitats de sentit (El <i>què s'ha dit</i>)
«Los enfermeros saben que soy musulmana, porque por los nombres saben que somos musulmanes y no comemos esto y lo respetan». Akbar 11-16
«Me sentí realmente arropada y sentí realmente que les interesaba». Adila 7-9

Taula V

A partir de les unitats de sentit es continua la cerca d'un significat per arribar a una comprensió més profunda de l'experiència. Es realitza un procés analíticointerpretatiu a

²⁹⁰ Ricoeur, 2006, *op.cit.*, p.97.

²⁹¹ Van Manen, M., *op.cit.*, p.79.

²⁹² Segons Ricoeur, el que vol dir el text és introduir-nos en el seu sentit, és a dir, posar-nos en la mateixa direcció de la seva intenció. Vegeu: *Del Texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*, p.175.

²⁹³ Lindseth, *op.cit.*, p.150.

²⁹⁴ Efraimsson, *op.cit.*, p.815

²⁹⁵ Lindseth *et al.*, *op.cit.*, p.149.

través d'un moviment dialògic, des de la comprensió a l'explicació, i viceversa,²⁹⁶ en el qual es pregunta al text: *De què parla?*. Aquest vaivé es produeix en cadascun dels fragments, entenent aquests com una forma de discurs oral en forma d'inscripció, cosa que permet que les condicions d'un discurs, ja figurat, també siguin les del text.²⁹⁷

A continuació, s'obtenen categories essencials atenent, en un primer temps, aspectes relacionats amb la pregunta de l'estudi que condensen, en paraules o frases del llenguatge quotidià, les idees que afloren (vegeu la taula VI). Són categories en les quals el llenguatge del participant és substituït pel de l'investigador. Mostren, de manera sintètica, el possible significat dels fragments.

Desenvolupament de les categories essencials a partir de les unitats de sentit	
Unitats de sentit (<i>El què s'ha dit</i>)	Categories essencials (<i>De què parla</i>)
«Los enfermeros, por el nombre, saben que soy musulmana. Saben que hay cosas que no comemos y lo respetan». Akbar 11-16	Respecte a les pràctiques religioses Identificació de la manera de ser anomenat Identificació de valors
«Me sentí protegida y que se interesaban por mí». Adila 7-9	Fragilitat i vulnerabilitat Sentir interès per un

Taula VI

En un segon temps i a través de repetides lectures es valida o refuta la *comprensió ingènua* (1a fase de l'anàlisi), cosa que permet afinar la interpretació.²⁹⁸ La selecció de categories essencials, com va passar en les unitats de sentit, va comportar, en algunes ocasions, discriminar aquelles paraules o frases que presumptament apuntaven cap a significats distints (no essencials), i es van reservar per a posteriors valoracions. Així mateix, algunes categories essencials compartien diversos significats, motiu pel qual que es van incloure en una anàlisi posterior a través de la seva interrelació en la tercera fase: *anàlisi comprensiva o discussió*. A la taula VI pot observar-se un exemple d'aquesta fase.

²⁹⁶ Aquest supòsit dualisme epistemològic (comprendre/explicar), segons Ricoeur no és tal, ja que formen part del mateix procés interpretatiu. La comprensió és més aviat el moment no metodològic que, en les ciències de la interpretació, es combina amb el moment metodològic de l'explicació. Aquesta, alhora, desenvolupa analíticament la comprensió. Vegeu: Ricoeur, 2000, op.cit., p. 149.

²⁹⁷ Ricoeur, 2006, op.cit., p. 37.

²⁹⁸ Delmar, 2006, op.cit., p. 264.

A continuació, es procedeix a endreçar i a reorganitzar les *categories essencials*, per similitud temàtica, en subtemes i aquests, a la vegada en categories més àmplies, anomenades *àrees temàtiques*. Cadascuna d'aquestes consisteix en una abstracció de les característiques de l'essència del fenomen, en òptica fenomenològica. Van Manen²⁹⁹ afegeix que el conglomerat dels temes proporciona una unitat entramada que deixa entreveure el significat de l'experiència viscuda estudiada.

Aquest procés no és pas lineal ni mecànic; requereix anar, en tot moment, des de la totalitat del text a l'expressió identificada i viceversa. Implica, alhora, un moviment circular des de la conjectura inicial fins als significats obtinguts per validar³⁰⁰ la interpretació realitzada en cada fase. Aquest moviment es continua realitzant a través de l'explicació, que conjuntament amb la comprensió configura el procés interpretatiu.³⁰¹⁺³⁰²

D'aquesta manera, *l'anàlisi estructural* permet una interpretació més perfilada a través de l'apropiació, a la qual Ricoeur³⁰³ defineix com una interpretació pròpia que possibilita una millor comprensió, un entendre de manera diferent, fet que identifica com a *autonomia semàntica*. També la denomina *l'apropiació del sentit*, a través de la qual aquest és rescatat del text i l'orienta cap al significat cercat.

Una vegada obtingudes les *àrees temàtiques* es revisa, de nou, els fragments per identificar possibles estructures lliures. S'analitzen amb la finalitat d'obtenir nous significats i de valorar la seva inclusió en l'estructura sorgida. A la taula VII, es mostra un exemple de *l'anàlisi estructural* descrita:

²⁹⁹ Van Manen, *op.cit.*, p.87.

³⁰⁰ Validar, segons Ricoeur, és diferent a indicar que una conclusió és vertadera; la validació no és la verificació, sinó mostrar que una interpretació és més probable a la llum del que es coneix. Vegeu: Ricoeur, 2006, *op.cit.*, p.90.

³⁰¹ *Ídem.*, p.83.

³⁰² Ghasemi, *op.cit.*, p.1625.

³⁰³ Ricoeur, 2006, *op.cit.*, p.55.

Construcció de l'anàlisi estructural			
Unitats de sentit	Categories essencials	Subtemes	Àrees temàtiques
«Los enfermeros, por el nombre, saben que soy musulmana. Saben que hay cosas que no comemos y lo respetan». Akbar 11-16	Respecte a les pràctiques religioses Identificació de la manera de ser anomenat Identificació de valors	Respecte a les creences i valors	Sentir-se respectat
«Me sentí protegida y que se interesaban por mí». Adila7-9	Fragilitat i vulnerabilitat Sentir interès per un	Entorn hospitalari Relació interpersonal	Sentir-se segur

Taula VII

3.10.1.3 Anàlisi comprensiva

Aquesta darrera fase implica una comprensió del fenomen més profunda a partir dels resultats obtinguts i de la seva interrelació. Per aquest motiu es realitza de nou un moviment des de la comprensió inicial, com a conjectura, fins a la interpretació crítica realitzada en l'anàlisi estructural. Aquest moviment dóna llum a una nova comprensió que, ahora, és l'objectiu de la investigació.³⁰⁴ Segons Tan *et al.*,³⁰⁵ el procés de comprensió profunda consisteix en un anar i venir entre l'explicació i la comprensió, és el que Ricoeur denomina *cercle hermenèutic*. Els actes interpretatius que formen part d'aquest procés són contrastats per àrees del coneixement i de l'experiència.³⁰⁶ Per tant, per una banda, intervenen els participants, a través dels seus relats, i el coneixement i l'experiència de l'investigador; i, per altra banda, la literatura que contrasta els resultats. D'aquesta manera, s'estableix la discussió sobre els resultats emergits en les dues fases anteriors i es dóna llum als significats de l'experiència viscuda.

³⁰⁴ Delmar *et al.*, *op.cit.*, p. 264.

³⁰⁵ *Op.cit.* p.11.

³⁰⁶ Lindseth, Norberg, *op.cit.*, p.151

3.11 Aspectes ètics

L'estudi segueix les pautes recollides en el Codi de Bones Pràctiques en Recerca, de la Universitat de Barcelona.³⁰⁷ En aquest sentit, la investigadora manté durant tot el procés el compromís d'honestedat, de responsabilitat, de rigor i d'evitar conflictes arran d'un mal ús de la informació.

S'han obtingut els permisos del Comitè Ètic d'Investigació Clínica³⁰⁸ i de les direccions dels hospitals on es van realitzar les entrevistes als pacients ingressats.³⁰⁹ El compromís que s'assumeix amb aquests permisos es dirigeix cap a la protecció de la dignitat, de l'anonimat, de la confidencialitat i de la privacitat del participant així com a minimitzar els possibles riscos o danys que es poguessin presentar.^{310,311}

Tanmateix, s'ha obtingut el consentiment dels participants. En un primer moment se'ls va informar sobre la identitat de la investigadora i de la universitat a la qual estava vinculada. A continuació, van ser informats sobre l'objectiu de la investigació, així com de les implicacions de la seva participació, amb la finalitat que poguessin decidir lliurement la seva col·laboració. També se'ls va assegurar la confidencialitat i l'anonimat. En aquest sentit, en el text s'utilitzen noms ficticis quan fan referència als participants; també s'ha modificat alguna informació personal que podria identificar el participant. Finalment, van ser informats de la importància d'enregistrar les entrevistes per a la posterior anàlisi, així com de l'ús científic que es donaria als resultats obtinguts.

Tota la informació es va proporcionar de manera verbal i escrita. Quan van accedir a participar, se'ls va lliurar el document de consentiment informat que van signar.³¹²

Els candidats van poder triar l'idioma de lectura dels documents d'informació de la investigació i del consentiment informat, entre el castellà, el francès, l'anglès i l'àrab. Majoritàriament van escollir en castellà, alguns van optar pel francès, l'anglès i cap va triar la versió en àrab.

³⁰⁷ Codi de bones pràctiques en recerca, Universitat de Barcelona, Agència de Polítiques i de Qualitat, Barcelona, 2010, disponible a: <http://www.ub.edu/reerca/Bioetica/doc/Codi_Bones_Practiques_Recerca_UB2010.pdf>.

³⁰⁸ Vegeu annex C.

³⁰⁹ Vegeu annex D.

³¹⁰ Creswell, *op.cit.*, p.141.

³¹¹ Cohen, *op., cit.*, p.42.

³¹² Vegeu annex E.

TERCERA PART:
RESULTATS, DISCUSSIÓ I
CONCLUSIONS

CAPÍTOL 4 - Resultats: l'experiència viscuda de ser cuidat per Infermeria durant una hospitalització

4.1 Presentació

En aquest capítol es presenten els resultats obtinguts en les dues primeres fases de l'anàlisi: *anàlisi ingènua* o *naïve* i *anàlisi estructural*. La tercera fase de l'anàlisi, *anàlisi comprensiva*, a causa de la seva naturalesa, es presenta com a discussió en el capítol següent.

En la primera fase, es descriu una síntesi de la història narrada per cada participant, que contextualitza l'experiència i que evoluciona cap a una conjectura inicial o aproximació holística, que apunta cap a possibles significats que s'aborden en la segona fase. En aquesta, *l'anàlisi estructural*, es presenta la creació dels significats, a partir de les categories essencials. S'organitzen des dels subtemes i des de les dues àrees temàtiques. Les categories esmentades s'il·lustren amb alguns fragments narratius que les sostenen.

4.2 Resultats de la fase ingènua o *naïve*

Els 16 participants descriuen la seva experiència hospitalària destacant diferents aspectes relacionats amb les cures, l'atenció rebuda pels professionals, així com amb l'organització hospitalària. A continuació, es descriu, en primer lloc, un resum d'aquesta experiència a partir del relat dels actors i, posteriorment, l'aproximació holística generada com a conjectura.

- **Alí:** home sirià. En el moment de l'entrevista es troba ingressat des de fa 3 dies pendent d'intervenció quirúrgica per lesió osteomuscular. Expressa que està content i sorprès pel tracte respectuós rebut per les infermeres i metges. Realitza comparacions amb Itàlia, on també va estar hospitalitzat. Explica que durant la seva experiència italiana no van ser tan amables com aquí i que les infermeres no acudien tan ràpides quan trucava al timbre. Destaca el respecte rebut en el tracte i durant el bany enllitat. També emfatitza sobre la importància de rebre cobertura amb analgèsics, de manera diligent, quan té dolor. Parla en una barreja de castellà i italià, amb el suport d'un amic que va traduïnt al castellà. Manifesta que el fet de no parlar bé l'idioma no és cap problema per a ell ja que percep com els professionals s'esforcen i demostren entendre'l com li expressen. Ressalta en el seu discurs, de manera reiterada, que és feliç per el tracte respectuós i per sentir-se acompanyat per un amic, durant l'ingrés.

Aproximació holística: l'experiència viscuda de ser cuidat en un hospital adquireix importància per al pacient d'origen extracomunitari a través del tracte rebut, respectuós i amable, així com de l'atenció diligent quan truca al timbre per a la cobertura del dolor

o les necessitats. El desconeixement de l'idioma dels cuidadors no impedeix que hi hagi una bona atenció si hi ha voluntat de comunicar-se i entendre's. En canvi, és important estar acompanyat, durant un ingrés, per persones del mateix entorn.

- **Claudia:** dona hondurenya que en el moment de l'entrevista es troba ingressada. Durant tres mesos ha estat en sales de medicina de diferents hospitals. Anteriorment no tenia cap experiència en hospitalització. Està en tractament mèdic pendent de trasllat per rebre un trasplantament orgànic. Tot i donar el seu permís i mostrar la seva voluntat de participar en una entrevista, es mostra molt fatigada a causa del seu procés deterioratiu; gairebé no parla i l'entrevista no supera els 20 minuts. El seu discurs gira de manera reiterada al bon tracte rebut. Remarca que la coneixen tots els professionals i se sent tractada molt bé en tots els torns, destaca l'amabilitat i el fet de percebre que els professionals estàn pendents d'ella. Expressa que no té cap queixa.

Aproximació holística: sentir-se ben tractat en tots els torns d'infermeria durant un ingrés, percebre amabilitat, sentir-se reconegut i no invisible pels professionals que tenen cura i atenen proporciona un significat rellevant per als pacients hospitalitzats en situacions de gran vulnerabilitat.

- **Isabelle:** dona marfilenya. Relata la seva experiència d'un ingrés de 8 dies el 2009, en un hospital públic on hi va ser per un estudi d'un dolor abdominal. En el seu relat destaca un episodi en el qual un infermer li va canalitzar, amb dificultat, una via venosa que posteriorment li feia molt mal i que ella percebia que no estava ben col·locada. Segueix explicant que va estar més d'una hora queixant-se del dolor i que la resposta de l'infermer va ser desafortunada, ja que va fer referència a la seva pell negra. Més tard, continua, una altra infermera va reconèixer que no estava ben col·locada i li va canalitzar una segona via. A partir d'aquell moment es va sentir bé. Relata que malgrat l'incident amb l'infermer, el tracte va ser bo i es van sentir ben cuidats (ella i el seu marit). L'únic que va ser problemàtic per a ells va ser l'escassa informació que va rebre sobre el seu procés. Li van realitzar distintes proves i tractaments, però ningú li deia res sobre aquests. Quan va preguntar, inicialment, li van dir que tenia diabetis i més tard un altre professional ho va desmentir. Per tant, diu que van rebre una informació confusa sobre el diagnòstic. Finalment, explica una experiència amb infermeria, durant els torns nocturns, en la qual va distingir diferents maneres d'actuació quan trucava al timbre per necessitat. Així, mentre les infermeres d'un dels torns nocturns atenien de manera ràpida, les de l'altre torn no feien ni cas.

Aproximació holística: sentir-se desatès davant un dolor o necessitat, alhora que percebre missatges referents al color de la pell en clau racista, no contribueix a sentir-se bé durant un ingrés. El tracte té una especial importància a l'hora de sentir-se cuidat. Un altre aspecte rellevant és la informació proporcionada pels professionals sobre el diagnòstic, les proves i els tractaments rebuts; no sempre són compresos pels pacients i quan es produeixen missatges contradictoris són causa de confusió i

desconfiança. Finalment, en l'atenció nocturna rebuda per infermeria, la rapidesa en l'atenció de les necessitats sorgides i expressades és un element diferenciador dels diferents equips professionals i aporta qualitat en les cures.

- **Aicha:** dona marfilenya que relata les seves dues experiències, ambdues en hospitals diferents. La primera en agost de 2007, l'explica amb tristesa i certa resignació. Va ser un ingrés breu en el qual va patir un avortament. Expressa que no li van explicar bé el perquè del dolor abdominal ni la causa per la qual el fetus no estava bé. Afegeix que l'idioma no va ser una barrera, ja que el seu marit parla bé el castellà, però insisteix en que ningú li va explicar el perquè de l'avortament, tot i les seves preguntes. El segon ingrés, el setembre de 2010, va ser a causa d'un part amb cesària. Comenta que les infermeres es van ocupar molt bé de tot, es va sentir molt ben atesa, que no va trobar a faltar res i que no va tenir cap problema ni mancança. «Tot va estar bé», diu referint-se a les actuacions de les infermeres durant l'hospitalització.

Aproximació holística: la manca d'informació sobre un procés de salut que genera dol pot desencadenar una situació confusa i desagradable en els pacients que pot repercutir en la qualitat de la vivència de l'ingrés. No rebre resposta a les preguntes, de manera particular, en situacions d'incertesa o de desconcert pot generar desconfiança i percepció d'atenció incorrecta. El fet de no parlar i comprendre l'idioma majoritari no és necessàriament un problema si hi ha persones de l'entorn del pacient que poden fer-ho i, per tant, comunicar-se amb els professionals malgrat que no sempre aquests ho tenen en compte. Cal distingir entre poder entendre l'idioma i entre comprendre el missatge que es vol transmetre. En àmbits de salut s'utilitzen diferents llenguatges més o menys tècnics que dificulten la comprensió del missatge; si s'hi afegeix el desconeixement dels processos i de les respostes biofisiològiques, addiciona malestar en la vivència. Sentir-se cuidat i atès per les infermeres té relació amb la percepció que elles s'ocupen de tot, així com de la no-identificació de carències ni problemes durant l'hospitalització.

- **Yalda:** dona paquistanesa. Relata la seva experiència afegint informació sobre la seva cultura, ja que ella creu que els professionals de la salut han de tenir coneixements sobre aquesta per poder cuidar millor. Yalda va estar ingressada el 2010 en un hospital públic, on la van intervenir quirúrgicament. Es va sentir cuidada i ben tractada. Les infermeres li demanaven en tot moment si necessitava res, fet que ella valora en gran mesura, ja que es va sentir ben atesa. En el seu relat afegeix que els paquistanesos no acostumen a demanar sobre els processos de salut, ja que confien en els professionals, «ells sabran», diu. Quan truca al timbre per alguna necessitat comenta que cal tenir paciència, que ja vindran quan puguin, no cal insistir. En situacions de cures explica que, entre dones, les distàncies es fan més estretes, així és freqüent que es toquin amb les mans o s'apropin els cossos, al contrari que amb els homes amb els quals s'ha de mantenir distància i no tocar-se. En el seu ingrés no la van atendre infermers ni metges homes. Relata una de les tradicions paquistaneses que, segons

ella, es coneix poc en els hospitals i que es relaciona amb el període post-part, la higiene i l'alimentació. En aquest període, diu que les dones no es renten en 7 dies i s'alimenten a base de sopes i carn nutritiva que els prepara la mare. En el seu cas no va tenir cap problema, ja que va informar les infermeres i li van permetre alimentar-se amb menjar extern a l'hospital. En relació amb la higiene no va poder seguir la tradició per entendre que en un hospital hi ha una raó d'higiene general. Finalment, explica dos incidents que van transcórrer a la seva habitació. El primer d'ells va ocórrer durant una visita mèdica. Explica que en el llit del costat hi havia una altra dona que va parir el mateix dia que ella i que estava acompanyada per la seva parella. En una de les visites els metges van informar-los sobre el progrés, en canvi ella i el seu marit no van rebre informació. Afegeix que no ho van fer perquè ella portava vel. El segon incident va ocórrer en entrar una auxiliar a l'habitació que feia olor de fum. La pacient del costat i el seu acompanyant havien fumats en el lavabo. L'auxiliar, dirigint-se a ells (la participant i el marit) va demanar qui havia fumats. Ell va respondre amb educació que ells no havien estat «les dones no fumem», va afegir Yalda. L'auxiliar va riure amb l'altra parella. Ells es van sentir malament però no van dir res.

Aproximació holística: el coneixement d'aspectes culturals de les persones de qui es té cura contribueix a proporcionar millors cuidatges. Sentir-se cuidat i ben tractat no sols significa percebre que les infermeres es preocupen per un i el seu estat sinó que tenen en compte també els valors, els costums i les tradicions que els pacients tenen en la situació de salut per la qual estan travessant. Rebre informació sobre el procés és rellevant, tot i que hi ha persones que per cultura no perceben la necessitat de demanar, ja que confien en els professionals. La vivència d'un ingrés no és agradable quan s'experimenten diferències en el tracte que els professionals tenen entre els pacients autòctons i els que no ho són. Si s'afegeix la sensació percebuda de discriminació per qüestió religiosa i cultural, el malestar s'incrementa.

- **Muriel:** dona argentina que narra la seva experiència en un hospital públic arran d'una cesària el 2008. Destaca que va rebre un tracte molt cordial, però alhora va percebre que els professionals li marcaven molta distància en el tracte. Sosté que va necessitar contenció afectiva, entenent aquesta com a suport o recolzament humà i afectiu. Infermeres, llevadores i metges es van mostrar molt professionals. Tot el que realitzaven era molt correcte, com seguint protocols «molt estrictes» diu, però en canvi es va sentir sola, abandonada des del punt de vista de relació i humà. Va tenir un part llarg; recorda la percepció de causar molèstia al professional que l'atenia quan ella li demanava alguna cosa. Muriel explica que se sentia inquieta per no saber si li posarien l'anestèsia epidural. Ella demanava i no rebia respostes clares. Recorda que hi havia molta gent que entrava i sortia del paritori; ella entén que era a causa de ser aquell, un hospital universitari, tot i així, en aquell moment la va incomodar.

Aproximació holística: cuidar i atendre els pacients no sols significa realitzar les tècniques i els procediments de manera adient, sinó comunicar-se efectivament a

través del llenguatge verbal i del no verbal, en un clima d'afecte humà. Es percep una clara diferenciació en el tracte professional segons protocols, és a dir, es fa el que s'ha de fer, i el tracte humà, que inclou l'atenció afectiva i humana, del qual ella es va sentir carent. En moments crucials en la vida d'una dona, com pot ser un part, les carències s'intensifiquen amb afectació de la qualitat de la vivència.

- **Clara:** dona colombiana que explica la seva vivència a partir de tres ingressos, un el 2006 i dos, el 2010, ambdós en hospitals públics. El primer va ser a causa d'un part i el segon per fer un estudi d'un problema neurològic. Un dels aspectes que, segons ella, li ha marcat en els tres ingressos és la manca de proximitat. Relata que quan un es troba hospitalitzat és «com que està molt sensible» i «necessita *carinyo*», un somriure, «que siguin suaus», que «t'expliquin tot poc a poc, amb sensibilitat». Quan un es troba ingressat, continua, «està com amb les defenses molt baixes» i anímicament es va trobar espantada, sola i molt sensible a tot l'entorn. Explica que va tenir moltes infermeres estupendes i amoroses, al contrari d'altres. El que va resultar impactant, per a ella, va ser l'experiència de l'alta hospitalària del primer ingrés. La informació rebuda per part de la infermera sobretot el que havia de fer a casa, el com tenir cura del nen i d'ella, i de com actuar en cas de problemes va ser molt ràpida. No va ser una informació programada i es va realitzar en el mateix moment en què marxaven de l'hospital. Clara afegeix que deixaven el nen en la incubadora i ella estava sobrepassada i «una mica més sensible que en situacions normals». Aquest fet, diu ella, la infermera no el va tenir en compte. Un altre aspecte que la va impactar durant el primer ingrés va ser la manera com es donava la informació, bé abans d'administrar una medicació o per un altre motiu. Clara va percebre un to poc seriós i infantil, «com si estiguéssim tots feliços esperant una atracció». Un altre record que la va fer sentir incòmoda és la visita mèdica. Relata com arribava de sobte tot el personal mèdic a veure-la en fila i l'envoltaven al costat del seu llit. «Era un munt de gent que mai has vist en la vida que et miraven amb aquella mirada», era com si «jo fos l'objecte d'estudi». Parlaven i opinaven tots, «et miren però no t'estan mirant» i ella no sabia a qui mirar. Si preguntava rebia respostes evasives, no clares. El seu relat gira entorn al seu estat psicològic derivat de tenir a un fill a la incubadora. Diu trobar-se nerviosa i sola. En una ocasió es va sentir desinformada i desconfiada en sospitar sobre el resultat d'una anàlisi que no arribava. A més, no sempre podia estar acompanyada pel seu marit ja que ell havia d'anar a treballar. Quan coincidia que li donaven una notícia dolenta i estava sola se sentia desamparada «no saps si preguntar, si plorar...». El llenguatge utilitzat pels professionals és un altre dels aspectes que recorda. Sovint era tècnic, no entenia bé la magnitud de la notícia i l'ús de determinades frases augmentava la seva angoixa «ui! Aixó és gravíssim!». En els tres ingressos refereix poca sensibilitat en el tracte, distància física i emocional, aspectes importants quan una persona està sola «en un país que no coneixes». Remarca sentir-se molt sola i espantada. Les infermeres donaven respostes amb frases fetes: «¿Estàs trista? No et preocupis, i ja està». Clara va trobar a faltar una comunicació més afectiva i més

humana, sentir que tenien interès per una. Fent referència a l'hospitalització en general relata la manca de privacitat quan les habitacions són compartides, de manera especial quan havia de parlar per telèfon amb la seva família colombiana i no podia aixecar-se del llit. En el cas de poder fer-ho, sortir de l'habitació ho vivia malament, ja que semblava que tenia secrets que no volgués compartir amb la companya. Un incident que recorda en els darrers ingressos és un de relacionat amb el torn de nit. Refereix poc respecte al son, donant prioritat a l'acte de prendre la pressió o de fer una extracció sanguínia. Les infermeres demostraven poc respecte en el com entraven en l'habitació, ho feien en brusquedat i obrint el llum, no importava que fos de matinada. L'experiència de l'hospitalització va ser desesperant i alhora avorrida per a Clara. Quan va estar 30 dies en un dels ingressos, va percebre estar en un espai reduït i poc adaptat a tant temps. Es va sentir incomunicada i va trobar a faltar algunes pertinences personals que tenia a casa. Les nits, per a ella, significaven pensar i pensar: en la seva família, en la seva terra, en els seus costums, en el perquè i en el què estava fent ella allí, lluny del seu país i dels seus: «tens tant temps per pensar allí estirada...fins i tot t'imagines coses que no són, segurament...». Un altre aspecte que recorda és el fet de com anaven vestits alguns professionals que la van atendre: «amb pantaló curt i xanquetes». Ho va viure com a desagradable i poc professional. Quant al seu origen, pensa que no va influenciar en la seva experiència hospitalària, tot i que sí en la seva companya d'habitació que era congoleesa. El tracte que va rebre va ser poc respectuós: la infermera i la metgessa, relata, li parlaven sense tenir en compte que ella no entenia l'idioma. Després la seva companya li demanava sobre què li deien. Clara pensa que el color de la pell o el seu origen podria ser la causa d'aquest fet.

Aproximació holística: l'hospitalització, quan es relaciona amb l'impacte emocional de tenir un recent nascut malalt i ingressat, confereix certa fragilitat emocional que pot produir una major necessitat d'afecte. Diferents factors com el procés de salut o causa de l'ingrés, el sentir-se en un àmbit estrany, la llunyania dels parents, les incerteses i les pors, entre d'altres, poden intensificar aquest estat i, per tant, la necessitat. La cura proporcionada per les infermeres té un component afectiu que complementa el més tecnològic i instrumental. Té en compte la vivència del pacient davant una situació particular de salut o de l'ingrés. La major preocupació del pacient no sempre està relacionada amb la causa de l'ingrés i sense una comunicació efectiva, el professional la desconeix. La comunicació verbal i no verbal de les infermeres i auxiliars és un component fonamental en l'hospitalització, a través del qual el pacient percep l'objecte d'interès dels seus cuidadors: des dels aspectes purament biològics fins a aquells més humans. Evitar l'ús de tecnicismes en el llenguatge, així com de frases fetes despersonalitzadores, és un pas més cap a la comunicació efectiva. El tracte infantilitzat es pot percebre com un acte despersonalitzat, desvalorador i, per tant, com una manca de respecte; la persona se sent tractada més com un objecte que com un subjecte. En el torn nocturn és important respectar el son dels pacients, de manera particular si s'han de realitzar tècniques o en entrar a l'habitació. Els ingressos llargs

poden causar incomoditat a causa de la restricció d'espai i d'estrès personals. En aquest sentit, s'intensifica la percepció de trobar-se en un lloc estrany. Les nits es fan llargues, perquè indueixen a pensaments no sempre còmodes sobre diferents aspectes personal o vivencials. Un aspecte a subratllar és la percepció que pot tenir el pacient a partir de la indumentària del professional que l'atén. El vestit o l'uniforme és una demostració de respecte i d'adequació al rol professional expert. S'identifica tracte discriminatori cap a la seva companya d'habitació per motius racials.

- **Akbar:** dona paquistanesa ingressada el 2011 en un hospital públic per rebre un tractament quirúrgic. Relata la seva vivència com a molt dolenta a causa del dolor i de la percepció de viure a prop de la mort, fet que li produïa incertesa sobre el futur de la seva filla petita. Aquest fet, al principi, va ser molt important per a ella, ja que el marit no vivia amb elles. Més tard, va ser una amiga qui va tenir cura de la nena i, per tant, durant l'hospitalització es va sentir millor. Recorda com els infermers venien per ajudar-la, bé a vestir-se bé en el menjar. Subratlla la seva simpatia i l'amabilitat. Per a ella l'humor en el tracte és un valor molt important, ja que reconeix que ella també el té: «Yo soy así, un poquito aunque sea estoy muriendo y ya te digo, que siempre estoy riendo, siempre». Així ella bromejava amb els infermers i se sentia reconeguda. De manera particular, parla d'un infermer amb qui tenia una relació en aquest sentit. Un aspecte que Akbar valora també de manera positiva és el tracte. Ella es va sentir tractada de manera acurada i amb tacte, especialment en el moment de les higiènes, en què van tenir cura de tapar-li el cos a mesura que li anaven netejant les diferents parts. La seva experiència amb les infermeres del torn nocturn no sempre va ser agradable. Explica dos incidents que van ocórrer. El primer, amb una infermera que no la va voler ajudar en la higiene a diferència del que feien en els torns diürns. Recent operada no podia llevar-se del llit. Relata que no es va enfrontar amb ella tot i que li va comentar que en els altres torns rebia ajuda. La infermera, continua Akbar, era molt antipàtica i va sortir de l'habitació sense dir-li res. El segon incident va passar amb una netejadora. Quan encara estava enllitada i no podia encara subjectar un got de llet, aquest li va caure i va demanar a la senyora si per favor ho podia netejar. Explica que la netejadora va insultar-la. Ella va callar malgrat que es va sentir atacada. En relació amb el tipus i qualitat del menjar recorda que no va haver de demanar res especial. Li van portar peix i arròs, sense carn. Les infermeres, diu ella, sabien que era musulmana i es va sentir respectada en aquest sentit. La seva preocupació era recuperar-se el més aviat possible per estar amb la seva filla.

Aproximació holística: l'hospitalització urgent pot causar incertesa i alteracions familiars importants en produir-se sense planificació prèvia, fet que s'intensifica quan no hi ha suport familiar. Sentir-se ajudat en les necessitats bàsiques reconforta. És important també el tracte amb els cuidadors; la simpatia, l'amabilitat i el reconeixement. Un tracte desde la igualtat com a éssers humans. Els pacients agraeixen el tacte humà en les cures, de manera particular en situacions on la intimitat es protegeix, i en les

tradicions culturals. Les incoherències en els procediments i en el tipus d'ajuda proporcionats en els diferents torns produeixen malestar i desconfiança.

- **Diogo:** home brasiler que relata el seu ingrés el 2006 en un hospital públic per tractament d'una lesió traumàtica. En el seu relat destaca sentir-se espantat a causa de la informació deficitària i contradictòria que va rebre. Les seves preocupacions inicials varen ser, per una banda, la incertesa sobre si l'intervindrien o no i, en cas positiu, sobre el tipus d'intervenció; i, per una altra banda, sobre la idoneïtat de la intervenció. La poca informació rebuda li va generar desconfiança en el sistema ja que pensava que potser la decisió de realitzar la intervenció estava relacionada amb algun tipus de benefici per a l'hospital de la companyia d'assegurances. En el moment de l'ingrés no va comunicar les seves preocupacions als professionals que el van atendre ni a ningú del seu entorn. Diogo es va percebre incomunicat a causa de no disposar, en aquells moments, de diners ni de crèdit en el seu mòbil. Aquest motiu li va generar molta angoixa. Posteriorment, va rebre visites, fet que va viure de manera positiva en sentir-se acompanyat. De les infermeres destaca que eren simpàtiques i educades. Recorda que quan li administraven medicació i li explicaven els efectes que sentiria després, li produïa tranquil·litat i seguretat. Durant l'hospitalització relata un incident en la seva habitació que li va molestar. Es va produir en una conversa entre el company d'habitació, «un senyor català» diu, i la seva senyora. Ella li comentava al marit la presència de negres i gitanos a l'hospital. Malgrat aquest incident, Diogo explica que amb ell la gent es comunicava i parlava de manera normal sense percebre cap tipus de prejudici. També relata que el fet d'estar ingressat li va generar una sensació de soledat, de mancança. Es va sentir fràgil en aquella situació, «a merced de la suerte», com diu ell, i estar lluny de casa. Diogo creia que a l'hospital estava en risc d'algun perill, com podia ser una infecció. Explica que, en general, el tracte rebut durant l'ingrés va ser molt professional, entenent per professional, molt educat i respectuós, com un tracte humà cap a les persones fràgils. El moment de l'alta recorda que va ser correcte. Li varen donar un informe i li van explicar bé tot el relacionat amb la cura de la ferida i la pròxima visita ambulatoria. Finalment, Diogo explica que, en general, l'experiència va ser positiva excepte en el moment de l'ingrés en què va fallar la comunicació i la sensibilitat cap a una persona en una situació difícil.

Aproximació holística: la congruència i la qualitat de la informació és fonamental per a la seguretat dels pacients. Una informació i una comunicació deficitària o errònia pot incidir directament en la vivència del pacient, que pot percebre angoixa, desconfiança i inseguretat. Les visites de parents o amics reconforta. De les infermeres es valora la simpatia i l'educació en el tracte. També la informació sobre la medicació que administren. L'ingrés pot aportar percepció de soledat, aïllament i carència, sorgeix la sensació de fragilitat i s'enyora la llar i els parents. En aquest sentit es valora, en els professionals, el tracte proper, l'educació, el respecte i la sensibilitat cap al pacient que viu una situació difícil.

- **Nora:** dona peruana que relata el seu ingrés el 2005 en una clínica privada per ser intervinguda quirúrgicament. En el moment en què ingressa, destaca que la van venir a veure tots els professionals: el metge, la infermera i l'auxiliar. Tots es van presentar. Va rebre informació sobre l'horari del sopar i sobre la possibilitat que algú es quedés amb ella a dormir. Gairebé sempre estava acompanyada, excepte quan el seu marit anava a treballar. En aquells moments se sentia sola i va recórrer a una amiga. En els moments en què estava sola sentia enyorament de la família i del seu entorn; «te'n recordes de tot», diu. La Nora explica que es va sentir alleugerida quan li van donar permís per tenir dos acompanyants en el sofà llit. Tot i que ella mateixa es preguntava per què si no calia, va preferir no estar sola. Les infermeres i les auxiliars varen ser amables amb ella excepte l'auxiliar de la nit del seu postoperatori. Recorda que el seu acompanyant havia sortit a sopar i va sentir necessitat d'orinar. Va demanar ajuda per anar al bany i l'auxiliar li va negar dient que havia d'orinar a l'orinal pla, ja que no es podia aixecar per risc de mareig. La Nora va intentar fer-ho i no va poder per tant va decidir alçar-se després d'una discussió amb ella. Relata que es va sentir mal atesa i poc compresa. Tot i així, en aixecar-se l'auxiliar la va agafar del braç i la va acompanyar fins al bany, on es va quedar més tranquil·la. Aquest incident apareix de manera reiterada en el seu discurs: «sempre...mai oblidaré» diu. El tracte que va rebre d'aquesta auxiliar l'explica com a molt distant. Va notar rebug en la seva manera de mirar i ho va viure com una experiència dolenta. Al matí li van oferir ajuda per aixecar-se i anar a la dutxa, però la va acompanyar la seva amiga. Nora explica també que a la sala d'hospitalització hi havia monges. La visitaven dues vegades al dia i sense demanar-li si volia, venien i li llegien uns llibrets sobre «Déu i aquestes coses». En cap moment li van molestar aquestes visites ni que no li preguntessin si volia o no. Nora explica que en aquells moments se sentia transcendent, li venien records i que en haver rebut educació religiosa li agradava que li llegissin aquells textos perquè li proporcionava tranquil·litat, se sentia bé i li «axecava una mica l'ànim». Aquelles monges li oferien anar al servei religiós del centre, però ella no hi va anar per tenir limitació funcional. Un altre aspecte que recorda del seu ingrés és quan li portaven la medicació «en un vaset». La informaven sobre quina era la pastilla del dolor, li posaven aigua i li deixaven a prop perquè pogués ella prendre-se-les. La medicació li arribava puntualment i sempre li proporcionaven els analgèsics que necessitava. Les infermeres li demanaven si tenia fred, si volia una manta o si sols preferia una vànova. La Nora apreciava quan li deien que truqués al timbre si necessitava alguna cosa o si tenia dolor. Refereix que en el nostre país, a diferència del seu, les infermeres tenen pocs pacients assignats. Allà, comenta, les infermeres tenen pacients en diferents plantes i han de pujar i baixar per poder atendre'ls. Una altra diferència és que per aquest motiu allà l'auxiliar administra injectables, fet que aquí és competència de la infermera i té les funcions més limitades. Nora també explica que durant l'ingrés es va sentir molt bé, remarcant l'ambient, la higiene i la desinfecció de l'entorn, «tot» diu comparant-ho amb els hospitals del seu país. Aquí es va sentir segura. També li va

produir seguretat el fet de percebre que el metge estava pendent d'ella a través de la infermera. En general, diu, l'atenció rebuda, excepte de l'auxiliar de la primera nit, va ser «estupenda». L'equip d'infermeria va ser molt agradable.

Aproximació holística: en el moment de l'ingrés es valora que els professionals es presentin i informin sobre aspectes generals de l'estada a l'hospital: els horaris o la possibilitat d'estar acompanyats durant la nit. Quan s'està sol poden sorgir pensaments i sentiment d'enyorament, fet que facilita també un estat de transcendència. L'assistència religiosa pot resultar confortable en certs casos. La cura és un acte relacional, més enllà de la satisfacció de les necessitats bàsiques. Sentir-se cuidat inclou sentir-se acollit per les infermeres, informat sobre el tractament administrat, rebre ajuda quan se sol·licita, percebre que els professionals estan pendents i disponibles. La higiene de l'entorn i del material produeixen seguretat i percepció de benestar. Es valora també quan la infermera atén un nombre de pacients que li permeti donar qualitat en la seva assistència.

- **Barid:** home marroquí. L'entrevista es realitza durant l'hospitalització, on va ingressar fa 28 dies i en aquell moment es troba convallescent d'una intervenció quirúrgica d'una lesió osteomuscular. Aquest ingrés és la primera experiència en un hospital, explica que al principi es va desanimar, ja que sempre havia estat en actiu. Alguna vegada havia anat a l'atur, però deseguida havia trobat feina. En lesionar-se i haver de necessitar diferents intervencions va viure incertesa sobre la possibilitat de tornar a caminar o a córrer com abans. L'ingrés li va suposar reflexionar sobre la vida que portava fins aquell moment, el que feia i on estava, i el desig de tornar-hi en un futur. Explica que es va sentir ben acollit i tractat per tots els professionals, que se sent com a casa en relació amb el tracte i el menjar. Durant l'estada s'ha sentit ajudat per les infermeres, que l'animen quan no ha pogut aixecar-se del llit, ni anar al lavabo. Al principi li va costar, ja que li agradava fer les coses per si mateix, però en adonar-se'n que no podia, es deixava ajudar per les infermeres, pensant que era normal en un hospital. Barid remarca l'ajuda que va rebre d'infermeria i l'interès que percebia per ell, com se sentia cuidat. Explica que tracten igual a tots els pacients, sense distinció per cultura. En aquest sentit, refereix que tot i les informacions que els mitjans donen sobre les queixes als immigrants, la seva experiència li ha permès descobrir que tothom rep el mateix tracte. També comenta que li molesta quan davant un avís de dolor a través del timbre hi ha demora en la resposta. No sempre és així, però davant d'una situació percebuda com a urgent, es viu malament l'espera d'un analgèsic. Finalment, explica la importància que té per a ell rebre visites, de manera particular al principi de l'ingrés que és quan ell se sentia aclaparat per la nova situació. Les visites de familiars li permetien diluir el malestar inicial.

Aproximació holística: l'experiència viscuda de ser cuidat en un hospital adquireix importància per al pacient d'origen extracomunitari a través de l'acollida i del tracte rebut per infermeria. Quan l'hospitalització es produeix de manera no programada, hi

ha un canvi brusc en la dinàmica quotidiana personal i laboral, alhora que es pot veure compromesa l'autonomia personal, fet que, sentir-se ben tractat i ben cuidat, percebre que les infermeres s'interessen per un i proporcionen l'ajuda necessària quan es necessita fa de l'experiència una vivència positiva. Tenir confiança en les infermeres i en el seu bon fer permet admetre ajuda en aquelles necessitats que habitualment un satisfà, com la higiene o el bany, més enllà dels prejudicis. Quan no hi ha diferències percebudes en el bon tracte, per qüestions culturals, aquesta vivència positiva es reforça. També sentir-se cuidat inclou rebre resposta ràpida quan es demana ajuda a través del timbre i analgèsia en cas de dolor. Finalment, sentir-se cuidat implica la possibilitat d'estar acompanyat per persones de referència durant l'ingrés.

- **Raúl:** home peruà. L'entrevista es realitza en l'habitació de l'hospital, en el 21è dia d'ingrés; es troba en el postoperatori d'una lesió osteomuscular. En el seu discurs destaca el canvi que es produeix en la vida personal quan es té un accident i, en conseqüència, un ingrés i una intervenció no planificada. En aquesta situació, sentir-se cuidat significa rebre un tracte respectuós i humà. Raúl diferencia l'actuació professional de la humana; la primera l'entén des de fer el correcte i la segona l'associa a l'actitud del professional en la interacció amb el pacient. La vivència del pacient és més agradable quan es combina el procediment amb una actitud responsable i sensible. Sentir-se cuidat és sentir-se reconegut, escoltat i rebre ajuda quan es necessita; per exemple, en el cas d'analgèsics davant un dolor. Les infermeres, segons Raúl, fan a vegades d'intermediàries entre el pacient i el metge al qui demanen un tractament ajustat a les necessitats del pacient. Rebre ajuda de les infermeres és important en situacions de pèrdua d'autonomia. Tenir una persona de referència o familiar pot ser valuós per preservar la intimitat en un bany assistit. En el cas d'ingressos viscuts com a llargs, sentir-se cuidat significa reconèixer la necessitat de distreure's i de facilitar els recursos per fer-ho. Finalment Raúl valora com a molt important el fet de disposar, a l'habitació, d'un sofà llit perquè qualsevol visita pugui quedar-se.

Aproximació holística: un ingrés sense programar derivat d'un accident o d'un problema sobtat pot produir confusió i incertesa. Sentir-se cuidat significa, d'una banda, sentir-se reconegut, escoltat, percebre un tracte afectuós, sensible i responsable que acompanya els diferents procediments i tècniques. També implica sentir-se ajudat quan hi ha pèrdua d'autonomia funcional. Sentir-se cuidat és, també, percebre que la infermera es preocupa pel pacient i fa d'enllaç entre aquest i el metge per aconseguir un benefici per a ell. D'altra banda, és significatiu per al pacient que se li reconegui la necessitat de distreure's i d'estar acompanyat per persones de referència.

- **Estela:** dona dominicana que relata les seves experiències en 3 ingressos a hospitals diferents, dos de públics i un de privat. La primera, el 2010, va estar-hi 7 dies per una amenaça d'avortament. En aquest ingrés destaca el mal tracte que va rebre. El risc de perdre dos nens va fer que els missatges incoherents que va rebre d'alguns

professionals i la situació viscuda com a confusa per la poca informació, així com alguns comportaments que ella detectava, com a infermera, com a poc professionals per manca d'empatia i educació, va intensificar la vivència malèvola. El poder tenir al seu marit durant la nit li donava seguretat. Ella se sentia cuidada per ell. Les infermeres, relata, no ho acceptaven prou bé, ja que ell és metge i estava pendent de tot. Estela relata que potser va caure malament a les infermeres i sovint s'hi afrontava. Com a infermera era crítica amb l'actuació dels professionals. Ella explica que necessitava afecte per la seva situació de dol i que no la van comprendre. De fet, es va sentir discriminada en alguna ocasió per ser estrangera. També, recorda que quan trucava al timbre no rebia resposta ràpida, segons ella, no hi anaven. Després del raspat, continua, li van donar una habitació, on com a companya hi havia una senyora «amb una gran panxa», fet que li va provocar un gran impacte emocional. Ho va viure com una manca de tacte.

El segon ingrés, quatre o cinc mesos més tard, viu una experiència de 15 dies que descriu com a molt desagradable, ja que tot i que ingressa a psiquiatria pel tractament d'un estat depressiu, requereix cirurgia per un dolor abdominal insuportable que és qualificat inicialment com a no real. Ella, com a infermera viu malament quan li diuen que somatitza. Quan la valora l'equip de cirurgia i troben una possible causa a aquell dolor, ella es tranquil·litza. A partir d'aquell moment el tracte millora. Tot i així, en aquesta unitat el tracte el considera millor que en l'hospital anterior. En els dos primers ingressos no es va sentir cuidada. Aquí diu que potser les cures tenien un enfocament diferent.

El tercer ingrés va ser en un hospital privat per realitzar una intervenció d'estètica, l'any següent. Van ser 3 dies. D'aquest centre destaca el bon tracte, que segons ella era perquè pagava. Un tracte que, a diferència de les dues experiències anteriors, la va sorprendre molt. Explica que va rebre informació de tots els procediments i que sempre va estar acompanyada d'una infermera.

Aproximació holística: l'experiència viscuda de ser cuidat en un hospital adquireix importància a través del tracte rebut, de l'empatia i de la comprensió del pacient atenent la situació vital per la qual travessa. En algunes situacions, com un risc obstètric, la dona viu una situació d'amenaça que provoca necessitat afectiva i informativa important. La comunicació és una font de malentesos i confusió quan no és efectiva i la dona pot sospitar situacions no reals. Sentir-se ben cuidat significa també un tracte respectuós i educat, tenir la percepció d'interès per part dels professionals, sentir que els professionals creuen el que es manifesta, rebre resposta quan es necessita ajuda. Sentir-se ben cuidat dins l'hospital pot tenir a veure amb rebre cures de les persones referents i, per tant, es valora poder estar acompanyat d'elles; amb percebre de les infermeres el tacte adient en situacions delicades com un dol davant un avortament, finalment es valora en els professionals una actitud autèntica: Estela valora el tracte rebut en el centre privat com a condicionat per la condició privada.

- **Hazim:** home marroquí que relata la seva experiència en hospitals públics durant 4 dies el 2000 i 2 dies, el 2011. El primer cas va ser degut a una intervenció quirúrgica d'una lesió osteomuscular i, el segon cas, per un estudi. El primer ingrés el recorda principalment per la vivència del dolor poc controlat, i per la manca d'acompanyament i la distància afectiva amb els professionals que l'atenien i el cuidaven. El recorda com una mala experiència, on remarca diferents mancances com: la informació rebuda o l'afecte. La seva vivència, en relació amb els professionals, la descriu com a llunyana, ja que ells desenvolupaven sols un rol tècnic o instrumental. El segon ingrés el relata de manera molt diferent. Va sentir-se informat, reconegut i es va sentir també ben tractat.

Aproximació holística: la vivència d'estar ingressat en un hospital adquireix significat a partir del tracte i de la informació rebuts, de l'atenció a les necessitats sorgides, de la percepció d'acompanyament i de la qualitat de la relació, càlida i propera, amb els professionals.

- **Jamileh:** dona paquistanesa que narra la seva experiència de 10 dies d'ingressos en diferents hospitals entre 2007 i 2011. Les hospitalitzacions van ser degudes a diferents raons obstètriques i de cirurgia general. En els diferents ingressos remarca principalment el sentiment de soledat, l'ajuda i el tracte rebuts per part dels professionals, a vegades correcte i a vegades discriminatori, i la importància de la família i del suport dels pròxims. També relata la seva experiència en relació amb el menjar. Si bé en els hospitals se serveix un menú per a musulmans, no sempre és variat ni adaptat a les diferents possibilitats, la qual cosa el fa ser monòton i avorrit. Aquest és un dels aspectes que proporcionen al pacient una percepció de desconeixement, per part dels professionals, de la cultura i de les tradicions que segueixen.

Aproximació holística: el tracte és molt important per crear la relació entre els professionals i els malalts ingressats. Quan el pacient és recent arribat, desconeix l'idioma, la dinàmica hospitalària i els costums occidentals, es produeixen confusions i malentesos. Sovint les dones es queden soles perquè el marit treballa; no sempre tenen parents ni amics que les acompanyin per ajudar-les durant l'ingrés. En el cas de les dones puèrperes, poden no entendre les directrius d'alletament del nou-nat en les primeres hores i el plor de l'infant, si no hi ha cap explicació clara per a elles pot crear angoixa i malestar. Sentir-se cuidat és sentir que el professional està pendent d'un i de tot el procés, és rebre informació de manera entenedora, i també poder aprendre i participar en les cures. Sentir-se ben tractat significa que les infermeres són bones, amoroses i amables, i que el tracte és familiar. És rellevant sentir-se ajudat, rebre resposta quan es demana a través del timbre. Quan les infermeres i les auxiliars fan partícips de les cures les dones, i tenen un tracte igualitari, les dones se senten reconegudes i alhora implicades en el procés. El diàleg intercultural pot contribuir a

millorar el desenvolupament de les cures i, en conseqüència, a millorar la vivència de l'ingrés.

- **Elena:** dona argentina que relata la seva vivència durant un ingrés el 2011 en un hospital públic, per un estudi de molèsties abdominals durant el primer període del seu embaràs. Aquest fet li va propiciar estar molt espantada durant tot l'ingrés. Li van fer moltes proves i la van deixar en dejú durant 48 hores. No li van donar cap diagnòstic, fet que li va generar un sentiment d'incertesa i d'angoixa que la va portar a demanar l'alta voluntària sense haver rebut cap tipus d'informació sobre el seu procés. El relat d'Elena gira entorn a la seva angoixa i a la incertesa produïdes a partir de la manca d'informació i a la por d'afectació al seu fetus, especialment a causa del dejuni al qual va ser obligada a seguir. Malgrat les seves queixes i preguntes continuades, «ningú em va dir mai res».

Elena explica que les infermeres no li van fer cap valoració ni entrevista en ingressar. Li van prendre la pressió, li van posar el termòmetre, un catèter i un sèrum. «Ja està» diu. En relació amb l'atenció rebuda per infermeria, refereix que no pot generalitzar, ja que troba diferències entre el torn de matí i el de nit. En el primer, comenta que l'atenció és correcta, en canvi a la nit va percebre rebug i indiferència. Elena explica que la seva companya d'habitació va tenir la mateixa sensació. Relata també que malgrat que hi havia gent «molt maja» que atenia molt bé a nivell tècnic, com canviar un sèrum o prendre la pressió, el tracte era poc personalitzat; es va sentir desprotegida i desinformada. Tenia la percepció que els professionals seguien «instruccions», és a dir, que treballaven amb correcció; tot i així, el tracte era poc proper, fet que li va crear un sentiment de pèrdua de seguretat i de confiança, era el que li transmetien les infermeres. A les preguntes que els feia aquestes no va percebre implicació en el seu procés: «s'ha d'esperar a que vingui el metge». Elena no va distingir entre infermeres i auxiliars. No anaven identificades ni tampoc es van presentar. En relació amb els metges, l'atenció no va ser bona, de manera concreta pel que fa a l'orientació diagnòstica. Explica que tampoc els tenia confiança. Es va sentir desinformada durant tot el procés. A les seves preguntes rebia respostes breus que no donaven resposta a les seves inquietuds. Les infermeres tampoc van fer res per ajudar-la en aquest sentit. Així, no va tenir resposta sobre la previsió dels dies d'ingrés, de pautes a seguir o a evitar. En relació amb les proves exploratòries tampoc es va sentir informada, ni del perquè li feien, per exemple, una radiografia, una extracció, o de quan arribaven els resultats, si podia menjar i el perquè del dejuni. No va rebre respostes als seus dubtes. En relació amb la medicació, explica que li van administrar un sèrum i un analgèsic «molt suau». Va tenir la percepció d'abandó: «aquí et quedes a que se't passi el dolor». Explica que es va sentir «acojonada» per si perdia el seu fill. En general, va percebre poca sensibilitat en els professionals que la van atendre. Aquest fet li sorprèn ja que no entén com carreres humanístiques, diu ella, com infermeria i medicina, sols va percebre distància i poca implicació humana durant el seu procés. Finalment, ella i

el seu marit van decidir signar l'alta voluntària. En aquell moment li varen donar un diagnòstic equivocat ja que van confondre la seva història clínica. Aquesta experiència, per a ella, va ser desconcertant. Elena està convençuda que en un hospital privat tot hagués estat diferent perquè allà no passa. Creu fermament que tots els fets eren generats per una carència del sistema públic.

Aproximació holística: la manca d'informació en un procés fonamental com la gestació genera angoixa i desorientació. Pràctiques mèdiques com el dejuni són poc compreses en una embarassada si no s'acompanya d'una informació completa, sobre això. Les infermeres no identifiquen el problema i, per tant no donen suport psicològic, sols es limiten a intervencions instrumentals. Se sent amenaçada, cosa que la porta a demanar l'alta hospitalària. La pacient valora les professions sanitàries com a humanistes a partir de les carències afectives en el tracte i en la comunicació, fet que supera les seves expectatives. Ser cuidat per infermeria durant un ingrés requereix una atenció personalitzada més enllà de la realització de tècniques i procediments. Significa sentir-se segur i informat a través d'un tracte proper. Poder identificar les infermeres i les auxiliars en relació amb el nom i la seva funció en són un exemple. Quan el pacient està vivint una vivència complexa, té preocupacions o inquietuds relacionades amb el procés diagnòstic. Si les infermeres no ho identifiquen, els pacients perceben poca implicació en les cures alhora que una funció professional esbiaxada. De la mateixa manera, si la infermera no identifica la necessitat d'estar informat del pacient, es comunica de manera ineficaç amb l'ús de frases fetes i no demostra sensibilitat cap al pacient, la funció infermera queda desdibuixada i la qualitat de la vivència de la cura perd tot el sentit.

4.3 Resultats de l'anàlisi estructural

Les categories essencials sorgides a partir de l'anàlisi de les unitats de sentit, han estat: pràctiques religioses; tradicions, intimitat, tracte, reconeixement, comunicació interpersonal, idioma, informació, comunicació, sentir-se ajudat, fragilitat i vulnerabilitat, professionals i acompanyants.

Posteriorment, les categories essencials es van agrupar, segons temàtiques similars i de manera sintètica van obtenir-se els subtemes següents: respecte a creences i valors, respecte en la relació interpersonal, procediments i processos hospitalaris, procés de salut i entorn hospitalari.

Finalment, a partir d'aquests subtemes, van emergir dos grans temes o àrees temàtiques que donen llum a l'essència de l'experiència viscuda de ser cuidat per infermeria durant un ingrés en un hospital català, des de la perspectiva del pacient immigrant extracomunitari:

1. Sentir-se respectat
2. Sentir-se segur

En la taula VIII pot observar-se el resultat de l'anàlisi estructural.

Resultat de l'anàlisi estructural		
Categories essencials	Subtemes	Àrees temàtiques
Pràctiques religioses	Respecte a creences i valors Respecte en la relació interpersonal	Sentir-se respectat
Tradicions		
Intimitat		
Tracte		
Reconeixement		
Comunicació interpersonal		
Idioma		
Informació	Procediments i processos hospitalaris Procés de salut Entorn hospitalari	Sentir-se segur
Comunicació		
Sentir-se ajudat		
Fragilitat i vulnerabilitat		
Professionals		
Acompanyants		

Taula VIII

A continuació, es descriu l'experiència viscuda que permet albirar els significats de la vivència a partir de les estructures de significat obtingudes.

Els fragments narratius que il·lustren els resultats s'acompanyen del pseudònim del participant i del codi que identifica l'extracte dins de la transcripció de la seva entrevista.

4.3.1. Sentir-se respectat

En el procés interpretatiu del text, un dels dos temes experimentats per una gran part de participants va ser el significat de *sentir-se respectat* en relació amb les seves creences i valors així com en les relacions interpersonals. A continuació, es presenten els textos més significatius que donen llum al primer significat (creences i valors). Aquest es troba configurat a partir de les categories essencials: *pràctiques religioses, tradicions i intimitat*.

- **Pràctiques religioses:** es percep present durant l'ingrés com ho testimonien diferents participants. Akbar ho expressa de manera explícita:

«Ellos saben que soy musulmana porque por los nombres saben que somos musulmanes y no comemos esto y lo respetan» (Akbar11-16)

En aquest sentit, Nora també ho fa palès quan explica que li oferien assistència religiosa:

«Y también iban unas monjitas ¿sabe? Iban ellas a visitarte, te iban a leer un poquito los libritos estos que tenía... para leerte algo de Dios y estas cosas (...) Como en ese momento pues te acuerdas de, Dios mío... bueno, yo también... me han inculcado a mí de pequeña. A mí sí que me gustaba porque me daba tranquilidad. (...) y me decía que si me apetecía que a las 6 de la mañana...a las 6 de la mañana se hacía no sé qué». (Nora13-11,12)

- **Tradicions:** sorgeixen també a partir de la seva confrontació amb els professionals o del respecte a les pràctiques sanitàries durant l'ingrés. El diàleg intercultural pot contribuir a compartir les tradicions i al seu respecte fugint d'actituds etnocentristes. Permet apropar-se a l'altre, facilitar nous aprenentatges, tenint en compte que no sempre els pacients immigrants, en general, i les dones, en particular, tenen la seva família al costat per a la transmissió dels costums i les tradicions en situacions concretes i noves. Tanmateix, l'intercanvi cultural permet aprendre i aprofundir en aspectes culturals que poden aportar benestar en l'ingrés, com per exemple l'alimentació. També la manca de respecte a les tradicions influeix en les relacions i afecta la vivència de l'ingrés.

«Tienes que ducharte, tienes que ducharte”, para nosotros, cuando pares no puedes tocar el frío. (...) Aquí el plato de ducha es frío. Nosotros hacemos el drenaje cuando acabas el día». (Adila 7-7)

«Me recuerdo que esta noche yo...yo llorando mucho. Toda noche mi hijo está llorando. Dicen que tiene que dar pecho. No pasa nada... no sé qué... Hace 3 horas estaba llorando. No dado leche. Yo tenía un problema, porque no tenía experiencia de cesárea ni nada. No podía levantarme y dejó niño toda la noche conmigo. Final me levantó y llorando mucho y dejo niño frente de puerta donde cuidan niños. Dejo allí que no puedo... no podía aguantar porque no dado leche... no dado biberón. Dicen que tiene que dar pecho... no había leche, no tenía leche ni nada y no podía dar. Y niño está llorando toda la noche y final yo dejo el niño allí, delante de la puerta. Y tratado muy mal, porque no lo sé porqué... yo que sé qué». (Jamileh005-1)

«Mi madre lleva velo, mis hermanas llevan velo y por ser...una familia marroquí, sí que había un cierto distanciamiento con el equipo». (Hazim004-5)

«Ellas [las enfermeras] tienen que decir nosotras como...las maneras... como tenemos que hacer». (Jamileh005-9)

«Como cosas en hospital yo he aprendido mucho por enfermeras que me enseñó. Hay cosas buenas también que yo aprendió... que yo... cómo tengo que cuidar mi hijo sola, poque es verdad que primeros dos años aprendido mucho y fue muy bien. Cosas que no sabía nunca de mi vida. Cómo tengo que cuidar a mi hijo». (Jamileh005-15)

«Lo peor, la comida. Por ejemplo, para mí, como yo tenía un menú...para nuestro... para los musulmanes, menú diferente, a nosotros había menú diferente... a mi me ponen todo de pescado, pescado, pescado... no puedo comer cerdo pero como... (...) carne, ternera, ternera de vaca...cordero, pollo.

Ellos ponían pescado, pescado, pescado todos los días pescado». (Jamileh005-16)

«Una chica que era una practicante de la noche que me dijo: “No hace falta que te de biberón si quieres hacer la lactancia natural. No le des biberón”». (Muriel 10-12,14)

En algun moment hi ha la percepció de sentir-se jutjat per la manera d'entendre la maternitat vinculada a la tradició cultural:

«Estás como de más...como si...otro mundo. “Otro bebé al mundo uyyy tienes 3 niños y eres joven” ¿y cuando voy a tener los bebés? ¿Cuándo sea mayor? Es la época». (Adila 7-7)

- **La intimitat:** evidenciat a partir de diferents participants:

«Tengo tanta, tanta vergüenza...tanta [de ser visitada por un médico-hombre]». (Huda 5-1)

« (...) yo agradecía completamente, porque es que después de una operación llevas unos días y no asearte pues te sientes verdaderamente mal. Entonces...mi madre hizo una parte y...y ellas pues sólo hicieron la pierna». (Raúl002-8)

«Me han bañado en la cama (...) y me han acompañado a la ducha (...) Me han tapado». (Alí1-2)

«Tienes que...pedir ayuda. Bueno, te dejas...dejas a las enfermeras que te ayudan...que te limpian a veces y dices que no pasa nada, esto es normal en un hospital». (Barid 001-8)

Finalment, Alí expressa la seva vivència general a partir del respecte als seus valors:

«Respeto, todos han demostrado respeto. Me ha sorprendido el respeto». (Alí0-01)

A continuació es presenten els fragments narratius més significatius que donen llum al segon significat de *sentir-se respectat* (relacions interpersonals). Aquest significat es construeix a partir de les categories essencials: *tracte*, *reconeixement*, *comunicació interpersonal* i *idioma*.

- **Tracte:** el tracte rebut durant l'ingrés contribueix al significat de sentir-se respectat i en interrelació amb el professional. Diversos participants ho expressen remarcant distintes facetes:

- L'amabilitat i l'educació:

«Aquí la gente es más amable». (Alí 1-4)

«Allí las enfermeras tratan muy bien, y como fuera una persona de mi familia....me tratan así. Allí todas enfermeras son muy buenas, muy amables». (Jamileh 005-4,5)

«Llegó la hora de la cena, me trajeron...me dijeron: “esto le gusta, esto es la cena, a ver si le apetece esto”, me dijeron». (Nora13-4)

«Está claro que no todas las personas son iguales. Hay algunas que son más atentas, agradables, siempre están con una sonrisa, siempre están...son muy...se preocupan por uno, tienen un trato de tú, directo (...) Siempre te tratan bien. Pero...hay otras pues, bueno, que...que esto es su trabajo y...y se lo toman de esa manera...esto es un trabajo y hay que ir por feina». (Raúl 002-3)

«El trato de las enfermeras, que es...que es agradable. Por lo menos siempre respetuosas, siempre, sí, sí». (Raúl 002-16)

«Fantásticas. Muy educadas...muy amables, comunicativas (las enfermeras) Hablaban conmigo: “Y que tal, ¿has dormido bien? ¿Qué tal has pasado...?”» (Diogo 14-14)

○ L'afecte:

«Tuve muchas enfermeras estupendas y contrarias a otras, muy cariñosas...que de hecho, cuando voy allí me paso para ver si están y saludarlas, porque les tengo mucho cariño y fue un trato muy especial». (Clara6-33)

«Estas enfermeras cuidan bien y son amables y cariñosas». (Jamileh 005-9)

○ La simpatia:

«El enfermero y la enfermera me cayeron muy bien, porque portaron maravilla conmigo. Con ese enfermero era majísimo y la...la chica también. Había una, no era muy simpática...y pero bueno, cada uno es su manera ¿me entiende?» (Akbar 11-4,6)

«Pero si te llegan a hacer sonreír un poco y aquello de que te animes un poco...bueno, pues por ese momento...ese instante cuando está aquí y te entienden de...en ese momento e intenta solucionarlo...pues se agradece, se agradece mucho». (Raúl 002-20)

○ La distància afectiva:

«A mi uno de los aspectos que más me ha marcado, y que siendo que hace falta, es la cercanía. Sí, sé por cultura que somos mucho más...como decirlo...como de muchos abrazos y como más cariñosos en este aspecto. Y aquí he sentido eso, ¿no? Entonces yo entiendo que en aspectos distintos de la vida no vas a ir abrazándote ¿no? Por lo menos una sonrisa...que sean suaves». (Clara 6-1)

«En ningún momento encontré ningún tipo de cariño (...) era como muy seca diciéndome que no me quejase del...del dolor». (Hazim 004-3)

«Todo el trato siempre muy cordial, pero siempre con mucha distancia (...) dentro de un nivel de corrección...europeo, le digo yo». (Muriel 10-1, 2,8)

«Tu buscas alguien que te aliente, que te ayude, que te diga: “¿Qué te pasa?” Pues no». (Estela 003-2)

« (...) demasiado profesional...profesional y no...Y no...Nada humano...no...Yo no podría hablar de humano, más bien, muy profesional y...pero...distantes». (Raúl 002-4)

«La distancia...lo que más daño hace es la distancia. O sea, hace más que el que tengas dolor... ¿ves? O sea, recuerdo el dolor obviamente, pero te marca...pero el distanciamiento, la lejanía (...) Sentirte como un satélite que estás allá (...) y por la falta de comprensión. Distanciamiento...es el distanciamiento. Es como, no sé, como si tuvieras una enfermedad rara, ¿no? Yo no sé si se debe a ser inmigrante o se debe a que se hace generalmente a todos...o a qué se debe». (Hazim 004-10, 12,13)

- La sensibilitat:

«La verdad es que no hay sensibilidad. Y estás en el hospital así...todo el mundo con cara de culo». (Adila 7-6)

«Poca sensibilidad. No son cercanas las enfermeras. Para mi el tacto es muy importante...que cogen de la mano en un momento dado que necesites...no sé...este tipo de cosas. Son detalles importantes en ciertos momentos ¿no? Y más cuando estás sola en un país que no conoces». (Clara 6-9)

«Es la falta de sensibilidad en el trato a mi me llama la atención un poco (...) cuando estudian la carrera...tendrían que tener, yo lo veo muy diferente, lo comparo con mi país...que raro, son carreras muy humanísticas, a mi me llama mucho la atención». (Elena 9-25)

- El rebuig:

«El trato bien...la gente se comunicaba y hablaba conmigo normalmente...no he sentido nada así de...que...yo sepa de prejuicio, de nada». (Diogo 14-18)

«Aquí yo creo que tratan todo el mundo igual. Igual a todos los pacientes. La tele no sé si dice la verdad o siempre se quejan de los inmigrantes, siempre se quejan de...los hospitales que están...La verdad que...cuando tienes la experiencia de pasar por esto, descubres la verdad. La verdad es otra cosa. La verdad es que te tratan como tratan los demás». (Barid 001-14, 15,20)

«Es que yo la sentía que como que...no sé, como un rechazo...de ver que es una pers...yo la sentía como que decía: "Tengo que estar yo llevándola ahí al váter o ayudarla" No sé, la noté así». (Nora 13-24)

«Las enfermeras tratan diferente a los españoles y a los paquistanís. Ella tiene que tratar bien...como...iguales. No tratan igual a los españoles y extranjeros». (Jamileh 005-11)

«De pronto una familia marroquí...distanciamiento se notaba. Me imagino que también seguro que habría más de un comentario, ¿no? A veces despectivo. Al menos es la sensación que a veces me...me daba, ¿no? Pero había como bastante distanciamiento...como bastante abandono». (Hazim 004-6)

«Sale...sale detrás [prejuicios]. Delante de la familia se ven... (...) se les arruga la cara, ¿no? Se les ve mucho esta expresión en la cara y...esta...una distancia. O sea, la barrera. Es eso de..."te ignoro completamente y trabajo porque tengo que trabajar, porque si nó te ignoraría"». (Hazim 004-9)

- El tracte deshumanitzat:

«Vienen para cambiarte, para dar de comer o por ejemplo, si...y ya está». (Akbar 11-3)

«Había gente muy maja que te puede atender muy bien, pero poco personalizado». (Elena 9-7)

«El trato es que eres un número más». (Raúl 002-15)

«No sé si era el corre-corre, pero no me trataron muy bien. Les faltó esa empatía». (Estela 003-1)

«No son todas malas [las enfermeras]. Son buenas personas. Pero depende, algunas veces a lo mejor están cansadas, porque muchas veces tratan muy mal...que enfadadas...no se porqué. Cuando nació mi hijo trataron muy mal». (Jamileh 005-3)

- **Reconeixement:** o sentir interès per un, sentir-se tractat com a persona que té necessitats, més enllà dels aspectes biomèdics. El reconeixement s'entén com a valor d'aprovació respectuosa de la identitat de l'altre, relacionat amb els principis d'igualtat i moralitat, i està relacionat amb la presència. Quan es percep reconeixement, la vivència de ser cuidat adquireix un significat més humà i la relació pacient-professional s'enforteix:

«Me sentía invadida. Yo estaba acostada y alrededor de mi cama un montón de gente que nunca has visto en la vida, (...) como si fuera yo el objeto de estudio». (Clara 6-24)

«Si sientes que se preocupan por ti o si realmente van hablando entre ellos ¿no? Estas situaciones que ahí estás, porque no puedes moverte y vienen y te hacen, pero no se si están ¿no?» (Clara 6-25)

«Cuando ingresé en mi hospital a mí me cuidaron muy bien porque estaban todo el rato pendiente nuestro y estaba bien». (Jamileh 005-2)

«Y es que la cercanía...la cercanía, ¿no? "Ei Hazim, ¿qué tal? ¿Cómo estas? Hazim, ¿qué tal?...Hazim, Hazim"...esto está bien. Yo era el Hazim, no era el del 504B puerta-ventana. Era el Hazim. Entonces, si alguien quería alguna cosa...el Hazim. Y si alguien le tenía que decir a la enfermera... "¡Eh! que Hazim ha dicho tal...Ostia"». (Hazim 004-15)

«Conozco una chica [enfermera o auxiliar] y es que es...es sonrisa. Y ella siempre...y te motiva y...y ya le puedes decir todos los dolores que tienes que ella...se preocupa, pero sobretodo no...no deja que decaigas. Y siempre, no sé, te apoya y te entiende de que sí, estás sufriendo y hay que mirar de solucionar aquello y si es necesario llamar a los médicos, se llaman...Si hay que molestar a alguien, se molesta. No se toma al pie de la letra aquello y dice "pues oye, ahí te quedas y ahí te aguantas". No, no, no...Ella además es...es muy agradable. Su conversación no es extensa pero...pero es eso, agradable». (Raúl 002-17,18)

«Yo hice una amiga...amiga de una enfermera y muy majas son las enfermeras. Yo le cogí cariño, me pasé bien, me colaboré, empezamos a reir. Empezamos a jugar parchís, y me colaboré». (Jamileh 005-2,14)

«Y me dolía mucho, más de una hora y me estaba quejando». (Isabelle 20-1)

«Era en plan: "Quédate ahí y aguanta", ¿sabes? "No molestes". Justamente compartía la habitación con una chica italiana y también era un poco...las dos tuv...las dos tuvimos la misma sensación». (Elena 9-4)

«Ellos achacaron que mi mente era que me creaba ese dolor. Ya te puedes tú imaginar...Ya te puedes tú imaginar...y yo gritándoles que en verdad me duele...Ahí duré 15 días, ¿eh?...15 días duré». (Estela 003-4)

«No me sentí arropada ni... ¿sabes? Yo entiendo que ellos tienen casos y casos (...) pero claro, el trato humano de la sanidad es muy importante. Uno se siente arropado, se siente cuidado, siente que el otro...Que tú le interesas, que tu salud le interesa...este mensaje no llega» (Adila 7-2)

«Me sentí muy bien acogido, La verdad. Muy bien...muy bien acogido. Si. Cuando dices algo te que...notas que estan por ti, la verdad que sí, la verdad en general...la verdad que sí. Siempre están atrás de ti, te cuidan». (Barid 001-5,13)

«Las enfermeras no me veían llorar, pero sí que me decían: “¡Ay! ¿Que estás triste?” Y yo les decía sí y...”Ah, no te preocupes, no te preocupes” Y ya está. Me faltó eso, una comunicación más interesada y más humana, porque estás ahí y estás con los ojos así porque has llorado y...y te acabo de decir que estoy triste, pues al menos muestra un poco de interés y no me digas: “Bueno, ya está, no te preocupes que todo va a salir bien”» (Clara 6-11-12)

«La falta de humanidad en todo...todo. Te ven y no te miran...no te dicen: “Hola, ¿cómo estás? O ¿necesitas algo?” (aunque no necesitaras nada). Como si no estás. Invisible. No creo sólo por ser inmigrante, sino por ser una más, que soy una más de la gente...tampoco quiero algo especial para mí, pero no hay trato humano». (Adila 7-11,12)

«Era un poco...”te tomo la tensión, te cambio el suero...y ahí te quedas”. O sea, me pusieron el suero y me dieron, no se (...) algo para aliviar, así muy livianito y...poco más. Y “ahí te quedas...te esperas”». (Elena9-14,15)

«Me tomaron la tensión, la fiebre, a ver si tenía fiebre (...) me pusieron el suero, el catéter aquí...y ya está. Como que vinieron con las instrucciones, ¿no? Era un plan un poco manual de instrucciones y fuera». (Elena 9-17)

«Venian...te cambiaban el suero y todo lo demás pero nadie...yo no recuerdo que se preocupasen más allá de... O sea, yo creo que todo el rol fue traspasado a la familia y... enfermería en este caso se centró sólo en una cosa técnica. Es decir, suero...tal...pim pam...y ya está y calmantes cuando...a las horas que tocan te lo pongo y ya está. No hubo en ningún momento ni...ningún tipo de trato, de proximidad». «La distancia...lo que más daño hace es la distancia. O sea, hace más que el que tengas dolor... ¿ves? O sea, recuerdo el dolor obviamente, pero te marca...pero el distanciamiento, la lejanía (...) Sentirte como un satélite que estás allá (...) y por la falta de comprensión». (Hazim 004-11)

«Todo lo demás que era superprotocolario y bueno, me preguntaban...y yo volvía a decir que sí, entonces me lo daban (el biberón)» (Muriel 10-13)

- **Comunicació interpersonal:** està estretament vinculada a la relació interpersonal. Aquesta dimensió adquireix, per als participants, un valor essencial en el fet de sentir en interacció amb els professionals que els atenen i els cuiden. En aquest sentit, els participants en parlen a partir de diferents matisos:
 - Identificació:

«Me trajeron a presentarme la enfermera de la noche que le tocaba y luego las auxiliares». (Nora 13-1)

«No sé quienes son enfermeras, quienes no». (Muriel 10-15)

«Bueno, una que...no sé si era enfermera o qué categoría». (Elena 9-13)

○ Relaciones de poder:

«Porque no hay...si, no hay intercambios entre los profesionales y las personas de otras culturas, la relación también de poder no deja estos intercambios (...)

“Qué me vas a enseñar tú si yo soy más científica”». (Adila 7-8)

«Bueno, ya eso es por como hospital no pueden aceptar tantas personas. Claro, pero a veces la manera de decir a los familiares que salgan no es la adecuada. Entraba la enfermera como dueña del hospital: “Todos para fuera”. Después cuando miran...”¡Ah, por favor!” ...Después le salía el por favor». (Estela 003-7)

○ El procés de comunicació:

«Era un domingo y...lo noté...o sea la tensión, por ejemplo nadie te mira a los ojos...la gente va pasando, como ti tu eres un...ahí...miran el suero y se van....pero ¿sabes? No hay ni así, ni “¿cómo estas?” Y es todo así, como a la marcha, ¿sabes? Como si fuera industria»». (Adila 7-1)

«El trato bien...la gente se comunicaba y hablaba conmigo normalmente...no he sentido nada así de...que...yo sepa de prejuicio, de nada». (Diogo 14-18)

«No hubo ningún momento de comunicación, en ningún momento nadie me explicó mi interpretación del dolor...que tendría dolor, que me abrieron». (Hazim 004-11)

○ El llenguatge:

«Es el lenguaje ¿no? No usar un lenguaje tan técnico porque a veces no te enteras de lo que están tratando de decirte. O escuchas alguna palabra así y dices: “¡Uy, esto es gravísimo!”...no se, te imaginas siempre lo peor, estando ingresada, aunque intentes ser positiva siempre es como... » (Clara 6-8)

- **Idioma:** poder comunicar-se i entendre's de manera bilateral, directament o amb ajuda d'un intermediari, té un significat essencial per sentir-se en interrelació amb infermeria i per comprendre els processos de salut. La comunicació pot ser efectiva més enllà de conèixer l'idioma del interlocutor si hi ha voluntat d'entendre l'altre. La voluntat d'entendre l'altre i de comunicar-se malgrat no compartir l'altre és una mostra de respecte i de reconeixement:

«El idioma no ha sido problema. Me dicen: “te entiendo, te entiendo” y tengo un amigo que me ayuda». (Alí 7)

«No sabía...no conocía yo el castellano. Claro, yo cogí los zapatos y fui corriendo porque tenía miedo». (Adila 7-2)

«Una de mis compañeras (de habitación) era de...del Congo, bueno, sí que creo que era de por allí, bueno y...claro, ella sí que no hablaba español. Ella no se enteraba. Y la enfermera iba y dijo, claro, incluso yo desde fuera sí que lo veía un poco vasto de...de parte de...de la doctora o de la enfermera. Y que le

decía: “¿pero cómo que no...no entiendes? ¿Pero cómo es que no has comido?” Y luego ya se iba y la...pobre chica me decía: “no, no entiendo lo que me dice”. Entonces yo intentaba explicarlo». (Clara 6-19,29)
 «No es por el idioma porque iba con mi marido». (Aicha 19- 2)
 «No es necesario hablar idiomas ni ser un gran antropólogo, ni saber...Actitud pura y dura...cercanía, ¿no?» (Hazim 004-17)
 «...acaba de llegar aquí...ingresada, no sabe nada casi...entonces no hay familia...hay muchas cosas...cuando dolor o cuando problema, necesito ayuda...tiene que entender». (Jamileh 005-12)

4.3.2 Sentir-se segur

El segon tema experimentat per una gran part de participants va ser el significat de *Sentir-se segur* en relació amb els *procediments i processos hospitalaris*, al *procés de salut* i a *l'entorn hospitalari*.

A continuació, es presenten els textos més significatius que donen llum al primer significat (procediments i processos hospitalaris). Aquest es troba configurat a partir de les categories essencials: *informació* i *comunicació*. La primera és interpretada com a notificació o avís d'algun aspecte rellevant per al participant, i la segona fa referència al com es transmet aquesta informació en un procés comunicatiu.

- **Informació:** sentir-se informat en els procediments i processos hospitalaris proporciona seguretat i benestar en l'experiència de l'ingrés. Quan aquesta percepció és inexistente, la seguretat i el benestar estan amenaçats fet que com a conseqüència pot generar desconfiança i por. Es pot identificar en diferents situacions:

- Sentir-se informat:

«Me tranquilizaba cuando, por ejemplo, me han dicho: “Mira, vamos a aplicar una medicación y en algunos minutos sentirás un poco de dolor pero...es normal”. “El brazo te...empezarás a sentir y tal...si algo te molesta, llámanos y vamos a aplicar luego, después una medicina para el dolor”» (Diogo 14-16)
 «“Esto es un antibiótico y esto es para el dolor”, me daba seguridad, porque quería saber lo que era...si me iba a doler». (Diogo 14-16)

- Sentir-se desinformat:

«Le trataron bien, que le han cuidado bien pero el problema que no, no...nadie les explicaba qué le estaba pasando. Estaban haciendo pruebas y tratamiento, pero a ellos no le decían nada». (Isabelle 20)
 «Pero esa noche sí que no quiso la chica que me levantara al WC. No sé porqué». (Nora 13-8)
 «Ese día me tenían que venir a decir algo con respecto a los análisis y a todo esto y eran las 4 de la tarde y no venía nadie». (Elena 9-16)
 «No me informaron, no era...”te vamos a operar”. La duda era la idoneidad de la gente, de la operación». (Diogo 14-12,13)

«A nivel informativo la verdad es que no me he sentido lo suficientemente atendida y no respondían, digamos, espontáneamente a cualquier incógnita que pueda tener un paciente. Me sentí desinformada básicamente». (Elena 9-12,18)

«Como era mi primer ingreso, lo viví con mucho, mucho miedo (...) me encontraba completamente rodeado de muchísima gente y una falta de información tremenda». (Hazim 004-1)

«No he tenido la información, yo creo, que adecuada (...) Aquí me faltaba la información (...) Y claro, entonces lo primero que le preguntas es ¿Por qué estoy aquí? ¿Y por qué sigo aquí? Si es tan...nada y que es...algo leve. O sea, si estoy ingresada durante un mes, algo grave será, digo yo». (Clara 6-28,29)

«Y después llegaban y decían: “¿Por qué te quieres dar de alta?” Bueno, es que llevo dos días y no sé ni lo que tengo. Sólo me tienen en ayunas, no entiendo». (Elena 9-15)

- **La comunicació:** el com es transmet la informació genera també seguretat i benestar durant l'ingrés. Percebre una comunicació errònia, incompleta o contradictòria transfereix al pacient ingressat una sensació d'amenaça i desconfiança. Aquest fet adquireix una particular rellevància en moments fonamentals en la vida de les persones, com és un procés obstètric.

«Cuando te van a pinchar, o cuando te van a informar de algo, suelen dar la información de manera como si estuviéramos en un parque y estuviéramos todos felices esperando una atracción». (Clara 6-6)

«Y así aborté. No me explicaron bien porque no estaba bien, porque me dolía la barriga, no se...nada. No me dieron ninguna explicación». (Aicha 19-1)

«A parte me decían: “Vamos a ver si no es apendicitis o peritonitis”. Y yo, que había llegado ni siquiera a las 24 semanas de gestación o a las 26...que se empieza a ser viable...que yo estaba acojonada...digo...Que me sacan el chico. Claro, nadie me daba información...”bueno, veremos si...” (Elena 9, 24)

«Tuvo fiebre, el bebé. No, no me explicaron bien, “no fue nada” (...) Y ahí se lo llevaron rápido y yo lo seguí...me dijeron que no tenía nada (...) fue una decisión porque tenía fiebre y había que hidratarlo...no me dieron mucha explicación de eso». (Muriel10-7)

«No podía orinar en la cuña. Entonces, por favor (...) y la chica dijo: “No, es que no puedes”. Pero es que se me...esto lo sentía que reventaba ¿sabe?» (Nora 13-6)

«No hay una información muy detallada. Te quedas ahí...una va preguntando y te van respondiendo...pero no es que te...bueno, “ahora te quedarás aquí, estarás un tiempo”...no sé que, no sé cuanto o puedes esto...esto se puede, esto no se puede, él se puede quedar, él no se puede quedar, estas son las posibilidades... No. Esto era como...a demanda. Una preguntaba y le respondían». (Elena 9-10)

«Yo preguntaba....”no, no, no, no pasa nada, no te preocupes”. Todo era muy ambiguo». (Clara 6-29)

«A veces venían y me sacaban sangre, y yo preguntaba: “¿qué van a hacer?” A ver, no porque sea doctora ni...pero quiero estar enterada de lo que van a hacer, ¿no? “Ahora te tienes que ir abajo a hacer una radiografía”. Digo: “bueno ¿Para qué es la radio?”» (Elena 9-11)

«Pregunté a uno que dijo que tenía diabetes, otro vino y dijo que no, que no era diabetes, que era un error de diagnóstico. Y así, así, que no tuvieron ninguna explicación clara de que me pasaba». (Isabelle 20-3)

«Le pregunté a una enfermera y me dijo: “No, no, todavía no. Cuando estés...ahora no le des el pecho”. Y yo le preguntaba: “¿Pero por la anestesia, no?” “No...no”...No sé. No me explicó nada y yo le di teta igual. Después otra que pasó, pero así ¿eh?, se cruzaron. Otra que entra: “¡Ah que bien! Como se prende” O sea que la otra para que me dijo»... (Muriel 10-3)

«Ya me iba, me daban de alta y la enfermera me dijo en...en dos minutos todo lo que tenía que hacer y los cuidados que tenía que tener y ya está. Y que si me pasaba esto, que no tiene que llamar, que si esto, que únicamente llamara si pasaba, si notaba...ya ni me acuerdo, pero me lo dijo, de verdad en tres minutos...que me quedé»... (Clara 6-2, 3,32)

A continuació, es presenten els textos més significatius que donen llum al segon significat de *sentir-se segur* (Procés de salut). Aquest significat neix a partir de les categories essencials: *sentir-se ajudat* i *fragilitat i vulnerabilitat*.

- **Sentir-se ajudat:** durant l'ingrés sorgeixen necessitats que han d'estar ateses perquè el pacient en aquell moment pot trobar-se incapacitat per fer-ho. Sovint pren consciència de la pèrdua d'autonomia i sentir-se ajudat en determinats moments, importants per al pacient, contribueix a sentir-se segur amb la conseqüent sensació de benestar. La disponibilitat i la sensibilitat dels professionals afavoreix la percepció de sentir-se ajudat. Quan la infermera fa d'enllaç entre el metge i el pacient per obtenir un benefici per a aquest, el pacient se sent ajudat. Quan l'ajuda rebuda és percebuda com a diligent, la sensació de satisfacció s'intensifica; en canvi, quan hi ha percepció de no ajuda, apareix el sentiment d'abandó. Tanmateix, rebre o no rebre ajuda pot determinar la diferència en la qualitat percebuda entre els diferents torns de treball.

«Cuando he llamado al timbre han venido rápido. Cuando he tenido dolor, me han puesto calmantes». (Alí 13-5)

«Me gustó la inmediatez». [Actuaciones enfermeras (Adila 7-10)

«Cuidada, cuidada...me cuidaba mi marido...porque picaba al timbre y ya, cuando a las tantas ya venía...y cuando quería venir, si yo estaba llorando o lo que sea, ya me había calmado ya. No venían a sus horas...no venían». (Estela 003-17)

«Me molesta que a veces...que tienes dolor y tienes que tomar algo urgente, por ejemplo, un calmante o algo...a veces picas y te dejan esperar una hora y media o...¿entiendes? Esto no ha pasado siempre». (Barid 001-12)

«Toda la medicación, todo, todo estaba ahí al momento». (Nora 13-18)

«Pero lo que necesito de enfermera no es que siempre está con nosotras, pero cuando llamamos, cuando necesitamos ayuda...». (Jamileh 005-9)

«Era un poco como: “Bueno, aquí te quedas a esperar que se te pase el dolor”». (Elena 9-6)

«No se si pasará también con la gente aquí, porque yo no soy de aquí...pero es un poco...bueno, “tu te aguantas”». (Elena 9-21)

«Cuando estaba llorando niño yo tenía tos, no podía aguantar toda la noche como...Ni tos ni niño llorando...tenía dolores. Y tenía que quedar poco rato niño. Pero bueno, yo sé que tiene mucho trabajo, pero cuando una persona tiene dolor o algo tiene que cuidar. Muchas veces tratan muy mal». (Jamileh 005-3)

«Cada momento que vienen los enfermeros, cualquier cosa necesitas y...quiero decir que te ayudan». (Akbar 11-1)

«En principio, por las molestias, por todo aquello no...no lo entiendes [recibir ayuda en la higiene], pero luego te das cuenta de que...que sí, que es esto...esto es por tu bien y además te sientes bien. Más fresco, más...después de esta experiencia se está mejor». (Raúl 002-10,11)

«No tienes que levantarte para nada, ni ir al lavabo, ni...Pero las enfermeras esto te ayudan, te animan...”No pasa nada”, te dicen, “Esto va a pasar luego”. “Ya puedes ir solo”. “Ya puedes salir fuera”. Te animas un poco y empiezas otra vez. Pasas de la depresión a la animación otra vez» (Barid 001-6)

«Es un sentimiento de...de orgullo ¿me entiendes? Que quieres hacer esto tu mismo, no quieres que nadie te ayude o algo, pero al final te...te dejas ir porque no puedes. La verdad que te cuesta un poco los primer días pero con...con las enfermeras, como lo toman ellos y todo esto que están encantados a hacerlo y todo esto, te sientas tu también...te ayudan bastante» (Barid 001-7,9)

«Cuando, yo creo que tiene una persona problema...tiene problema tiene que explicar bien...tiene que...No queremos que tiene que estar todo el rato con nosotros. No. Entiendo que hay trabajo. Ella tiene trabajo. Hay mucha gente...están esperando de ellas...pero cuando una persona necesita, tiene dolor, tiene que entenderse, tiene que tratar bien, tiene que estar como...con palabras, un poquito...» (Jamileh 005-8)

«Que si tenía frío, que si me ponían una manta o iba con la colcha. Y bueno, llame si alguna cosa, pues llamas al timbre que te venimos a ver...si tenía algún dolor o si necesitaba algo». (Nora 13-15)

«Hace 3 horas estaba llorando [el nounat]... ¿qué hago yo? Yo no podía levantarme». (Jamileh 005-1)

«Hay enfermeras que se han preocupado tanto que me han conseguido una silla (...) Ellas se portan bien. O sea, se preocupan. Se preocupan». (Raúl 002-13,14)

«He insistido en que por favor me...me la hiciera subir un poco y no...no lo hizo [la dosis de la medicación] Tuve que hablar con la enfermera para que me diera un Nolotil, cosa que no estaba estipulado que me dieran y...y al final me...me lo concedieron, para calmar el dolor en la noche si no dormía». (Raúl 002-5)

«No podía dormir de noche...No podía dormir...Estaba una señora que también estaba embarazada de meses mayores. Entonces, al yo perderlo...porque después que me hicieron el legrado me pasaron ahí. Y yo al verla a ella, con su barrigote...yo sin nada...Ya preocupada. ¡Pensad como yo me sentí! Y yo cuando ya entré más o menos bien, que la vi a ella con su panzón y yo sin nada... ¡buá!». (Estela 003-16)

«Depende del grupo que esté (turno noche) hay unos que atienden bien que vienen de seguida». (Isabelle 20-4)

«Las enfermeras de la mañana y la tarde me ayudaron a hacer la limpieza» (Akbar 11-8)

«De noche, bueno...ellos me hacían una pauta cada 8 horas [de analgesia]. Entonces ellas [las enfermeras] decían que no se podía saltar aquella pauta y que no había nada más...más fuerte, ni nada...Pero bueno, el dolor...Yo siempre recuerdo mucho de dolor y una experiencia negativa». (Hazim 004-8)

«De noche dije: “es que no me siento bien con tantos medicamentos” y como yo tenía inflamación en los brazos, en las manos y todo el cuerpo, yo no podía levantarme, ¿sabes? Yo sola...le pedí a ella que por favor, que si me traiga algo mojado que lo limpio yo misma o me puede ayudar. Me dijo: “eso no, eso tu tienes que hacer. Nosotras no podemos hacer eso”. “Por la mañana me ayudan, por la tarde también. Y tú la noche que vienes, también tienes que ayudarme”. Y no me hizo caso, y salió». (Akbar 11-8)

«Yo siempre les decía a mis padres que quería dormir solo. Las noches también bastante jodidas, ¿no? Porque me encontraba desprotegido del todo (...) Entonces me encontraba con alguna enfermera de noche...”Que eres un pesado i no sé qué...que has de esperar a mañana, cuando venga tu madre”. Y bueno, era bastante jo...jodido la cosa». (Hazim 004-7)

- **Fragilitat i vulnerabilitat:** estar ingressat pot contribuir en els pacients a una presa de consciència de l'afectació dels seus mecanismes de resposta o de les seves limitacions funcionals relacionades amb el procés de salut. La persona se sent feble, fet que incrementa la necessitat afectiva. Ho expressa de diferents maneres utilitzant, de manera indistinta, els termes fragilitat i vulnerabilitat:

«Estás más frágil ¿no? Y también a merced de la suerte también...no sé...infección hospitalaria, un virus o un...algo puede pasar, o no sé...entonces en general, siempre sientes un poco carente, frágil». (Diogo 14-20,21)

«Un ingresado está, estás pues con...yo diría que con las defensas muy bajas, no sólo físicam...pues por tu tema de salud, sino que anímicamente estás asustada, estás sola, estás...cuando uno está ingresado, la verdad es que uno está muy sensible». (Clara 6-22,1)

«Me sentí un poco como desprotegida». (Elena 9-18)

«No me sentí, esto...arropado». (Hazim 004-2)

«Lo recuerdo con mucho dolor, falta de acompañamiento...no se me entendía». (Hazim 004-8)

«Aquella falta...Y faltaba esto, faltava información, me faltaba de alguna manera u otra cariño del equipo... ¿no? Tanto de enfermería como...» (Hazim 004-4)

«Tenía la niña en la incubadora, no me quería ir, que tenía que dejarla. Ya estaba un poco más sensible de lo normal, creo yo». (Clara 6-4)

«Cuando uno está tan vulnerable necesita más uno...no sé, más tranquilidad». (Muriel 10-9)

«Estar aquí encerrado supone muchas cosas...bueno, pensando en...bueno, en lo que hacías y dónde estás ahora y...las ganas de volver a dónde estabas...a lo que hacías». (Barid 001-2)

«“Levántate. Hoy no te has levantado...” ¿cómo me voy a levantar si yo tengo el dolor? Y con la cesárea, es verdad que...yo no sé a otras personas, pero yo realmente...estaba abatida». (Adila 7-5)

«Yo estaba allí con miedo. A lo mejor en este caso por mi niña (...) o por los resultados que me salían en la sangre...que algún problema tenía, y entonces, claro, todo esto yo estaba muy nerviosa. Y más en mi caso que estaba sola. Entonces claro (...) que te las den tan de golpe, sin nada...que no sabes si llorar, si preguntar, si»... (Clara 6-7)

Finalment, es presenten els fragments narratius més significatius que donen llum al tercer significat de *sentir-se segur* (Entorn hospitalari). Aquest significat es configura a partir de les categories essencials: *professionals* i *acompanyants*.

- **Professionals:** els pacients ingressats estan en un contacte continuat amb diferents professionals. La infermera i l'auxiliar són les que formen part de l'equip infermer amb competències directes per a la seva seguretat i el seu confort. En ocasions, els pacients comparen l'atenció i l'ajuda rebuda entre tots els professionals que intervenen en la seva experiència. L'immigrant valora en els professionals que l'atenen, principalment, la sensibilitat i la capacitat de resposta cap a les seves necessitats.

«Y esto a las 3 de la mañana, en varias ocasiones entraban, pero claro, ¡entran con una violencia! Que estás dormida y ¡pum! Te encienden la luz y venga...no sé qué...entiendo que es lo que hay que hacer, pero yo me sentía muy mal porque...medio dormida y te encienden la luz de golpe. En mi caso fue para la tensión, la temperatura y...a lo mejor alguna analítica. Pero claro, nos pasará a todos que como estamos dormidos y encienden la luz, te asustas». (Clara 6-14)

«Si ellas trabajan así en esa unidad o el hospital entero, lo hacen muy mal. Por la sencilla razón de que toda persona que vamos con un dolor, una enfermedad...buscamos siempre que nos mimen, que nos expliquen las cosas claras, como son. No que...que estén discutiendo entre compañeros delante de...Esa empatía de que...No. Nada.» (Estela 003-10)

«Es que no piensan en eso (las enfermeras en relación al confort de los pacientes)». (Akbar 11-14)

«El mejor de esto, que la gente aquí te cuidan bien, la verdad ¿eh? Como si estás en tu casa...las enfermeras, los médicos (...) como si estás dentro de tu familia, ¿entiendes?» (Barid 001-5)

«Las enfermeras no tienen nada de culpa porque hacen lo humanamente...hay bastantes pacientes y...todos se quejan de dolor y van...algunos van...van pa aquí, van pa allá...Se van moviendo...No son muchas, pero van...van haciendo». (Raúl 002-6)

- **Acompañants:** en l'entorn hospitalari, els pacients que es troben lluny del seu origen i de la seva gent sovint expressen tenir espais inductors d'introspecció, de reflexió així com de sentiments de solitud. En aquest sentit, el fet de tenir la possibilitat d'estar acompanyats per parents o amics ho valoren de manera positiva, ja que els apropa a persones referents. D'aquesta manera, poden tenir cobert aquest sentiment i sentir-se més segurs en moments de feblesa, ja que en alguns casos reben ajuda quan ho necessiten. En ocasions, els pacients poden percebre en els professionals actituds de disgust davant la presència de familiars i quan aquests no hi són, poden identificar

també la manca d'ajuda, per part d'infermeria, quan la necessiten. En aquest cas, no sempre se senten ajudades per les infermeres i viuen una experiència fins i tot espantosa.

«Yo pienso que no tengo que dar tanto trabajo. Si tengo familia y si puedo ¿no? Si puedo...si no...no puedo pues es otra cosa». (Huda 5-4)

«El idioma no me ha resultado problemas, tengo un amigo que me ayuda». (Alí 0-01)

«Lo bueno que...tenía alrededor siempre las amistades». (Nora 0-13)

«Ya me quedé sola ahí. Mi pareja tuvo que ir porque como teníamos un negocio...y él se fue a llamar a una amiga mía para que viniera a estar conmigo. En ese momento yo me sentía ¡Dios mío!...y ahora si no dejaran que alguien venga, que se quede alguna de mis amigas. Me dijeron que sí, que no había ningún problema». (Nora014)

«Aquí como que estamos solas con maridos y maridos muchas veces no está y necesitamos ayuda. Falta familia siempre, porque no están aquí. Pero hay amigas». (Jamileh 005-10,13)

«Yo estaba incomunicable, no tenía crédito en el móvil (...), después han dejado mi visita entrar y puede llamar a mi amiga y he dicho: “me van a operar”». (Diogo14-0)

«Estuve ingresada fue mucho tiempo, fue la primera vez y claro...como te decía, sola. Mis padres muy nerviosos llamando todo el tiempo. Mi marido estaba, pero bueno, se iba a trabajar...estaba que no estaba. Y finalmente claro, yo me ponía a llorar porque es que no...me sentía muy sola y muy asustada». (Clara6-10)

«Para mi es difícil que estuve allí sola porque mi marido estaba en trabajando. No se podía quedar conmigo hospital. Estuvo sola toda noche. Y bueno, fue muy mal». (Jamileh 005-1)

«Anímicamente estás sola (...) a veces te empiezas a preguntar tantas cosas, entre ellas: ¿qué estoy haciendo aquí? ¿Por qué estoy aquí?...digo en el país, lejos de mi familia, lejos de mi tierra, lejos de mis costumbres...yo por lo menos me lo pregunté muchas veces diciendo: “Estoy aquí ingresada. Me pasan muchas cosas y no tengo a nadie a que...que me acompañe durante día”...» (Clara 6-22)

«Donde encontré calor fue de mi madre y de...mi padre y de mis hermanos, ¿no?» (Hazim 004-3)

«Las visitas son muy importante. Bueno, los primeros días, cuando estaba ingresado...cuando venían amigos o...viene mi hermano o mi cuñada o...hasta lloraba, la verdad ¿me entiendes? Porque esto nunca te pasa [el ingreso no es un hecho habitual] y cuando te pasa, te sientes un poco agobiado de...Bueno, cuando recibes una visita...bueno, estás contento...Pasan aquí toda la tarde contigo. Cambia un poco la cosa». (Barid 001-16)

«El hecho de...de un hospital siempre da una sensación de soledad» (Diogo14-19)

«Tenemos tanto tiempo para pensar, allí acostadas...que hasta te imaginas muchas cosas que no son, seguramente». (Clara 6-30)

«Te encuentras con una fractura y todo esto...empiezas a reflexionar si...si voy a volver a caminar o a correr como estaba corriendo, haciendo lo mismo ¿me entiendes? Es lo que pasa». (Barid 001-4)

«Aquí hay un sofá-cama para que cualquier visita pueda quedarse aquí...es muy importante». (Raúl 002-23)

«Al principio le decían que sea mi madre o que...que sea mi madre o que sea mi hermana [quien se quede por la noche], porque así hay más intimidad. Yo les dije que no...que más intimidad la tengo yo con mi marido que con mi hermana. Pero era por la...porque había otra señora. Pero estaba la cortinita que podían tapar». (Estela003-11)

«Mi marido siempre estaba pendiente... “¿Qué le vas a poner?” Y cuando veía que faltaban 5 minutos para la medicación, ya iba a buscarla...y que el suero se terminaba...que a tal hora...él ya estaba picando el timbre. Una [enfermera] que me dijo: “Tu marido es muy pesado, ¿eh?, tu marido parece un antisocial”. Digo yo: “no, lo que pasa es que él me está cuidando a mí...él me está cuidando a mí...Ustedes me cuidan también. Pero él me cuida más porque a él yo le duelo, a ustedes no”». (Estela 003-12)

CAPÍTOL 5 - Significat i comprensió de ser cuidat per Infermeria durant un ingrés en un hospital català

5.1 Presentació

En aquest capítol es presenta la tercera fase de l'anàlisi³¹³ que correspon a la discussió dels resultats a partir de l'aprofundiment en el significat de l'experiència viscuda de ser cuidat per infermeria durant un ingrés des de la perspectiva del pacient immigrant extracomunitari i la seva comparació i relativització partint dels resultats i teories d'altres autors. Aquesta fase s'organitza a partir de les dues àrees temàtiques obtingudes i es construeix de la interacció entre les dues fases anteriors, la literatura i l'experiència de la investigadora.

A grans trets, l'experiència viscuda d'un ingrés pot ser més satisfactòria en termes de sentir-se cuidat a partir de sentir-se respectat i segur, fet que implica que les cures infermeres han de vetllar, no sols per la dimensió instrumental i tècnica sinó també per la humana. En aquesta línia, Watson³¹⁴ sosté que les cures infermeres han de mantenir un equilibri delicat entre els coneixements científics i la pràctica clínica humanista.

La imatge holística emergida en aquest estudi es construeix a partir de dos eixos essencials que configuren la vivència d'un ingrés: el respecte i la seguretat. Aquesta imatge del fenomen estudiat inclou aspectes biopsicosocials i espirituals sustentats per valors humans universals que franqueja la distància cultural que hi ha entre els diferents agents que intervenen en les cures: pacients, infermeres i auxiliars. A continuació, es presenta la comprensió d'aquesta imatge i es tanca així el denominat per Ricoeur *arc hermenèutic* construït a partir de la relació dialèctica bidireccional establerta entre l'explicació i la comprensió, i que proporciona el significat investigat.

5.2 Sentir-se respectat

El respecte es dirigeix de manera simultània al poder que s'ha de témer i a la debilitat que s'ha de protegir, del qual es reconeix el seu caràcter.³¹⁵ Tot i que el terme té distintes accepcions a partir de diferents concepcions filosòfiques, el seu significat conjuga: reconeixement, estimació, apreciació del valor d'algú i està íntimament unit al concepte de dignitat humana. La dignitat entesa, segons Boladeras,³¹⁶ com:

³¹³Inspirat en Ricoeur, 2006, *Op.cit.*, i en els treballs empírics de: Efraimsson *et al.*, Wiklund *et al.*, Lindseth i Norberg, Delmar *et al.*, i Tan *et al.*, *Op.cit.*

³¹⁴ Watson, 1998, *Op.cit.*, p. 18.

³¹⁵ «Respecte», vegeu: *Diccionario de Ética y de Filosofía moral*, tom II, Monique Canto-Sperber (dir), p. 1391.

³¹⁶ Boladeras, M.: «Vida, vida humana, vida digna», Logos. Anales del seminario de metafísica, 2007, vol.40, p. 91.

«Un derecho y un deber personal de todo ser humano como miembro de la humanidad que nos aproxima al respeto, a la autonomía y al reconocimiento de todas las decisiones o manifestaciones de las personas, aunque sean contrarias o no se correspondan con las nuestras».

El respecte es distingeix a partir de la seva escenificació, tot i que no comporta sols l'actuació. Gallagher³¹⁷ apunta que requereix un compromís significatiu, autenticitat i una disposició a fer i a ser respectuós. El respecte és un valor actiu que requereix, alhora, una aspiració de millora que en la infermera es tradueix en una actitud d'esforç per reconèixer, preservar i col·laborar amb el valor intrínsec i instrumental dels seus pacients.

Rizzo Parse³¹⁸ afegeix que el respecte és el reconeixement de la persona amb totes les seves dimensions i situacions úniques de salut.

L'hospitalització i la malaltia impliquen fragilitat física i psíquica a les persones que, alhora, requereixen d'un important esforç d'adaptació a un entorn diferent i impersonal.³¹⁹ Estar ingressat comporta, amb freqüència el convertir-se en el centre de múltiples mirades a la cerca de respostes als tractaments, on el cos adquireix protagonisme: la persona passa de ser subjecte a objecte,³²⁰ i els seus valors i creences passen generalment inadvertides pels cuidadors.

5.2.1 Les creences, els valors i la tradició

Respectar les creences significa tenir consideració i reconeixement cap a l'altre. Les creences són estats mentals, idees dotades d'un contingut representacional susceptibles de ser vertaderes o falses, amb una influència directa en els desitjos, les accions i altres creences de la persona.³²¹ Les creences s'elaboren a partir d'experiències culturals i de processos cognitius.

Sentir que es respecten els nostres valors significa alhora distingir en els altres reconeixement cap als propis valors. Aquests són un principi ètic que regeix el comportament dels éssers humans i que s'adquireix principalment a través de la família i de la societat on es viu. La pràctica dels valors identifica a una persona amb la seva manera d'estar en el món i, per tant, determina una concepció humana.

L'encontre entre la infermera i el pacient és un moment en què s'estableix un vincle en diversos nivells. La trobada amb l'altre comporta el descobriment d'un univers de valors que no es besllumen a ull nu, ja que són intangibles, inodors, imperceptibles, però que es

³¹⁷ Gallagher, A.: «The respectful Nurse», *Nursing Ethics*, 2007, vol.14, núm.3, p.370.

³¹⁸ Rizzo Parse, R.: «What people want from Professional Nurses», *Nursing Science Quarterly*, vol. 24, núm. 2 [Editorial].

³¹⁹ Moreno, 2008, *Op.cit.*, p. 24.

³²⁰ Bayés, R.: «Alivio o incremento del dolor y el sufrimiento en el ámbito hospitalario: pequeños esfuerzos, grandes ganancias», *Monografías Humanitas*, 2004, núm. 2, p.123.

³²¹ Muñoz J.: «Creencia» a: Muñoz, J.; Velarde, J. (eds.), *Compendio de Epistemología*. Trotta, Madrid, 2000, pàg: 160-162.

revelen a través de les pràctiques.³²² Seguint al mateix autor, l'intercanvi de paraules i gestos porta associat una confrontació de valors, d'estils de vida i de conviccions. Aquesta confrontació de móns no sempre és senzilla³²³ i, en l'àmbit professional, requereix que la infermera tingui disposició per mostrar respecte, en els termes que Boladeras fa referència a l'inici d'aquest apartat. Quan hi ha distància cultural entre la infermera i el pacient, es fa més evident aquesta dificultat, ja que pot requerir més esforç. La trobada amb algú que té uns valors molt distints, fins i tot contraposats, és un exercici intel·lectual i també emocional, perquè demana contenció i domini en l'escolta dels seus arguments.³²⁴

El valor ètic determina quines accions són millors per realitzar; en aquest sentit, els codis deontològics de les infermeres proporcionen un marc ètic que guia les seves actuacions. El Consell Internacional d'Infermeres³²⁵ subscriu:

«Son inherentes a la enfermería el respeto a los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto».

La percepció de sentir-se respectat en creences i valors adquireix en l'immigrant, un significat de confort, a través del reconeixement, quan identifica respecte en les actuacions dels professionals cap a temes relacionats amb la seva pràctica religiosa o la seva espiritualitat, com l'alimentació o les pregàries. El reconeixement comporta excloure de la pràctica infermera els prejudicis i tenir en compte les creences dels clients partint dels seus valors. Sentir-se respectat en les pràctiques religioses proporciona una orientació sensible a les cures infermeres, que fomenten l'esperança i el benestar dels pacients. En aquest sentit, Moreno³²⁶ sosté que les demandes particulars dels immigrants, en el sistema de salut, xoquen amb la resistència de les institucions a fer distincions, en el sentit que les normes són per a tots i no es poden fer diferències. Es perd així la sensibilitat en les cures infermeres que adquireixen una orientació despersonalitzada.

Quan s'està sol pot aflorar un estat de transcendència filosòfica o religiosa. Hi ha temps per a la introspecció, per a la reflexió. Estar ingressat en una unitat d'hospitalització comporta la vivència de moments de solitud que propicien pensaments que van més enllà dels pensaments quotidians. Sentir-se feble o passar per moments reconeguts com a crucials pot generar qüestionaments personals vitals. En aquest sentit, Quintero³²⁷ expressa:

³²² Torralba, F.: «El valor de tenir valors», Badalona, Ara llibres, 2012, p.49.

³²³ *Ibid*, p. 49.

³²⁴ Torralba, 2012, *op.cit.*, p. 51.

³²⁵ International Council of Nursing, Code of Ethics of International Council of Nurses (2006), disponible a: <http://www.norosirujihemsireleri.org.tr/hukukkosesi_pdf/icn_code_of_ethics.pdf>.

³²⁶ Moreno, 2008, *op. cit.* p. 249.

³²⁷ Quintero N.C.: «Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería», Grupo de cuidado y práctica de enfermería, Bogotá, Unibiblos, 2000. p.187.

«La experiencia espiritual es una experiencia de pertenencia; es vista como todas aquellas creencias, valores y costumbres arraigadas en la persona. Es más que la creencia en sí; se relaciona con un ser superior, una fuerza creativa que guía y orienta nuestro camino. La dimensión espiritual busca equilibrio y armonía con el universo. Da respuestas sobre lo infinito y proporciona apoyo frente a la enfermedad y la muerte. Las creencias espirituales le permiten a la persona entender su lugar en el mundo».

La persona creix espiritualment i es recolza en aquells que li ofereixen suport, incloent figures o simbolismes religiosos i que constitueixen aquell recolzament espiritual important per fer front a les adversitats. L'assistència religiosa o espiritual pot resultar confortable en certs casos, de la mateixa manera que l'acompanyament de persones significatives en d'altres. L'acompanyament és estar present al costat de la persona que ho necessita i l'accepta; és una manera de comunicar la disponibilitat i el respecte. És estar allí compartint aspectes transcendents per a la persona o per a ambdues. En la infermeria, el confort proporcionat per la infermera en l'esfera espiritual, segons Watson,³²⁸ depèn del respecte demostrat cap a l'espiritualitat del pacient. Aquest li permet alhora establir un vincle entre ell i les seves necessitats espirituals. Tot i així, i segons la mateixa autora, cal que la infermera descobreixi el que té sentit i el que és important per al pacient; reconèixer les creences i el sentiment d'esperança,³²⁹ ser encoratjats i respectats és una influència significativa per a la promoció i el manteniment de la salut,³³⁰ alhora que per millorar la qualitat de l'experiència de l'ingrés.

Sentir-se respectat en les decisions preses a partir de la tradició en la qual un s'arrela afavoreix el confort durant l'ingrés.³³¹ El pacient immigrant hospitalitzat sent respecte cap a les seves creences i valors quan no identifica prejudicis ni recels en els professionals. En aquest sentit, sentir-se cuidat significa per a aquests pacients percebre, en les infermeres i auxiliars, respecte cap als seus costums i tradicions front la seva situació de salut per la qual estan passant.

³²⁸ Watson, 1998, *op. cit.* pàg. 100-101.

³²⁹ *Ibid.*, p. 27.

³³⁰ *Ibid.*, p. 30.

³³¹ *Ibid.*, p. 99.

5.2.2 La intimitat

Els pacients immigrants ingressats valoren la intimitat com un valor que cal respectar. La intimitat, segons Watson, està estretament relacionada amb el respecte a la dignitat i a la integritat humana del pacient. Per tant, forma part dels drets fonamentals de les persones.³³² La humiliació, la vergonya i la despersonalització constitueixen el resultat d'una intrusió en la intimitat. En l'estudi de Moreno,³³³ es destaca que, de manera freqüent, els pacients immigrants refereixen situacions en les quals han vist vulnerada la seva intimitat i en les que el seu cos ha estat exposat de manera innecessària. Aquest fet pot afectar seriosament la seva vivència de l'ingrés.

La cura requereix un significat de la intimitat més enllà de l'esfera corporal. En el contacte de la infermera amb el pacient, en una sala d'hospitalització, aquest es mostra tal com és, és a dir, no sols sense el vestit de carrer ni els arranjaments habituals, sinó també amb un estat anímic inusual. Així, el pacient es mostra sense cares i amb les respostes ordinàries possiblement modificades. Crear un entorn de protecció a la intimitat constitueix un primer pas per a la relació terapèutica.³³⁴

Les pràctiques hospitalàries, en general, i les cures infermeres, en particular, no sempre són sensibles a les manifestacions de pudor o d'incomoditat dels pacients en l'exposició del cos. Sentir-se cuidat significa percebre que les infermeres tenen en compte la distància i el tacte corporal atenent la resposta del pacient. Adam³³⁵ sosté que la intervenció infermera pot ser percebuda com una intrusió a la intimitat si no va acompanyada d'un discurs amb connotació d'ajuda que permeti la transversalitat de fronteres culturals. Si bé no és un tema exclusiu en els pacients amb distància cultural més contrastada aquest fet, en ells, pot adquirir major susceptibilitat a causa dels patrons culturals adquirits diferents al de la societat que els acull. Els pacients immigrants agraeixen de manera particular el respecte a la intimitat, així com a les tradicions culturals que habitualment segueixen. En el seu discurs, alguns poden expressar el sentiment de gratitud en percebre el respecte dels seus cuidadors, un valor universal compartit en distintes cultures i amb expressions diverses.

Sens dubte, el significat de sentir-se respectat adquireix sentit quan el pacient no se sent jutjat ni qüestionat per les infermeres en relació amb les seves creences i valors culturals, sentint reconeixement i respecte a la demostració de les seves pràctiques culturals, a les seves tradicions i a la seva intimitat.

³³² *Ibid*, pàg.102-103.

³³³ *Op.cit.*, 2008, p. 270.

³³⁴ Watson, 1998, *Op.cit.*, p. 103.

³³⁵ Adam, E.: «Être infirmière. Un modèle conceptuel», 3a ed., Éditions Études Vivantes, 1991, p.45.

5.2.3 La comunicació, el tracte i el reconeixement

El fet de sentir-se respectat emergeix a partir de la interrelació amb els altres, El respecte és fonamental per a qualsevol relació humana. Així està íntimament vinculat amb la comunicació, és el tracte i el fet de sentir interès per uns elements que confereixen qualitat en la comunicació interpersonal. Aquests dos elements, conjuntament amb l'idioma, configuren els diferents eixos que proporcionen significat a sentir-se respectat en una relació interpersonal.

La representació de sentir-se cuidat per infermeria durant un ingrés adquireix significat a partir de sentir-se en interrelació amb els professionals que atenen i tenen cura en l'hospitalització. Sentir-se en interrelació significa sentir-se correspost en el marc d'una relació interpersonal respectuosa, on la confiança pren un paper rellevant en la relació d'ajuda que s'estableix en les cures infermeres. Per al desenvolupament d'aquesta relació, Watson apunta que la infermera ha de ser sensible a l'encontre interpersonal amb el pacient i, alhora, ha de considerar aquest com un ésser humà amb sentiments i pensaments, no com a objecte de cura.³³⁶

L'experiència viscuda de ser cuidat en un hospital adquireix rellevància per al pacient d'origen extracomunitari a través del tracte rebut, respectuós i amable. Aquesta és l'expressió del reconeixement de l'altre. Tenir cura i atendre els pacients no sols significa realitzar les tècniques i els procediments adients, sinó comunicar-se de manera eficaç, a través d'expressions verbals i no verbals en un clima d'afecte humà. Sentir-se cuidat sols pot esdevenir a partir de la relació interpersonal terapèutica.³³⁷

Les persones immigrants entenen les professions sanitàries com a humanistes; per tant, esperen, de les infermeres i auxiliars, una atenció personalitzada més enllà de la tècnica. En aquest sentit, distingeixen de manera clara entre l'actuació professional protocol·lària i entre el tracte humà, aquest no sempre percebut durant l'ingrés. El primer, o correcte no sempre va acompanyat del segon i, per tant pot percebre's com a fred i distant. Watson³³⁸ considera el tracte humà com aquella condició interpersonal que, conjuntament amb la congruència i l'empatia, configuren una relació d'ajuda a través d'una comunicació terapèutica.

També, quan el tracte rebut pels professionals es percep com a infantilitzat, el pacient el considera despersonalitzat i no respectuós. Per a Beltrán-Salazar³³⁹ és una manera de demostració de poder per part infermeria. El pacient, en aquest cas, se sent desvalorat, no reconegut en la seva maduresa i tractat més com un objecte que com un subjecte. La seva

³³⁶ *Ibid.*, pàg. 36-37.

³³⁷ *Ibid.*, p. 23.

³³⁸ *Ibid.*, p. 42.

³³⁹ Beltrán-Salazar, O.: «Dilemas éticos en el cuidado enfermero», *Index Enferm.*, Granada, núm. 1-2, juny 2011, [article en línia], disponible a <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100008&script=sci_arttext>.

vivència és adversa i no distingeix un tracte correcte i, per tant no se sent ajudat. El mateix autor³⁴⁰ escriu:

«La palabra tiene el poder de ayudar en la recuperación y de tranquilizar y calmar en la enfermedad; es una forma de transmitir compañía y ha de estar presente en las intervenciones terapéuticas de las enfermeras ya que los pacientes la necesitan y la extrañan».

Sentir-se respectat en el tracte es construeix a partir de l'empatia, de la simpatia, l'amabilitat, la cordialitat i el reconeixement; també des de la igualtat i les formes educades. Per tant, el significat de sentir-se respectat inclou de manera simultània el tracte professional i el tracte humà i sensible cap a la persona i la situació per la qual travessa. Sentir-se cuidat per infermeria es configura a partir de valors humans universals com l'amabilitat i l'afecte.³⁴¹

La percepció de relació i comunicació adquireix un significat gratificant per al pacient a través de la qualitat en la interacció amb els professionals. El fet de sentir-se ben tractat és un indicador clar. Al contrari, sentir distància en el tracte pot causar percepció de rebuig, despersonalització i incomoditat. Moreno³⁴² sosté que els immigrants, malgrat que valoren molt positivament els recursos del sistema sanitari espanyol i la capacitat tècnica dels professionals, no mostren unanimitat pel que fa a la percepció d'un tracte humanitzat. L'experiència de l'ingrés no és agradable quan es perceben diferències en el tracte que els professionals ofereixen als autòctons i als immigrants; de manera particular, si aquestes es perceben com a discriminatòries per temes religiosos o culturals. Percebre missatges dels professionals que al·ludeixen al color de la pell, en clau racista, contribueix a sentir amenaçada la dignitat. El tracte discriminatori en les cures infermeres sols pot entendre's des del desconeixement de l'altre i del no reconeixement de la dignitat de les persones.³⁴³

El bon tracte té una especial importància per sentir-se cuidat. El tracte s'entén com una manera d'apropament, respectuosa i valorativa de la individualitat i potencialitats de l'altre; en el cas de les infermeres, respon a una obertura constant cap a l'altre, una presència genuïna davant del pacient, com a persona.³⁴⁴ Sentir-se ben tractat durant un ingrés, percebre amabilitat i sentir-se reconegut per les infermeres i les auxiliars, en tots els torns d'infermeria, proporciona un significat rellevant i global de tot l'equip professional.

Reconèixer els altres significa no ignorar-los, estar present,³⁴⁵ donar resposta, creure en ells. Sentir-se reconegut està vinculat amb un tracte igualitari i moral. És aprovar la

³⁴⁰ *Ibid.*

³⁴¹ Watson, 1998, *op.cit.*, p. 25.

³⁴² Moreno, M.: «La relación con el paciente inmigrante. Perspectivas investigadoras», *Index Enferm*, 2005 (a), núm. 50, pàg. 25-29.

³⁴³ Guillaumet, M.: «La interacción entre las personas en los cuidados enfermeros. Perspectiva intercultural», a: M. Boladeras (coord), *¿Qué dignidad? Filosofía, Derecho y práctica sanitaria*, Cànoves, Proteus, 2010, p. 162.

³⁴⁴ Balanza, G. N.: «El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado», *Ciencia y Enfermería*, 1997, núm. III, vol. 1, p.66.

identitat de l'altre. Tanmateix està relacionat amb la necessitat psicoafectiva de ser tingut en compte, de sentir interès per un, de sentir-se valorat i respectat. Sentir interès per un és percebut en la relació interpersonal com un component essencial per sentir-se en interrelació amb els altres, en general i de manera particular en les cures infermeres. El seu significat va més enllà del procés de salut. Els participants expressen l'interès percebut cap a ells. En aquest sentit, en l'àmbit de les cures està relacionat amb el fet de percebre del professional una actitud de reconeixement cap a la persona atesa i cuidada, una actitud oberta en les infermeres i les auxiliars que permet una obertura expressiva i en mostrar-se un mateix. El reconeixement és una actitud que apel·la la responsabilitat, a donar resposta a les necessitats i preocupacions de la persona cuidada: *l'altre*. Emmanuel Lévinas (1905-1995) ha estat el filòsof per excel·lència que ha tractat sobre aquest tema. Ell identifica l'altre amb el rostre, com un anar més enllà de les faccions.

*«El otro no se ve, se escucha, no es la cara, es la huella del otro, es la presencia viva del otro. El otro no es cuestión de ver sino de oír. Para qué necesito oír: porque si no le doy la posibilidad de decirme quién es, nunca lo sabré. El rostro es la palabra de los que no poseen voz, de los más necesitados, (...) Por lo tanto soy responsable de los sufrimientos del otro, vigilante³⁴⁶ del otro, debo responder por el otro cuando él no me responda».*³⁴⁷

Sentir-se cuidat i ben tractat significa percebre en les infermeres i auxiliars reconeixement i respecte a través d'expressions de preocupació per un i pel seu estat. Quan no s'hi identifiquen pot aportar un significat d'infravaloració i desatenció. En aquest sentit, Beltrán-Salazar³⁴⁸ sosté en el seu estudi:

«Los contactos físicos y verbales entre enfermeros y pacientes son la forma de llevar a cabo el cuidado de enfermería y en los encuentros propios del cuidado la valoración es bilateral; los enfermeros valoran el estado de salud y las respuestas físicas y psicológicas de los pacientes y a su vez, los pacientes valoran las actitudes, el deseo de ayudar, los gestos y disposición de los enfermeros».

Des d'una perspectiva fenomenològica, la preocupació de la infermera cap a la persona de qui té cura involucra, necessàriament, preocupació pel que la persona és i pot arribar a ser; és tenir cura cap al seu projecte, cap a les seves possibilitats. Implica un moviment d'aproximació cap a l'altre com a persona total, única i irrepetible, amb la finalitat d'anticipar-se a la seva necessitat, alhora que habilitar-lo per enfrontar-la.³⁴⁹

³⁴⁵ Hesbeen, *op.cit.*, p.106.

³⁴⁶ Vigilant en el sentit d'estar atent a l'altre o vetllar per ell.

³⁴⁷ Lévinas, E.: *Ética e Infinito*, 2ª edició, Madrid, Gráficas Rógar, S.A, 2000, p.75.

³⁴⁸ *Op.cit.*, 2011.

³⁴⁹ Balanza, *op.cit.*, p.66.

Situacions de màxim impacte emocional en les quals al propi ingrés s'afegeix, per exemple, tenir un nadó malalt ingressat confereix fragilitat emocional que pot produir major necessitat d'afecte. Aquesta necessitat pot veure's afectada pel procés de salut, per sentir-se en un entorn estrany, lluny dels parents o per sentiments d'incerteses i pors.

La cura infermera té un component afectiu que complementa les tècniques i procediments, i que preveu tenir en compte la vivència del client front situacions particulars de salut–ingrés. Quan el pacient percep que una infermera no sols atén les seves necessitats físiques sinó que s'interessa veritablement per ell, és susceptible de tenir confiança i esperança en les cures infermeres.^{350,351} Així, sentir interès per un és percebut com un component essencial de les cures infermeres; el seu significat va més enllà del procés de salut, de les atencions físiques i tècniques, i repercuteix directament en la qualitat de les cures i de l'experiència viscuda.

5.2.4 La comunicació terapèutica

La principal preocupació del pacient no sempre està relacionada amb la causa de l'ingrés; sense una comunicació terapèutica efectiva el professional la desconeix. Valverde³⁵² defineix comunicació terapèutica com:

«La comunicación específica para una relación en la que una persona tiene el rol de ayudar a otra. Pero es mucho más que esto. La comunicación terapéutica constituye un enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro es el paciente, su narrativa (lo que dice y como lo dice), su experiencia de la enfermedad, del sufrimiento y lo que significa para él, como el profesional escucha, atiende y diálogo con él sobre esta experiencia».

Per tant, la comunicació terapèutica és una especificitat de la comunicació que la converteix en professional. La comunicació verbal i no verbal dels professionals és un component fonamental en la qualitat de la vivència d'un ingrés, a través del qual el pacient percep l'interès dels seus cuidadors; des dels aspectes purament biològics i tècnics fins a aquells relacionats amb la globalitat de la persona, la seva família i la seva situació vital. En com se sent i en el com viu aquella situació particular. Beltrán-Salazar³⁵³ ho identifica en un dels seus estudis: «A los pacientes se les ha asignado un papel secundario y los enfermeros y la tecnología pasan a ejercer un primer lugar; en estas condiciones el paciente que ha de ser *un fin*, es relegado a la condición de medio».

³⁵⁰ Watson, 1998, *op.cit.*, p. 36.

³⁵¹ Benner, P.: *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*, Paris, Intereditions, 1995, p. 188.

³⁵² Valverde, *op.cit.*, p.19.

³⁵³ *Op.cit.*, 2011.

5.2.5 La identificació del professional

Poder identificar el professional que atén i té cura d'un significa conèixer el seu nom i saber a qui ha de dirigir-se quan ho necessiti. Així, el pacient pot identificar, en un equip infermer, la infermera i l'auxiliar assignades a la seva atenció i cura. Aquest fet reforça la confiança i promou la relació professional respectuosa. Quan el professional no es presenta al pacient i, per tant, aquest desconeix a qui ha de dirigir-se en situacions o demandes concretes, pot significar confusió i aïllament. Beltrán-Salazar³⁵⁴ així ho relata:

«Presentarse y dar a conocer el cargo y la participación que se va a tener en el cuidado hacen parte de la fase de acercamiento con la cual se da inicio a las interacciones del cuidado; esto permite al paciente conocer lo que puede esperar de los miembros del equipo de enfermería. El trato impersonal y frío no resulta útil para construir una relación, además de que no causa una buena impresión en los pacientes».

Un altre aspecte relacionat amb la identificació i el respecte és l'uniforme. El pacient li atribueix un valor de respecte i d'adequació al rol professional expert.

5.2.6 L'idioma

Nombrosos són els estudis^{355, 356, 357, 358, 359} que indiquen la importància de la comunicació, de manera particular en els pacients de grups ètnics minoritaris i de les dificultats que es donen en àmbits de salut quan aquesta comunicació no és efectiva. Quan pacients i professionals no comparteixen un idioma comú han d'utilitzar intèrprets per assegurar una comunicació efectiva en la transmissió dels missatges. Poder identificar que el professional s'esforça a comunicar-se, transmet al pacient la percepció de reconeixement i respecte; per tant, la seva vivència és gratificant i reforça la comunicació amb infermeria. En aquest sentit, quan són altres persones de l'entorn cultural del pacient que fan de pont amb els professionals, genera una vivència positiva poder comprendre el missatge transmès.

Moreno³⁶⁰ sosté que quan hi ha manca de voluntat en els professionals per comunicar-se amb els pacients immigrants sovint és degut a l'existència de prejudicis i rebuig. En aquest sentit, i des de la perspectiva del pacient immigrant, no poder parlar ni comprendre l'idioma local no és necessàriament un problema en les cures, si té al seu costat persones del seu

³⁵⁴ *Ibid.*

³⁵⁵ Brooks, *op. cit.*

³⁵⁶ Vydelingum, *op.cit.*,2005.

³⁵⁷ Shouten, BC; Meeuwesen, L.: «Cultural differences in medical communication: a review of the literatura», *Patient Educ Couns.*, 2006, núm. 64, pàg.21-34.

³⁵⁸ Shadmi, E.: «Quality of hospital to community care transitions: the experience of minority patients», *International Journal for Quality in Health Care*, 2013, vol.3, núm.25, pàg. 255-260.

³⁵⁹ Nkulu Kalengayi, F. K.; Hurting, A. K.; Ahlm, C.; Ahlberg, B. M.:«It is a challenge to do it the right way: an interpretative description of caregivers'experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden», *BMC Health Services Research*, 2012, núm.12, p.433.

³⁶⁰ *Op.cit.*, 2008.

entorn cultural que poden ajudar-lo i comunicar-se amb els professionals, si aquests hi participen.

Tot i que hi ha un debat sobre la idoneïtat de qui fa d'intermediari entre el pacient i el professional,³⁶¹ des d'una perspectiva de l'experiència viscuda, quan el pacient pot comunicar-se amb els seus cuidadors, se sent integrat en la relació; per tant, per a ell adquireix un significat de ser tingut en compte i respectat.

L'ús de tecnicismes en el llenguatge, així com de frases fetes, despersionalitzava la relació. Beltrán-Salazar³⁶² ho identifica en el seu estudi: «Palabras y frases preestablecidas se utilizan por los enfermeros para minimizar las expresiones de los pacientes como: *no pasa nada, todo está bien, o quédese tranquilo*». Quan hi ha distància idiomàtica o es desconeix l'argot, els missatges poden arribar distorsionats i causar confusió o malentesos.

5.2.7 El respecte a través de la mirada dels professionals

La qualitat de la comunicació interpersonal es veu afectada per l'imperant model biomèdic establert a l'hospital des dels segles XVII-XVIII.³⁶³ Aquest model, de caràcter jeràrquic, interfereix en com es produeix la comunicació i en com la percep el pacient, ja que per les seves característiques discrimina «el sentir de l'altre». Per tant, la comunicació en les cures infermeres dependrà més de la filosofia de les infermeres i auxiliars en relació amb la mirada que tenen cap als pacients, que exclusivament del maneig de tècniques comunicatives. La mirada humana i comprensiva transmet al pacient, a través de la comunicació terapèutica, una percepció d'equitat i de reconeixement en una relació humana, sensible i digna.

El respecte a la dignitat és clau per a infermeria, ja que el component humà de la cura infereix un espai per confortar les persones des d'una perspectiva d'unicitat i multidimensionalitat.³⁶⁴ El deure de respectar la dignitat de tota persona prové del sentit de la responsabilitat d'un mateix, arrelat en la pròpia autonomia i en la consciència del ser autònom dels altres.³⁶⁵

³⁶¹ Vissandjée, B.: « ¿Es posible la comunicación intercultural? Teoría y práctica », a: M. Boladeras (coord), *Bioética, género y diversidad cultural*, p.19-40, Cànoves, Proteus, 2012.

³⁶² *Op.cit.*, 2011.

³⁶³ Moreno, 2008, *op.cit.* p.232.

³⁶⁴ Vecillas, M.J.: «La dignidad en los cuidados de salud». *Ética de los cuidados*, gener-juny 2008, vol. 1, núm.1, disponible a: <<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6759.php>>.

³⁶⁵ Boladeras, M.: «La dignidad humana y los primeros estadios de la vida», a: M. Boladeras (coord), *¿Qué dignidad? Filosofía, Derecho y práctica sanitaria*, p.11-47, Cànoves, Proteus, 2010, p.17.

5.3 Sentir-se segur

La definició de seguretat és variable segons l'enfocament que se li dona. Un dels més consensuats actualment, des d'una perspectiva sanitària, la defineix com l'absència de potencial per l'aparició de lesions associades en els processos de salut, generada per la prevenció d'errors o dels seus efectes.^{366,367} El seu abordatge, també ampli, està relacionat amb l'anàlisi i control dels esdeveniments adversos que sorgeixen, en els àmbits sanitaris, de les intervencions efectuades, i que impliquen riscos a causa de la conjugació complexa de processos, tecnologies i interaccions humanes. Si bé aquestes intervencions contribueixen a accions beneficioses, també inclouen un ventall de possibilitats de pràctica insegura que provoquen esdeveniments adversos.³⁶⁸ Aquests darrers estan identificats principalment amb: 1) la identificació del pacient, la comunicació, el maneig de medicació, els procediments quirúrgics, les infeccions nosocomials, l'entorn segur i factors humans.

Maslow, des de la psicologia, identifica la seguretat com una necessitat essencial en el creixement i en el desenvolupament humà.³⁶⁹ L'autor la vincula a la seguretat física, als recursos necessaris per viure amb dignitat i a la protecció de les pertinences. En la seva teoria, descriu la jerarquia de les necessitats humanes en forma de piràmide organitzada en cinc nivells, on les necessitats bàsiques o fisiològiques de les persones (alimentació, respiració, descans...) es troben en la base i les més rellevants o fonamentals al cim (autorealització). Els cinc nivells corresponen a les necessitats: fisiològiques, de seguretat, afiliació, reconeixement i autorealització. Seguint el mateix autor, a mesura que les necessitats són satisfetes o assolides, en sorgeixen d'altres d'un nivell superior o millor. La satisfacció més alta representa un nivell de plena felicitat o harmonia personal.

A més, León³⁷⁰ des de la perspectiva infermera, sosté que la seguretat del pacient no és un modisme ni un nou enfocament en els serveis de salut, sinó una responsabilitat en l'acte de tenir cura. La seguretat del pacient implica responsabilitat legal i moral en l'exercici professional infermer que ha de desenvolupar-se de manera competent i segura, sense negligència ni mala praxi.

Des de la perspectiva del pacient, la seguretat té a veure amb sentir-se segur i protegit. Sentir-se segur significa, en essència, que és físicament impossible que certes coses li

³⁶⁶ Pronovost P.J.; Thompson D. A.; Holzmueller C.G.; Lubomsky L.H.; Morlock L.L.: «Defining and measuring patient safety», *Crit Care Clin.* 2005, núm. 21, pàg.1-19.

³⁶⁷ Vincent C.: «Understanding and responding to adverse events», *N Engl J Med.* 2003; núm. 348, pàg.1051-6.

³⁶⁸ Villareal, E.: «Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad», *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2007, vol. 23, núm.1, pàg. 112-119.

³⁶⁹ Abraham Maslow va desenvolupar la teoria psicològica de la jerarquia de les necessitats humanes en la seva obra: *A theory of human motivation*, en el 1943, que posteriorment va ampliar. Maslow, A. H., *Psychological Review*, vol 50, núm.4, Jul 1943, pàg. 370-396.

³⁷⁰ León Román, C. A.: «La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado». *Rev. Cubana Enferm* 2006, vol. 22, núm. 3, [en línia], disponible a: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html>.

puguin ocórrer a un.³⁷¹ Tot i així, la seguretat per al pacient immigrant, i segurament també per a l'autòcton, va més enllà de la dimensió física, sent l'emocional la que proporciona també seguretat a partir d'un entorn reconegut com a protector i segur.

5.3.1 La seguretat emocional

La seguretat emocional es relaciona, per una banda, amb el saber que es pot confiar en la inherent capacitat d'exercir el ple control dels propis sentiments³⁷² i, per altra banda, en tenir confiança en l'atenció respectuosa i no nociva dels altres cap a un. Per tant, es vincula amb l'autonomia personal, i el respecte i la bondat en les interaccions humanes.

Sentir-se segur per a Watson³⁷³ significa viure en absència d'amenaça o perill, sent aquest resultant tant de l'entorn intern com de l'extern a la persona. El primer, segons l'autora, està constituït entre d'altres, pels dubtes i preocupacions, generades arran del processos viscuts com una amenaça. El segon entorn, origen de molts comportaments de les persones que es troben en processos de salut-malaltia, es relaciona amb un entorn desconegut, despersonalitzat o percebut com a amenaçador i dels conseqüents esforços realitzats per sentir-se segur.

5.3.2 La informació

La informació sobre els processos de salut i el tractament seguit, així com la qualitat i la forma en què es comunica aquesta informació són elements clau per sentir-se segur durant un ingrés. Hi ha situacions vitals crucials com poden ser, en la vida d'una dona, l'embaràs i el part, en què aquests elements adquireixen més intensitat.³⁷⁴ Segons Moreno, mentre els professionals obtenen amb diligència informació dels pacients, de manera sistemàtica i organitzada, aquests darrers la reben de manera fragmentada i minsa.³⁷⁵

Si bé la informació sobre el diagnòstic mèdic i sobre el procés mèdic de la malaltia no és, en certa manera, competència de la infermera, això no l'eximeix de ser sensible a la necessitat i la demanda informativa del pacient en aquest sentit. Tenir cura d'aquest aspecte i fer d'enllaç entre el pacient i el metge o altres professionals contribueix a disminuir estats d'angoixa, aclarir malentesos i obtenir una informació comprensible. En aquest sentit, Benner sosté que la infermera pot explicar l'actitud del malalt al metge i el comportament del metge al malalt, en clau de mediació.³⁷⁶ El fet de tenir informació permet

³⁷¹ Wittgenstein, L.: Conferencia sobre ética, [en línia] Disponible a <http://www.filosoficas.unam.mx/~tomasini/TRADUCCIONES/WITTGENSTEIN/Etica.pdf>. Wittgenstein va impartir aquesta conferència el 17 de novembre de 1929. Va ser publicada la primera vegada el 1965 a *Philosophical Review* i reproduïda, amb alguns aclariments en el *Philosophical Occasions*. 1912-1951. Editat per James Klagge i Alfred Nordmann, Indianapolis & Cambridge, Hackett Publishing Company, Inc, 1993.

³⁷² Lindelfield, G.: *La seguridad emocional*, Barcelona, Kairós, 1988.

³⁷³ Watson, 1998, *op.cit.*, p.104.

³⁷⁴ Canaval, G.E. *et al.*: «La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible"», *Investigación y Educación en Enfermería*, 2003, V. 21, núm. 2, pàg. 32-46.

³⁷⁵ Moreno, 2008, *op.cit.*, p. 243.

³⁷⁶ Benner, *op. cit.*, p. 187.

prendre decisions terapèutiques de manera autònoma segons les necessitats particulars i els criteris. El codi deontològic del CIE³⁷⁷ així ho expressa: «*La enfermera se asegurará de que el paciente reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que dé a los procedimientos y a los tratamientos relacionados*». Per tant, la infermera té la responsabilitat, no sols d'informar sobre les diferents fases del procés d'atenció d'infermeria,³⁷⁸ sinó de comprovar si el pacient té coberta la necessitat d'estar informat sobre el seu procés. La informació proporcionada per la infermera no relacionada expressament amb les cures va dirigida a una millor comprensió de la situació de salut i del tractament i, en conseqüència, té efectes positius en el pacient en la disminució de possibles neguits i en l'adherència al tractament.³⁷⁹ Quan el pacient demana una informació més tècnica, la infermera actua com a intermediària amb altres professionals i facilita en cas necessari, els recursos per obtenir-la.

Quan la informació es dóna en un clima de confiança i d'accessibilitat, el significat de sentir-se informat quan es demana, no sols proporciona coneixement de la informació, sinó també percepció de respecte i de ser tingut en compte. Confiar en que l'altra persona no enganya és la condició necessària perquè es produeixi la comunicació, perquè es pugui parlar.³⁸⁰

L'experiència d'emmalaltir pot constituir una experiència de crisi, de ruptura o de dol; aquesta fa referència no sols a deteriorament o decadència, sinó a transformació, alteració i canvi personal, tant des de la perspectiva corporal com des de la dimensió psicològica, social o inclús espiritual.³⁸¹ Tanmateix, l'experiència d'un ingrés, quan l'hospital es percep com un lloc aliè i hostil, afegeix sentiments d'amenaça i inseguretat no sempre percebuts.³⁸²

En aquest escenari, el pacient immigrant extracomunitari se sent segur quan troba resposta a les seves preguntes i pot donar un sentit al seu procés de salut, com també li produeix tranquil·litat conèixer els procediments que se li realitzen, els tractaments que se li administren i les possibles reaccions que se'n poden derivar. Poder comprendre els processos durant un ingrés permet que els esdeveniments s'apreciïn com a menys estressants, bé perquè dóna la possibilitat d'un afrontament anticipatori,³⁸³ bé perquè genera confiança en la infermera que els realitza.

³⁷⁷ International Council of Nursing, *Code of Ethics of International Council of Nurses* (2006), *op.cit.*, p.2.

³⁷⁸ El procés d'atenció d'infermeria és una metodologia de treball sistemàtica basada en el mètode científic que consta de: valoració, diagnòstic, planificació, intervenció i avaluació.(Adams, 1991, pàg. 23-47)

³⁷⁹ Sotoca-Momblona, J.M; Codina-Jan, C.: «Cómo mejorar la adherencia al tratamiento», *Jano*, abril-maig 2006, núm. 1605, p.39.

³⁸⁰ Camps, V.: *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*, Barcelona, Ares y Mares, 2001, pàg.186-187.

³⁸¹ Gómez-Londoño, E.: «El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico. Una perspectiva bioética». *Perspectivas bioéticas*, 2008, vol. 12, núm. 2, p.147.

³⁸² Kleinman, Benson, *op. cit.* p.17 i s.

³⁸³ Rodríguez, Zurriaga, *op.cit.*, p.42.

Quan el pacient percep manca d'informació sobre l'evolució del seu procés, així com quan identifica contradiccions en els missatges dels professionals, se li pot desencadenar una situació desagradable i confusa que afecta la qualitat de la vivència de l'ingrés, alhora que genera una percepció de no sentir-se correctament atès per manca de reconeixement. Aquest procés pot produir desconfiança cap als professionals.

Quan es tracta de processos fonamentals per al pacient, com la gestació, la manca d'informació genera angoixa i confusió. En aquestes situacions, hi ha poca comprensió sobre algunes pràctiques mèdiques realitzades, generalment per desconeixement. Per tant, una completa informació sobre el tema segons la demanda del pacient, comprensible i adaptada, pot evitar aquesta vivència amenaçadora. En aquest cas, la sensibilitat de la infermera té un paper fonamental per a la detecció i l'actuació davant estats carencials i desestabilitzadors a causa d'un desencert informatiu.

5.3.3 La confiança

La confiança és un estat psicològic basat en l'expectativa de com els altres es comportaran amb un mateix, en el futur.³⁸⁴ És la seguretat i l'esperança dipositada en una persona, que en l'àmbit sanitari generalment es tradueix en una ajuda o en un bé esperat. Per a Camps: «*Confiar es abandonar-se a otro, correr incluso el riesgo de que me perjudique o me haga daño, aunque precisamente porque hay confianza espero que eso no ocurra. La confianza es un sentimiento en principio inherente al ejercicio profesional*».³⁸⁵ La confiança és la base de la relació terapèutica; per tant, una relació de confiança entre el professional i el pacient pot tenir un efecte terapèutic directe. La confiança augmenta la qualitat de la interacció, permet encoratjar els canvis de comportament necessaris i pot permetre una major autonomia del pacient en la presa de decisions sobre el tractament i el procés.³⁸⁶ En els pacients s'afiança quan els professionals transmeten la informació de manera respectuosa, personalitzada, coherent i clara a través d'una comunicació amb enfocament terapèutic. La veracitat de la informació i el com es comunica és fonamental; informar d'un fet i fer-ho de manera insuficient o contradictòria, pot incidir directament en la comoditat i en la percepció de seguretat en l'ingrés. No obstant això, tot i la rellevància d'aquest fet, hi ha persones que per cultura no perceben la necessitat de preguntar al professional ja que hi confien plenament. Així i tot, la infermera ha d'estar en disposició d'identificar els possibles malentesos i neguits causats per una llacuna informativa, per un error en la comunicació o pel desconeixement del mateix malalt.

³⁸⁴ Gilson, L.: «Trust and the development of health care as a social institution», *Social Science & Medicine* 2003, núm.56, p.1454.

³⁸⁵ *Op.cit.*, p.185.

³⁸⁶ Gilson, *op.cit.*, p.1459.

5.3.4 Informació diligent del professional

Informar un pacient hospitalitzat no significa exclusivament fer-ho sobre el procés de salut o la malaltia. Fer-ho sobre la disponibilitat de l'equip d'infermeria és fonamental per a la seguretat del pacient. Amb tot i així la qualitat de la comunicació inclou també informar de la possible demora puntual, si és el cas, amb una actitud d'interès per la persona i la seva necessitat. Quan la infermera o l'auxiliar no informa el pacient del perquè no acudeix immediatament, quan aquest ho demana, el pacient pot no comprendre el motiu, ja que desconeix, en la majoria de casos, la dinàmica del treball infermer i les necessitats contextuais que hi ha en aquell moment. Per tant, quan el pacient se sent desatès davant un dolor o una necessitat concreta, i no té resposta de la infermera, ho viu com a desprotecció i abandó. La resposta diligent transfereix al pacient la percepció que el professional el té en compte i que l'atendrà en el moment més apropiat, sense consciència d'abandó. Generar un clima de respecte i acollida garanteix un major benestar per al pacient i té efectes terapèutics perquè ell se sent còmode, segur i confiat.³⁸⁷

5.3.5 Sentir-se ajudat

Sentir-se ajudat, en un ingrés hospitalari, reforça el significat de sentir-se segur en la mesura de saber que les necessitats, que de manera autònoma no es poden cobrir, estan cobertes pels professionals. Sentir-se ajudat, però, ha d'anar més enllà del pur acte físic. Implica una actitud responsable, competència i capacitat de resposta.³⁸⁸ Per aquest motiu, el pacient aprecia en les infermeres i auxiliars una ajuda diligent o una resposta ràpida, de manera particular quan té dolor.

Necessitar ajuda pot estar relacionat amb la consciència de vulnerabilitat. L'ésser humà, com a entitat mundana, és ja un ésser dèbil, fràgil i vulnerable^{389,390} que davant l'adversitat en pren consciència afectant la seguretat.³⁹¹ Segons Boixareu,³⁹² l'ingrés hospitalari emmarca el pacient en un espai limitat, en el qual la vulnerabilitat aflora arran del bloqueig dels recursos personals. Moreno³⁹³ afegix que l'hospitalització i la malaltia són moments incisius marcats per la fragilitat física i psíquica de les persones. És aquesta percepció de feblesa que pot incrementar la necessitat de rebre ajuda davant necessitats específiques que en una altra situació serien satisfetes de manera autònoma. Sentir-se ajudat en les necessitats bàsiques reconforta.³⁹⁴ Per tant, sentir-se ajudat està relacionat amb la

³⁸⁷ Gómez-Londoño, *op.cit.*, p.151.

³⁸⁸ Gastmans, C.: «The care perspectiva in healthcare ethics», a: A. J. Davis; V. Tschudin; L. de Raeve (ed), *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics*, p.138, Edinburgh, Elsevier, 2006.

³⁸⁹ Domingo Moratalla, T.: «Lectura bioètica del ser humano: autonomia y vulnerabilidad», *Thémata, Revista de filosofía*, 2004, núm.33, p.425.

³⁹⁰ Torralba, F.: «Hacia una antropología de la vulnerabilidad», *Revista Forma* 2010, vol.2, p.25.

³⁹¹ *Ibid.*, p.31.

³⁹² Boixareu, 2003, *op.cit.*, p.173-174.

³⁹³ Moreno, 2007, *op. cit.*

³⁹⁴ Collière, F.: «Cuidar...asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida», *Index de Enfermería* 1996, any V, núm. 18. p.12.

percepció de rebre suport, cooperació, atenció o assistència davant una carència o una limitació temporal. Quan es percep com a diligent, el pacient afegeix significat en aquesta ajuda i valora la disponibilitat dels professionals. Així i tot, no és suficient l'ajuda com un acte d'intervenció mecànic; sentir-se ajudat es relaciona amb una ajuda proporcionada en un entorn d'empatia, d'escolta receptiva, d'atenció a les emocions del pacient, d'acompanyament i de respecte; és a dir, en el marc d'una comunicació terapèutica.³⁹⁵ En aquest sentit, els participants concreten algunes de les situacions viscudes durant el seu ingrés en les quals rebre ajuda de les infermeres i auxiliars és significatiu per a ells: l'atenció a un dolor amb l'administració d'analgèsics, l'ajuda en la higiene en situació de limitació, l'acompanyament en els desplaçaments insegurs o inestables, així com en situacions psicològiques compromeses com l'angoixa, la por o la fragilitat emocional, en són algunes.

5.3.6 Comoditat en l'entorn hospitalari

Un altre aspecte relacionat amb el significat de seguretat és sentir-se còmode en i amb l'entorn. Els pacients immigrants identifiquen les instal·lacions, l'equip infermer, els seus torns de treball i les persones més properes com a components d'aquest entorn; per a ells tenen una especial rellevància. Així descriuen percepcions i sentiments de seguretat a partir de la unitat d'hospitalització, de la professionalitat de les infermeres i les auxiliars, del torn nocturn i dels acompanyants que té durant l'ingrés.

5.3.7 La unitat d'hospitalització

Quant a la unitat d'hospitalització, la higiene i la desinfecció de les instal·lacions i del material de cures infereixen seguretat i percepció de benestar. Aquest fet podria estar relacionat amb el valor atribuït a la neteja i a la higiene, valors que en l'estudi realitzat per Mira³⁹⁶ sobre la satisfacció dels pacients ingressats també apareixen identificats, si bé no relacionats explícitament amb la seguretat.

5.3.8 L'habitació compartida

Pel que fa als ingressos viscuts pel pacient com de llarga duració poden causar incomoditat a causa de la restricció d'espai i de les pertinences personals, així com de la manca d'intimitat relacionada amb l'habitació compartida. En aquest sentit, s'altera la possibilitat de fer els ajustaments que es farien en l'entorn habitual com endreçar el mobiliari, facilitar la disponibilitat d'objectes familiars o realitzar canvis per evitar sorolls.³⁹⁷ En aquestes situacions es fa evident trobar-se en un lloc estrany i despersonalitzat

³⁹⁵ Valverde, *op. cit.*

³⁹⁶ Mira, J.J. *et al.* : « Qué hace que los pacientes estén satisfechos ? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi », *Rev Calidad Asistencial* 1999; núm.14, p.169.

³⁹⁷ Rodríguez, Zurriaga, *op.cit.*, p.88.

determinat en ocasions per la incertesa de la durada, fet que contribueix a la percepció d'amenaça.

Watson sosté que la infermera té un paper fonamental en el confort del pacient amb la cura de l'entorn. Així, afegeix que sumat a l'estrès que produeix un ingrés, l'entorn de l'hospital és crucial per al benestar mental i físic del pacient.³⁹⁸

5.3.9 Desconeixement del sistema de salut

Així mateix, la seguretat en l'entorn pot veure's compromesa quan hi ha desconeixement del sistema de salut i dels procediments administratius a efectuar en el procés de l'ingrés, molt relacionat també amb la seva informació i comunicació.

5.3.10 La professionalitat dels cuidadors

En relació amb la professionalitat dels professionals els pacients ho relacionen amb un significat de sentir-se ben cuidat. Aquesta percepció, en els pacients immigrants, es veu reforçada quan identifiquen que infermeria s'ocupa de tot sense reconèixer carències ni problemes durant l'hospitalització. Aquest fet dóna confiança i, per tant, seguretat en un entorn sovint percebut com a amenaçador. El pacient es fia i reconeix una autoritat professional i moral³⁹⁹ a la infermera i l'auxiliar. Tot i així, el significat de sentir-se ben cuidat no sols prové de les intervencions infermeres, sinó també de la identificació d'un component afectiu que les acompanya. Percebre la cura a partir dels dos significats, el primer com a rebre resposta i cobertura de les necessitats bàsiques (instrumental); i, el segon, com una resposta emocional que l'acompanya (existencial o expressiva), està d'acord amb el significat de la cura infermera proposat per Davis i Fowler,⁴⁰⁰ que la defineix com un fenomen complex i intersubjectiu que es realitza amb responsabilitat. Tenint en compte que el respecte és el significat que les persones immigrants d'origen extracomunitari atribueixen a l'experiència de ser cuidat per infermeres i auxiliars de manera conjunta amb la seguretat, el significat d'una cura d'excel·lència es construeix de la conjunció entre la competència científicotècnica i la competència ètica, d'acord amb Torralba i Palazzi.⁴⁰¹

5.3.11 Identificació dels professionals

Sentir-se segur també significa que les infermeres i auxiliars es presentin i s'identifiquin al pacient. El fet de conèixer el seu nom no sols afavoreix una relació més personalitzada i respectuosa, sinó que confereix seguretat en les cures en permetre conèixer el que es pot

³⁹⁸ Watson, 1998, *op.cit.*, p.97.

³⁹⁹ Torralba, F.: «Constructos éticos del cuidar», *Enferm Intensiva* 2000, vol. 11, núm. 3, p.139.

⁴⁰⁰ Davis, A. J; Fowler, M.: «Caring and caring ethics depicted in selected literatura: what we know and what we need to ask», a: Anne J. Davis, Verena Tschudin, Louise de Raeve, (ed), *Essentials of teaching and learning in nursing ethics. Perspectives and methods*, p.165-179, Churchill Livingstone Elsevier, 2006.

esperar dels membres de l'equip d'infermeria.⁴⁰² No distingir les infermeres i les auxiliars pot produir confusió en relació amb les competències de cada membre, la qual cosa pot generar malinterpretacions i inseguretats en l'hospitalització.

5.3.12 El torn nocturn

Així mateix, el pacient immigrant distingeix en les unitats d'hospitalització els torns de treball de les infermeres d'acord amb el significat elaborat a partir de la seva vivència. Els pacients identifiquen en la seva vivència el torn nocturn, per diferents motius, no sempre agradables. A la nit el sentiment de soledat i d'angoixa adquireix major intensitat,⁴⁰³ per la qual cosa el pacient amplifica la seva sensibilitat davant pràctiques despersonalitzadores que es viuen amb major vivència.⁴⁰⁴ Aquest fet és important, ja que és en aquest període quan sorgeixen pensaments i sentiments d'enyorança i soledat que repercuteixen en la vivència de l'ingrés. Quan el pacient no dorm, les nits es fan llargues ja que indueixen a pensaments no sempre còmodes sobre aspectes personals que es viuen en soledat i no es comparteixen amb els professionals. Beltrán-Salazar afegeix que la soledat és motivada per la malaltia, l'absència familiar, la manca d'amor i afecte. La soledat expressada pels pacients, continua l'actor, fa pensar sobre la companyia que ofereixen les infermeres i ressalta l'orientació de les cures cap al pla físic.⁴⁰⁵

En algunes dones ingressades, els moments de soledat i de percepció d'aïllament poden desencadenar pensaments i preocupació per altres persones que estan al seu càrrec, familiars o altres compatriotes. Aquesta vivència pot estar relacionada amb el canvi de rol i del control de les seves activitats quotidianes⁴⁰⁶ i, per tant, l'experiència de l'ingrés pot viure's amb angoixa, inquietud i inseguretats.

El respecte al son és important i fonamental durant la nit; no obstant això, els pacients relaten que no sempre es té en compte. En ocasions, quan han pogut agafar el son, el soroll i el llum els desperta, ja que amb motiu de realitzar tècniques i procediments les infermeres i auxiliars entren a les habitacions de manera violenta, i això afecta el seu descans i el del pacient acompanyant. Aquesta vivència la relaten com un atemptat a la seguretat, perquè els interromp el cicle del son de manera no esperada, forçada i abrupta.

El segon motiu pel qual els pacients identifiquen el torn nocturn és per la rapidesa en l'atenció a les necessitats sorgides i expressades, alhora que per l'amabilitat percebuda. Les incoherències en els missatges emesos entre els professionals dels torns diürns i els nocturns, en relació amb les cures infermeres, generen malestar i inseguretats, tot i que no

⁴⁰¹ Torralba, F.; Palazzi, C.: «Excel·lència humana i professional segons la filosofia de L.A Sèneca», *Diàlegs: Revista d'estudis polítics i socials* 2011, vol.14, núm. 54, pàg. 43-56.

⁴⁰² Beltrán-Salazar, 2011, *op.cit.*

⁴⁰³ Moreno, 2008, *op.cit.*, p.226.

⁴⁰⁴ *Ibid.*, p. 227.

⁴⁰⁵ *Op.cit.*, 2011.

sempre es comuniquen, fet que potencia el descrèdit dels professionals de nit i la vivència desagradable.

5.3.13 L'acollida en la unitat d'hospitalització

Sentir-se segur té a veure amb l'acollida en el moment de l'ingrés pels professionals. No sols es valora el tracte, sinó rebre la informació que en aquells moments és important per al pacient. Així és important que les infermeres i auxiliars s'identifiquin i informin dels aspectes generals de l'estada en aquella unitat d'hospitalització: els horaris, les dinàmiques i la possibilitat de rebre visites o d'estar acompanyats pels seus pròxims.

5.3.14 L'acompanyament per persones significatives

Poder estar acompanyat per familiars o amics durant l'ingrés adquireix un significat de seguretat i confort per al pacient immigrant d'origen extracomunitari. Sentir-se acompanyat per les persones de referència reconforta, de manera particular si a través d'una comunicació efectiva el pacient pot compartir la seva experiència i preocupacions. La visita familiar ofereix efectes benèfics per als pacients, perquè proporciona ànims, companyia i permet l'orientació en la realitat, sortir de la soledat i desesperança, i rebre afecte i l'amor que les persones necessiten en moments de malaltia.⁴⁰⁷

Quan l'hospitalització no està programada, ja que és fruit d'un esdeveniment urgent, pot causar incertesa i preocupació a causa d'un canvi no esperat en la dinàmica quotidiana i de la manca de suport familiar. L'acompanyament, en aquests moments, pot constituir una important ajuda en l'afrontament de l'estrès.⁴⁰⁸ L'alteració dels processos familiars adquireix en els pacients immigrants una particular rellevància, ja que estar a prop dels parents i persones referents és una manera de combatre el desarrelament i la vivència de la malaltia.⁴⁰⁹ És per aquest motiu que poder tenir la seva companyia durant la nit (espai de temps en el que els sentiments de soledat, ansietat, enyorança o incertesa adquireixen una intensitat major) els pacients ho valoren en la seva experiència hospitalària.

5.3.15 L'organització

Finalment, alguns pacients valoren que la infermera i l'auxiliar tinguin assignats un nombre inferior de pacients que al seu país d'origen. Aquest fet reforça la confiança en infermeria i els dona seguretat, ja que interpreten que davant qualsevol necessitat podran atendre'l amb més celeritat i amb una millor qualitat.

⁴⁰⁶ Rodríguez, Zurriaga, *op.cit.*, p.93.

⁴⁰⁷ Beltrán-Salazar, 2011, *op.cit.*

⁴⁰⁸ Rodríguez, Zurriaga, *op.cit.*, p.82.

⁴⁰⁹ Moreno, 2008, *op. cit.* p. 225.

CAPÍTOL 6 - CONCLUSIONS

Aquest estudi demostra el valor de la investigació fenomenològica hermenèutica que té com a finalitat explorar, conèixer i comprendre l'experiència viscuda, pel pacient d'origen extracomunitari, de ser cuidat per infermeria durant un ingrés en un hospital català. Els resultats d'aquesta investigació han ajudat a comprendre el significat que els participants li atribueixen a la seva experiència, a través de la seva veu i dels seus relats.

Ingressar en un hospital, on intervenen diferents factors en la qualitat de l'experiència podia suposar un repte quan s'afegeix la distància cultural entre els cuidadors i els cuidats; no obstant això, en termes de significat de l'experiència viscuda els resultats permeten albirar valors i sentiments universals: sentir-se respectat i sentir-se segur, recollits en la Declaració Universal dels Drets Humans de 1948, no associats necessàriament a aspectes de diversitat cultural ni en conseqüència a la distància cultural.

Comprendre el significat de l'experiència viscuda de ser cuidat per infermeria a partir de persones d'altres cultures pot aportar, per un costat, una gamma més àmplia de matisos en relació amb els valors, les creences i les relacions interpersonals i, per l'altra, pot ser la punta d'un iceberg, a través del qual permet prendre consciència dels buits que hi ha en les cures infermeres. Els valors fonamentals universals són rellevants en el treball infermer; és per aquest motiu que donen un enfocament ètic a les cures i a la relació interpersonal que s'estableix amb els pacients ingressats, a través del respecte a la dignitat.

A més, la comprensió de l'experiència viscuda proporciona a l'equip infermer elements per procurar seguretat als pacients des d'una perspectiva més àmplia que la tradicional. Ser sensible a l'experiència d'un ingrés requereix un enfocament de les cures més enllà de les tècniques, procediments i processos habituals; apel·la a una cura ètica centrada en la persona, on el respecte, la dignitat i la seguretat adquireixen una contribució específica a una experiència hospitalària viscuda satisfactòriament.

Les cures infermeres han de ser humanes, dignes, respectuoses i coherents a la societat plural en la qual vivim. Sentir-se cuidat és reconèixer la presència dels cuidadors, sentir-se acollit per les infermeres, la resta de professionals i el conjunt del sistema sanitari, sentir-se tractat de manera respectuosa i amable, sentir-se reconegut, percebre ajuda quan es necessita, advertir disponibilitat i diligència en les infermeres i les auxiliars, així com sentir-se respectat en els valors, en les creences i en la intimitat.

El pacient immigrant se sent cuidat quan rep informació sobre el tractament rebut, els procediments i els processos hospitalaris quan ho demana, de manera comprensible, consensuada i sense tecnicismes.

Sentir-se respectat significa rebre un tracte professional càlid, humà i sensible cap a la persona i cap a la situació per la qual travessa. Percebre consideració cap als valors i tradicions personals, entre aquests la intimitat o les pràctiques realitzades per a la millora o el manteniment de la salut, des d'una perspectiva cultural, així com les pràctiques religioses que poden contribuir a l'esperança i el benestar.

Sentir-se cuidat durant l'hospitalització significa sentir-se segur a través d'una comunicació amb els professionals amb un enfocament terapèutic i alhora proper. En aquest sentit, es requereix que les infermeres i auxiliars s'identifiquin als pacients i mantinguin una comunicació i una actitud professional, empàtica, responsable i humana.

Sentir-se respectat per infermeria confereix seguretat en els professionals i en les cures. La vivència de sentir-se ajudat en situacions de vulnerabilitat, per infermeres i auxiliars responsables i compromeses amb la pràctica, proporciona un sentiment de seguretat i respecte.

Quan el pacient ingressat no se sent ajudat, la vivència adquireix un matís de desprotecció i abandó, i s'accentua la percepció de vulnerabilitat o fragilitat. Sentir-se desatès en un dolor o una necessitat concreta, considerar-se desinformat o rebre una informació confusa o incomprensible, percebre manca de sensibilitat cap a les pròpies necessitats, desvirtua la naturalesa de les cures infermeres i de la professió infermera.

Aquest estudi ha permès comprendre l'experiència d'estar ingressat en un país que no és el propi, tot i que els resultats estan orientats cap a valors universals més que cap a aspectes relacionats amb cultures particulars. Els participants, en aquest estudi, van reconèixer vivències satisfactòries i insatisfactòries durant el període d'hospitalització que podrien ser un punt de partida per a una major sensibilització de les infermeres i auxiliars cap a les persones immigrants de les que tenen cura. L'aproximació a la seva vivència contribueix a la reflexió sobre el *ser* i el *fer* professional, a la identificació de possibles coherències i incoherències entre la teoria i la pràctica així com al plantejament d'estratègies de canvi en les cures infermeres.

Al mateix temps, els resultats ofereixen elements per al qüestionament de models organitzatius de les cures que aspiren a serveis de qualitat a través de professionals competents, i de pràctiques eficients i eficaces. En gran part hi està vinculat el prestigi de les institucions i del país que els ofereix.

6.1 Reptes per infermeria

6.1.1 En la pràctica

Els resultats obtinguts en aquesta investigació proporcionen informació valuosa per als professionals d'infermeria que tenen cura dels pacients immigrants d'origen extracomunitari en unitats d'hospitalització. Dóna llum a la comprensió de la vivència de ser cuidat per infermeres i auxiliars en un hospital català i permet, alhora, detectar els punts febles en el procés de cures que actualment es proporciona a les persones immigrants d'origen extracomunitari. Tot i així, a la llum dels resultats, ens trobem amb aspectes que van més enllà del fet cultural i que es troben en connexió amb l'espectre ètic. Viure l'experiència de ser cuidat durant un ingrés a partir dels significats de «sentir-se respectat» i «sentir-se segur» esdevé una vivència particularment ontològica i ètica que pot encetar qüestionaments sobre la universalitat de significats entre els diferents pacients ingressats, independentment de l'origen i de la distància cultural. En aquest sentit, Boladeras sosté:

*«La dignidad, como valor intrínseco de la persona, y el respeto que se le otorga es inherente a la persona y a su existencia como tal; este valor le da el derecho de no ser instrumentalizada por un trato que le equipare a un valor de cambio, atentando contra su naturaleza de ser racional y libre. Desde un punto de vista ético, reconocernos como personas implica respetar este valor universal en toda persona, así como cada persona es capaz de objetivar su propia dignidad. El contexto cultural y las vivencias personales crean una especial sensibilidad hacia determinados aspectos de la vida y las formas de vivirla, llegando a consolidar los aspectos que cada persona considera genuinos para el ser y la identidad de uno mismo; así se configura la idea de dignidad personal en sentido subjetivo».*⁴¹⁰

A més, el significat de sentir-se segur a partir de l'entorn més proper, persones i espais, condueix a pensar en la protecció davant el risc, la por, la incertesa, el perill, l'amenaça en un món hostil. La percepció de seguretat, en un hospital, es veu potenciada quan les persones identifiquen la confiança en l'entorn on es troben, bé en les competències relacionals i instrumentals dels professionals, en la informació rebuda, en la capacitat de resposta que es pot rebre davant una situació d'amenaça, bé en el mateix hospital, la seva organització i en els mitjans que disposa per fer front a possibles estats de perill.⁴¹¹ Per tant, els significats descrits pels participants concorden amb els estudis consultats de manera més àmplia, sense cap perspectiva cultural.

⁴¹⁰ Boladeras, M.: «Autonomía y dignidad en la diversidad cultural», a: M. Boladeras (coord), Bioética, Género y Diversidad cultural, pàg.67-88, Cànoves, Proteus, 2012.

⁴¹¹ March, J. C; Prieto, M. A; Suess, A; Escudero, M.: «Seguridad del paciente: Una perspectiva antropológica», Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Granada (España), [artículo en línea], disponible a: <www.fundacionmhn.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo2.pdf>.

En aquest sentit, els resultats obtinguts poden tenir implicacions favorables en la pràctica de les cures infermeres, i en la millora en el tracte i l'atenció dels malalts hospitalitzats en un escenari plural i policrom com són les unitats d'hospitalització dels hospitals catalans. Si més no per una atenció centrada en els principis ètics; especialment en el respecte a la dignitat de les persones i en la seguretat dels pacients des d'una vessant àmplia i universal, a partir d'una actitud d'acollida i d'interès per l'altre.

6.1.2 En la formació

A la llum dels resultats obtinguts, la formació infermera, tant en el seu currículum de formació inicial com en el de la formació postgraduada i en la formació continuada, pot incidir en aspectes relacionats amb la comunicació terapèutica i en l'ètica del cuidar. Aquestes àrees temàtiques no desplacen les purament instrumentals dels coneixements i de la pràctica, sinó que es complementen a partir d'una filosofia centrada en el respecte, la comprensió i la diversitat dels éssers humans.

Així mateix, incloure la visió fenomenològica en les cures infermeres pot ajudar als estudiants a identificar i comprendre l'experiència personal de la situació de salut que travessen les persones i, per tant, donar-los resposta amb unes cures més individualitzades i comprensives segons les necessitats específiques. Tot això, podria portar-se a terme amb metodologies actives a partir de la reflexió i l'anàlisi de casos que tinguessin en compte aquests aspectes en clau de transversalitat en tot el currículum i desenvolupament de programes de formació continuada per fomentar l'aprenentatge de la deliberació ètica entre els professionals, per tal d'afrontar les noves i diverses situacions que plantegen l'atenció a les persones dels diversos grups culturals amb valors i concepcions diverses respecte la salut i la vida.

6.1.3 En la recerca

Quant a la recerca, podria ser interessant la realització d'estudis fenomenològics interpretatius en altres àmbits com l'atenció primària o l'atenció sociosanitària que donessin llum als significats dels fenòmens experimentats per les persones de sentir-se cuidat pels professionals de la salut en l'experiència del patiment de la malaltia viscuda.

També es podrien estudiar aspectes concrets que han sorgit en els resultats d'aquesta investigació, relacionats amb l'ètica del cuidar que permetessin participar als mateixos professionals a partir de dissenys més crítics, com la investigació participativa. D'altra banda, el disseny d'estudis mixtes, quantitativs-qualitatius, pot afegir coneixement sobre l'efectivitat de determinades mesures d'intervenció que poden contribuir a millorar la percepció de l'experiència en situacions de deteriorament de la salut.

Finalment, es recomanen estudis similars a aquest amb pacients autòctons en el mateix àmbit hospitalari, per poder desvelar si els resultats mostren el que podria ser una situació generalitzada a tots els pacients.

6.1.4 En la gestió de les cures

Des de la gestió, cal promoure mesures organitzatives que impactin positivament sobre la seguretat dels pacients, dels professionals i de la qualitat de les cures. Models organitzatius que identifiquin i reconeguin l'aportació dels professionals donant visibilitat al treball assistencial, i que valorin el nivell competencial dels professionals i en promoguin el creixement professional.

La qualitat assistencial s'ha de garantir uniformement en tot el sistema sanitari, ja siguin els serveis hospitalaris o no hospitalaris i de titularitat pública o privada. Els centres sanitaris s'han d'adaptar a les noves necessitats que sorgeixen i assegurar una acollida basada en la personalització i el respecte a la dignitat de les persones que inclou el respecte a les diferències. En aquest sentit, els resultats donen llum a que, des de la gestió, es pugui impulsar la reflexió, la comunicació efectiva i la deliberació ètica per tal d'afrontar les noves i diverses situacions que plantegen l'atenció a persones amb valors i concepcions culturals diverses respecte la salut i la vida pròpia. Per tant, des de la gestió s'han de potenciar totes aquelles accions d'informació i formació que facilitin una atenció respectuosa, més humana i comprensiva, més enllà del simple formulisme burocràtic.

BIBLIOGRAFIA

1. Achotegui, J.: *Como evaluar el estrés y el duelo migratorio*, 2a ed., Llançà, El mundo de la mente, 2010.
2. Achotegui, J.: *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*, Barcelona, ed. Mayo, 2002.
3. Achotegui, J.: «Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)», *Norte de salud mental*, núm. 21, 2004.
4. Adam, E.: *Être infirmière. Un modèle conceptuel*, 3a ed., Éditions Études Vivantes, 1991.
5. Allué, M.: *La piel curtida*, Barcelona, Ed. Bellaterra, 2008.
6. Allué, M.: *Perder la piel. Una trágica experiencia y una heroica recuperación*, 3a ed., Barcelona, Planeta/seix-Barral, 2000.
7. Amorós, E.: *Comportamiento organizacional. En busca del desarrollo de ventajas competitivas*, USAT Escuela de Economía, Lambayeque, 2007.
8. Antonín, M., Tomás, J.: «La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validez preliminar», *Enfermería Científica*, 2004, núm. 262-263, pàg. 77-82.
9. Aparicio, R.; Tornos, A.: *Las redes sociales de los inmigrantes extranjeros en España*, Madrid, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, Observatorio Permanente de la Inmigración. MTAS, 2005.
10. Arango, J.: «Las migraciones internacionales en un mundo globalizado», *Vanguardia Dossier*, núm. 22, 2007, pàg. 6-15.
11. Balanza, G. N.: «El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado», *Ciencia y Enfermería*, 1997, vol. 3, núm. 1, pàg. 59-68.
12. Basabe, N.; Zlobina, A.; Paez, D.: «Integración sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco», *Soziologiazko Euskal Koadernoak/Cuadernos Sociológicos vascos*, San Sebastián, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, núm. 15, 2004, disponible a: <ftp://gvas.euskadi.net/pub/gv/estudios_sociologicos/csv15.pdf>.
13. Bayés, R.: «Alivio o incremento del dolor y el sufrimiento en el ámbito hospitalario: pequeños esfuerzos, grandes ganancias», *Monografías Humanitas*, 2004, núm. 2, p.123.
14. Beltrán, J.: *La interculturalitat*, Barcelona, UOC, 2005.
15. Beltrán-Salazar, O.: «La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo», *Aquichán*, 2009, vol. 9, núm. 1, pàg. 23-37.
16. Beltrán-Salazar, O.: «Dilemas éticos en el cuidado enfermero», *Index Enferm*, Granada, núm. 1-2, juny 2011, [article en línia], disponible a <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100008&script=sci_arttext>.
17. Benner, P.: *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*, París, Interéditions, 1995.
18. Blanco, C.: *Las migraciones contemporáneas*, Madrid, Alianza, 2000.
19. Boixareu, R. M.: «L'experiència humana de la malaltia», a R. M. Boixareu (coord.), *De l'antropologia filosòfica a l'antropologia de la salut* p.169-176, Barcelona, Càtedra Ramon Llull, Blanquerna, 2003.
20. Boladeras, M.: «Autonomía y dignidad en la diversidad cultural», a: M. Boladeras (coord.), *Bioética, Género y Diversidad cultural*, p. 67-88, Cànoves, Proteus, 2012.
21. Boladeras, M.; Campillo, N.: *Filosofía social*, Madrid, Síntesis, 2011.
22. Boladeras, M.: «La dignidad humana y los primeros estadios de la vida», a: M. Boladeras (coord.), *¿Qué dignidad?. Filosofía, Derecho y práctica sanitaria*, pàg.11-47, Cànoves, Proteus, 2010.
23. Boladeras, M.: «Vida, vida humana, vida digna», *Logos. Anales del seminario de metafísica*, 2007, vol. 40, pàg. 91-116.

24. Brooks, N.; Magee, P; Bhatti, C. *et al.*: «Asian patients' perspective on the communication facilities provided in a large inner city hospital», *Journal of Clinical Nursing*, 2000, núm. 9, pàg. 706-712.
25. Cabré, A.: *El Sistema Català de reproducció*, Barcelona, Ed. Proa, 1999.
26. Cachón, E.: «El hospital y el paciente: Declaraciones de principios, realidad y paradojas», *Índex Enferm*, [en línia], 2007, vol.16, núm. 56, pàg. 35-39, disponible a:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100008&lng=es&nrm=iso>.
27. Camps, V.: *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*, Barcelona, Ares y Mares, 2001.
28. Canaval, G. E.; González, M. C.; Tovar, M. C.; Valencia, C.: «La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible"», *Investigación y Educación en Enfermería*, 2003, vol. 21, núm. 2, pàg. 32-46.
29. Cano-Caballero, M. D.: «Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio», *Índex Enferm*, [en línia], 2004, vol.13, núm. 46 p. 34-39, disponible a: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.
30. Casteñeda, G. M.; Gallo, L. E.: «Narrativa corporal. Una experiència vivida desde la danza», *Lúdica Pedagógica*, 2008, núm. 13, pàg. 73 – 81.
31. Castillo Espitia, E.: «La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos», *Investigación y Educación en Enfermería*, núm. 1, març 2000, pàg. 27-35, [en línia], disponible a: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105218294002>>.
32. Castles, S.: «International migration at the beginning of the twenty-first century», *International Social Science Journal*, 2000, núm. 165, pàg. 269-281.
33. Castro, A. M.; Gómez Peña, A. M.: «Corporalidad en el contexto de la psicoterapia», *Psicología desde el Caribe*, Universidad del Norte, 2011, núm. 27, pàg. 223-252, disponible a:
<<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21320708011>>.
34. Charalambous, A.; Papadopoulos, R.; Beadsmoore, A.: «Ricoeur's hermeneutic phenomenology: an implication for nursing research», *Nordic College of Caring Science*, 2008, pàg. 637-642.
35. Cisneros-Puebla, C. A.; Faux, R.; Günter M.: «Qualitative Researchers—Stories Told, Stories Shared: The Storied Nature of Qualitative Research». An Introduction to the Special Issue: FQS Interviews I [35 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2004, vol. 5, núm. 3, art. 37, disponible a: <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0403370>>.
36. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, Codi d'Ètica d'Infermeria, Barcelona, 1986, disponible a:
<<http://www.coib.cat/uploadsBO//Generica/Documents/CODI%20D%27%C3%88TICA.PDF>>.
37. Coe, R. M.: *Sociología de la medicina*, Madrid, Alianza, 1973.
38. Cohen, M. Z; Kahn, D.; Steeves, R. H.: *Hermeneutic Phenomenological Research*, Califòrnia, Sage, 2000.
39. Collière, M. F.: «Cuidar, asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida», *Índex de Enfermería*, 1996, Any V, núm. 18, pàg. 9-14.
40. Collière, M. F.: *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Interditions, 1982.
41. Collière, M. F.: «Cuidados de enfermería. Reflexiones sobre el servicio de enfermería: contribución a la identificación del servicio prestado». *Rol Enfermería*, 1981, núm. 40, pàg. 61-69.
42. Creswell, J. W.: *Qualitative inquiry and research desing: Choosing among five traditions*, Thousand Oaks, CA, Sage, 2007.
43. Davis, A. J.; Fowler, M.: «Caring and caring ethics depicted in selected literatura: what we know and what we need to ask», a: Anne J. Davis, Verena Tschudin, Louise de Raeve (ed.), *Essentials of teaching and learning in nursing ethics. Perspectives and methods*, pàg.165-179, Churchill Livingstone Elsevier, 2006.

44. De Juan Pardo, M. A.: «La vivencia de la ancianidad: estudio fenomenológico y reflexión antropológica», tesi doctoral, Universitat Internacional de Catalunya, 2013, disponible a:
<<http://www.tesisenred.net/handle/10803/116421>>.
45. Delmar Ch. *et al.*: «Independence/dependence – a contradictory relationship? Life with a chronic illness», *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2006, vol. 20, núm. 3, pàg. 261-268.
46. Departament de Benestar social i Família, Direcció General per a la Immigració, 2010, «La immigració en xifres», *Butlletí de la Secretaria per a la Immigració*, núm. 6 juliol, Barcelona, Generalitat de Catalunya, disponible a: <<http://www.gencat.cat/dasc/publica/butlletilMMI/xifres6/index.htm>>.
47. Departament de Salut, «Salut i immigració», 2006, disponible a:
<<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/index.html>>.
48. Departament de Salut, «Pla director d'immigració», Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2006.
49. De Prada, M. A.: *Inmigración extranjera en la comunidad de Madrid. Consolidación del hecho social migratorio y emergencia de un modelo de gestión de la diversidad*, Colectivofoe, 2008, disponible a:
<http://www.colectivofoe.org/index.php/publicaciones_articulos/show/id/107>.
50. Domingo Moratalla, T.: «Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética», *Veritas*, 2007, vol. II, núm. 17, pàg. 281-312.
51. Domingo Moratalla, T.: «Lectura bioética del ser humano: autonomía y vulnerabilidad», *Thémata. Revista de filosofía*, 2004, núm. 33, pàg. 465-494.
52. Efraimsson, E.; Höglund, I.; Sandman, P.: «The everlasting trial of strength and patience': transitions in home care nursing as narrated by patients and family members», *Journal of Clinical Nursing*, 2001, vol. 10, pàg. 813-819.
53. Emanuel, E. J., Emanuel, LL.: «Cuatro modelos de la relación médico-Paciente», a: Azuzena Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, 1999.
54. Esteve, I.: *La sort del meu destí*, Badalona, Ara Llibres, 2008.
55. Fagermoen, M. S.: «Humanism in Nursing Theory: a focus on Caring», a: Hesook Suzie Kim, Ingrid Kollak (ed.), *Nursing Theories. Conceptual Philosophical Foundations*, (2a ed), Nova York, Springer Publishing Company, 2006.
56. Fernandes de Freitas, G.; Barbosa Merighi, M. A.; Prado Fernandes, M. F.: «La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería», *Index Enferm*, [revista digital], 2007, nov, núm. 58, pàg. 55-58, disponible a: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es>.
57. Foucault, M.: «Incorporación del hospital en la tecnología moderna», *3ª conferencia dictada en el curso de medicina social*. Instituto de Medicina Social, 1974, [en línia], disponible a:
<<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a32.pdf>>.
58. Foucault, M. «Incorporación del hospital en la tecnología moderna». *Educ Med Salud*, 1978, vol. 12, núm. 1, pàg. 20-35, disponible a:
<<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria1.pdf>>.
59. Fronteau, J.: «Le processus migratoire: la traversée du miroir», a: *L'intervention interculturelle*, Gisèle Legault (dir.), Québec, Gaëtan Morin, 2000.
60. Fundació Jaume Bofill, *La immigració a debat: diversitat i salut*, Debats, can Bordoï, aula Provença, 2005, [document en línia], disponible a: <<http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/416.pdf>>.
61. Gadamer, H. G.: *Verdad y método I*, Sígueme, Salamanca, 2003.
62. Gallagher, A.: «The respectful Nurse», *Nursing Ethics*, 2007, vol. 14, núm. 3, p. 370.
63. Gallo, L. E.: «El ser-corporal-en-el-mundo como punto de partida en la fenomenología de la existencia corpórea», *Pensamiento Educativo*, 2006, vol. 38, pàg. 46-61, disponible a:
<<http://pensamientoeducativo.uc.cl/files/journals/2/articles/301/public/301-706-1-PB.pdf>>

64. García, C.; Martínez M. L.: *Historia de la enfermería. Evolucion histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt, 2001.
65. Gastmans, C.: «The care perspectiva in healthcare ethics», a: A. J. Davis; V. Tschudin; L. de Raeve (ed.) *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics*, Edinburgh, Elsevier, 2006, pàg.135-148.
66. Ghasemi, A.; Taghinejad, M.; Kabiri, A.; Imani, M.: «Ricoeur's Theory of Interpretation: A method for Understanding Text (Course Text)», *World Applied Sciences Journal*, vol.15, núm. 11, pàg.1623-1629.
67. Giddens, A.: *Las organizaciones modernas en Sociología*, Madrid, Alianza Editorial, 2000.
68. Gilson, L.: «Trust and the development of health care as a social institution», *Social Science & Medicine* 2003, núm. 56, pàg.1453-1468.
69. Goffman, E.: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
70. Gómez-Londoño, E.: «El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico. Una perspectiva bioética», *Perspectivas bioéticas*, 2008, vol.12, núm. 2, pàg.145-157.
71. Griffin, J. B.; Pickler, R. H.: «Hospital-to-home transition of mothers opreterm infants», *MCN Am J. Matern Child Nurs*, 2011, vol. 36, núm. 4, pàg. 252-257.
72. Guillaumet, M.: «La interacción entre las personas en los cuidados enfermeros. Perspectiva intercultural», a: M. Boladeras (coord.), *¿Qué dignidad?. Filosofía, Derecho y práctica sanitaria*, pàg.157-173, Cànoves, Proteus, 2010.
73. Guimond-Plourde, R.: «L'accès à un horizon inédit à travers les existentiaux: une toile phénoménologique-hermeneutique pour comprendre le stress-coing chez des jeunes», *Recherches Qualitatives*, 2005, vol. 25, núm. 2, pàg.1-27.
74. Hernández Conesa, J. M.: *Historia de la enfermería*, Madrid, McGraw-Hill/Interamericana, 1995.
75. Hernández Martín, F.: *Historia de la enfermería en España: desde la antigüedad hasta nuestros días*, Madrid, Síntesis, 1996.
76. Hesbeen, W.: *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspectiva soignante*, París, Masson.
77. Husserl, E.: *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Primer libro: Introducción general a la fenomenología pura*, Mèxic, Fondo de Cultura Económica, 1997.
78. Husserl, E.: *Investigaciones lógicas 2, Filosofía y pensamiento*, Madrid, Alianza, 1995.
79. Idescat, «Estadística sobre la població estrangera a Catalunya 2011», Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya, nota de premsa, 2011a, disponible a: <<http://www.idescat.cat/cat/idescat/serveis/premsa/NPpe2011.pdf>>.
80. Idescat, «Població estrangera. Per països 2011, Catalunya». Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya, 2011b. disponible a: <<http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=12>>.
81. INE, Instituto Nacional de Estadística, «Estado de salud (Hospitalizaciones, ausencias del trabajo y accidentes), Encuesta Europea de salud en España, 2009», disponible a: <http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926381101&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888>.
82. INE, Instituto Nacional de Estadística, «Padrón Municipal a 1 de enero de 2010», a: Observatorio de Inmigración-Centro de Estudios y Datos, Informe demográfico de la población extranjera en la comunidad de Madrid, Enero 2011, disponible a: <<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DInforme+Poblaci%C3%B3n+ENERO+2011.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310684283590&ssbinary=true>>.

83. International Council of Nursing, *Code of Ethics of International Council of Nurses*, 2006, disponible a: <http://www.norosirurjihemsireleri.org.tr/hukukkosesi_pdf/icn_code_of_ethics.pdf>.
84. Jabardo, M.: «Migración, multiculturalismo y minorías étnicas en España», *Anales del Museo Nacional de Antropología. Nos-Otros*, 2000, núm. 7, pàg. 139-164.
85. Jesse, E.: «Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson», a: Martha Raile Alligood i Ann Marriner Tomey, *Modelos y teorías en enfermería*, 7a ed., pàg. 91-112, Barcelona, Elsevier, 2011.
86. Jones, W. R.: «La clínica en tres sociedades del medievo», *Diógenes*, 1983, núm. 12, pàg. 95-110.
87. Kashdan, T. B.: «Exploring the functions, correlates and consequences of interest and curiosity», *Journal of Personality Assessment*, 2006, núm. 87.
88. Kashdan, T. B.: «Curiosity and exploration: Facilitating positive subjective experiences and personal growth opportunities», *Journal of Personality Assessment*, 2004, núm. 3, pàg. 291-305.
89. Kéroac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Major, F.: *La pensée infirmière*, 2a ed. Laval, Beauchemin, 2003.
90. Kim, H. S.: «Existentialism and Phenomenology in Nursing Theories», a: Hessoock Suzie Kim, Ingrid Kollk (ed.), *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*, 2a ed., 2006, pàg.141-156.
91. Kitson, A.: «The Essence of Nursing», *Nursing Standard*, 1999, vol. 13 núm. 23, pàg. 42-46.
92. Kleiman, S.: *Human Centered Nursing. The foundation of quality care*, Philadelphia, Davis Company, 2009.
93. Kleinman, A.; Benson, P.: «La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina», a: *Monografías Humanitas*, núm. 2, *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, Madrid, Fundación Medicina y humanidades médicas, 2004, pàg. 17-26.
94. Krumwiede, K. A.; Krumwiede, N.: «The lived experience of men diagnosed with prostate cancer», *Oncol Nurs Forum*, 2012, vol. 39, núm. 5.
95. Leininger, M., McFarland, M.: *Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory*, 3a. ed., Sudbury, Jones and Bartlett publishers, 2006.
96. Leininger, M.: *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices*, 2a ed., Nova York, McGraw-Hill, 2002.
97. Leininger, M.: *Transcultural nursing: concepts, theories, and practices*, Nova York, John Wiley & sons, 1978.
98. León Román, C. A.: «La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado», *Rev. Cubana Enferm*, 2006, vol. 22, núm. 3, [en línia], disponible a: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html>.
99. Lévinas, E.: *Ética e Infinito*, 2a edició, Madrid, Gráficas Rógar, S. A., 2000.
100. Lindelfield, G.: *La seguridad emocional*, Barcelona, Kairós, 1988.
101. Lindseth, A.; Norberg, A.: «A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience», *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004, vol.18, núm. 2, pàg. 145-153.
102. López, K. A.; Willis D. G.: «Descriptive versus interpretative phenomenology: Their contributions to nursing knowledge», *Qualitative Health Research*, 2004, vol.14 núm. 5, pàg. 726-735.
103. Macpherson, A.: «Los pacientes ingresados exigen más intimidad e información en los centros sanitarios», *La Vanguardia.com Vida*, 16 abril de 2010, [en línia], disponible a: <<http://www.lavanguardia.com/vida/20100416/53909259891/los-pacientes-ingresados-exigen-mas-intimidad-e-informacion-en-los-centros-sanitarios.html>>.
104. Mann, T.: *La montaña mágica*, Barcelona, Edhasa, 2010.
105. March, J. C.; Prieto, M. A.; Suess, A.; Escudero, M.: «Seguridad del paciente: Una perspectiva antropológica», *Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Granada (España)*, [en línia], disponible a: <www.fundacionmhn.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo2.pdf>.

106. Maslow, A.: «A theory of human motivation», *Psychological Review*, vol. 50, núm. 4, jul 1943, pàg. 370-396.
107. May, K. A.: «Interview techniques in qualitative research: concerns and challenges», a: J. M. Morse (ed.), *Qualitative nursing research: a contemporary dialogue*, p. 171-182, Gaithersburg, MD, Aspen, 1989.
108. Mayeroff, M.: *On Caring*. Nova York, First Harper Perennial, 1971.
109. Michaud, C.: «Apprentissages de parents et d'infirmières lors de l'application du Programme précoce d'interventions familiales à la naissance d'un enfant avec une déficience», tesi doctoral, Université de Montreal, McGill University, 2000, [document en línia], disponible a: <<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6798/these.pdf;jsessionid=BDACD795D1BB226A2D8AF67B567B6415?sequence=1>>.
110. Midtgaard, J.; Røssell K.; Christensen, J. F.; Uth, J.; Adamsen, L.; Rørth, M.: «Demonstration and manifestation of self-determination and illness resistance. A quality study of long-term maintenance of physical activity in posttreatment cancer survivors», *Support Care Cancer*, set 2012, vol. 20, núm. 9, pàg. 1999-2008.
111. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. MTAS, «Anuario Estadístico de Extranjería 2003. Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de marzo de 2006», Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, Observatorio Permanente de la Inmigración, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.
112. Mira, J.J. *et al.*: «Qué hace que los pacientes estén satisfechos ? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi», *Rev Calidad Asistencial*, 1999, núm. 14, pàg. 165-177.
113. Moran, D.: *Introducción a la Fenomenología*, Rubí, Anthropos, 2011.
114. Moreno, F. J.; Bruquetas, M.: *Immigració i Estat del Benestar a Espanya*, Col·lecció Estudis Socials, núm. 31, Barcelona, Edició Obra Social "La Caixa".
115. Moreno, M.: *El cuidado del otro. Estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*, Barcelona, Bellaterra, 2008.
116. Moreno, M.: «Una mirada antropológica sobre el cuidado del inmigrante», *Rev. ROL Enf*, 2007, vol. 30, núm. 4, pàg. 298-302.
117. Moreno, M.: «Del cuidado de la diversidad a la diversidad del cuidado». *Index de Enfermería*, [revista digital], 2006, núm. 55, disponible a: <<http://www.index.f.com/index-enfermeria/55/6437.php>>.
118. Moreno, M.: «La relación con el paciente inmigrante. Perspectivas investigadoras», 2005(a), *Index Enferm*, núm. 50, pàg. 25-29.
119. Moreno, M., González, P.: «Inmigración y formación transcultural». *Educare21*, [revista digital] 2005(b), núm. 20, disponible a: <<http://www.enfermeria21.com/educare>>.
120. Moreno, M.: «Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales». *Index Enferm*, 2003, núm. 42, pàg. 29-33.
121. Morse, J. M.; Solveg, S. M.; Neander, W. L.; Bottorff, J. L.; Johnson, J. L.: «Concepts of Caring and caring as a concept», *Advances of Nursing Science*, 1990, núm. 13, pàg.3-4.
122. Muñoz, J. «Creencia», a: Muñoz, J.; Velarde, J. (ed.), *Compendio de Epistemología*, Trotta, Madrid, 2000, pàg. 160-162.
123. Nkulu Kalengayi, F. K.; Hurting, A. K.; Ahlm, C.; Ahlberg, B. M.: «It is a challenge to do it the right way: an interpretative description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden», *BMC Health Services Research*, 2012, núm. 12, p. 433.
124. Paterson, J. G.; Zderad, L. T.: *Humanistic Nursing*, 2a ed, Nova York, National League for Nursing, 1988.
125. Paterson, J. G.; Zderad, L. T.: *Humanistic Nursing. Gutenberg*, [llibre digital], 2007, disponible a: <<http://www.gutenberg.org/files/25020/25020-8.txt>>.

126. Peneer, J. L.; McClement, S. E.: «Using Phenomenology to examine the experiences of family caregivers of patients with advanced head and neck cancer: reflections of a novice researcher», *International Journal of Qualitative Methods*, 2008. vol. 7, núm. 2, pàg. 92-101.
127. Peña, A.: «La motivació dels immigrants adults per aprendre català. Un estudi a la ciutat de Girona», tesi doctoral, [en línia], disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/41407/1/APB_TESI.pdf>. Universitat de Barcelona, Barcelona, 2008.
128. Pepleau, H.: *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*, Nova York, G. G. Purtnam's Sons, 1952.
129. Pérez-Díaz, V.; Álvarez-Miranda, B.; González-Enríquez, C.: *Espanya davant la immigració*, Col·lecció Estudis Socials, núm. 8, Barcelona, Fundació La Caixa, 2001.
130. Pérez Serrano, G.: *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes 1*, Madrid, La Muralla, 2007.
131. Pronovost, P. J.; Thompson, D. A.; Holzmueller, C. G.; Lubomsky, L. H.; Morlock, LL.: «Defining and measuring patient safety», *Crit Care Clin*, 2005, núm. 21, pàg.1-19.
132. Quintero, N. C.: «Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería», *Grupo de cuidado y práctica de enfermería*, Bogotá, Unibiblos, 2000, pàg.184-191.
133. Ramos, M.; March, J. C.: «Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura», *Atención Primaria*, 2002, vol. 29, núm. 8, pàg. 463-468.
134. Ricoeur, P.: *Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido*, 6a ed., Mèxic, Siglo XXI editores, 2006.
135. Ricoeur, P.: *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*, Fondo de cultura económica de Argentina, 2000(a).
136. Ricoeur, P.: «Narratividad, fenomenología y hermenéutica», *Anàlisi* 25, 2000 (b), pàg.189-207.
137. Rist, R.: «On the relations among education research paradigms: From disdain to détente», *Anthropology and Education*, 1977, vol. 8, núm. 2, pàg. 42-50.
138. Rivau C.; Lasry J. C.; Bouchard L. et al.: «La phénoménologie: Une approche scientifique des expériences vécues», *Recherche en soins infirmiers*, núm. 81, 2005.
139. Rivera, M. S.; Herrera, L. M.: «Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería», *Texto Contexto Enferm*, 2006, Florianópolis, núm. 15, pàg.158-163.
140. Rivera, M. S.: «El arte de cuidar en enfermería», *Horizonte Enferm.*, 2004, vol.15, núm. 1, pàg. 11-22.
141. Rizzo Parse, R.: «What people want from Professional Nurses», *Nursing Science Quaterly*, vol. 24, núm. 2, [editorial].
142. Roca Clareda, J.; Elordui-Zapaterietxe, A. F.: *Análisis de la distribución territorial de la inmigración extranjera en la Región Metropolitana de Barcelona*, 4º Congreso sobre la inmigración en España, Ciudadanía y participación, [en línia], disponible a: <<http://www-cpsv.upc.es/documents/AnalisisDistribucionTerritorialInmigracionExtranjeraRMB.pdf>>.
143. Rodríguez, J.; Zurriaga, R.: *Estrés, enfermedad y hospitalización*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
144. Romero, E.: *Neogénesis: el desarrollo personal mediante la psicoterapia*, Santiago, Xile, Editora Norte-Sur, 2003.
145. Romo Feito, F.: *La hermenéutica. La aventura de comprender*, Mataró, Montesinos, Biblioteca de divulgación temática, 2010.
146. Rojas, J.; Sánchez, P.: *Evolución reciente y proyecciones de la población en España*, Boletín económico, Banco de España, Madrid, juny 2011, pàg. 59-68.

147. Rosen, G.: «El hospital. Sociología histórica de una institución comunitaria», a: Rosen, G., *De la policía médica a la medicina social*, Ed. Siglo XXI, Madrid, 1985.
148. Santamaría, E.: «Inmigración y barbarie. La construcción social y política del inmigrante como amenaza», *Papers 66*, Servei de publicacions de la UAB, 2002(a), pàg. 59-75.
149. Santamaría, E.: *La incògnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la inmigración no comunitaria*, Barcelona, Anthropos, 2002(b).
150. Santiago-Delefosse, M.: «Les méthodes de recherche qualitatives et la psychologie de la santé», a: Ficher, G. N. (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, pàg.187-207, París, Dunod, 2002.
151. Sarazibar, M. I.: «Acerca de la naturaleza de la relación entre enfermera y la persona enferma, comprender su significado», Tesis doctoral no publicada, Universitat de Navarra, Departament d' Educació, Pamplona, 2009.
152. Schüt, A.: *La construcción significativa del mundo social*, Barcelona, Paidós, 1993.
153. Segovia-Cuellar, A.: «Neurofenomenología. Proyecto para una ciencia de la experiencia vivida», *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2012, vol. 41, núm. 3, pàg. 644-658.
154. Shadmi, E.: «Quality of hospital to community care transitions: the experience of minority patients», *International Journal for Quality in Health Care*, 2013, núm. 25, vol. 3, pàg. 255-260.
155. Shouten, B. C.; Meeuwesen, L.: «Cultural differences in medical communication: a review of the literatura», *Patient Educ Couns.*, 2006, núm. 64, pàg. 21-34.
156. Smith, J.; Flowers, P.; Larkin, M.: *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*, Londres, Sage, 2009.
157. Solano, M. C.: «Fenomenologia-hermenéutica y enfermería», (editorial), *Cultura de los cuidados*, núm. 19, p. 5-6, 2006, [en línia], disponible a: <<http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/237>>.
158. Soler, J.: *¿Por qué lloran los inmigrantes?. Sentirse enfermo lejos de casa*, Lleida, Milenio, 2009.
159. Solveig Fagermoen, M.: «Humanism in Nursing Theory: A Focus on Caring», a: Hesook Suzie Kim, Ingrid Kollak (ed.), *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*, 2a ed., pàg.157-183, Nova York, Springer Publications Company, Inc., 2006.
160. Sotoca-Momblona, J. M.; Codina-Jan, C.: «Cómo mejorar la adherencia al tratamiento», *Jano*, abril-maig 2006, núm. 1605.
161. Strenbert, H.; Carpenter, D.: *Qualitative Research in Nursing. Advancing the humanistic Imperative*, 2a ed., Philadelphia, Lippincott, 1999, p. 54.
162. Subirós, P.: *Ser immigrant a Catalunya*, Barcelona, Edicions 62, 2010.
163. Tan, H.; Wilson, A.; Olver, I.: «Ricoeur's Theory of interpretation: an instrument for data interpretation in hermeneutic phenomenology». *International Journal of Qualitative Methods*, 2009, vol. 8, núm. 4, pàg.1-15, disponible a: <<http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/issue/view/485>>.
164. Taylor, S. J.; Bogdan, R.: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Madrid, Paidós Básica, 1987.
165. Tirgari, B.; Iranmanesh, S.; Ali Cheraghi, M.; Arefi, A.: «Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences», *Holist Nurs Pract*, 2003, vol. 27, núm. 4, pàg.199-206.
166. Tójar, J. C.: *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*, Madrid, La Muralla, 2006.
167. Toro, R.: «Inmigración, salud y cuidado», a: *Reflexiones desde la ética del cuidador*, 3r encuentro Enfermería y Bioética, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2007.
168. Torralba, F.: «El valor de tenir valors», Badalona, Ara llibres, 2012.
169. Torralba, F.; Palazzi, C.: «Excel·lència humana i professional segons la filosofia de L. A. Séneca», *Diàlegs: Revista d'estudis polítics i socials*, 2011, vol.14, núm. 54, pàg. 43-56.

170. Torralba, F.: «Hacia una antropología de la vulnerabilidad», *Revista Forma*, 2010, vol. 2, p. 25.
171. Torralba, F.: «Esencia del cuidar. Siete tesis», *Sal Tèrrea*, 2005, núm. 93, pàg. 885-894.
172. Torralba, F.: *I si la mare de Gandhi tingué raó?, Identitat, globalització i convivència*, Barcelona, Pòrtic Visions, 2002.
173. Torralba, F.: «Constructos éticos del cuidar», *Enferm Intensiva*, 2000, vol.11, núm. 3, pàg.136-141.
174. Valverde, C.: *Comunicación terapéutica en enfermería*, Madrid, DAE, 2007.
175. Van Manem, M.: *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*, 2a ed., Ontario, Canadà, The Althouse Press, 1997.
176. Vandermause, R. K.: «Philosophical Hermeneutic Interviewing», *International Journal of Qualitative Methods*, 2011, vol. 10, núm. 4, pàg. 367-377.
177. Vázquez, M. L.;erreira, M. R.; Mogollón, A. S.; Fernández, M. J.; Delgado, M. E.; Vargas, I.: *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*, Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.
178. Vecillas, M. J.: «La dignidad en los cuidados de salud», *Ética de los cuidados*, gener-juny, 2008, vol. 1, núm. 1, disponible a: <<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6759.php>>.
179. Vélez, C.; Vanegas, J. H.: «El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica», *Hacia la Promoción de la Salud*, vol.16, núm. 2, pàg. 175-189.
180. Villareal, E.: «Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad», *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2007, vol. 23, núm. 1, pàg. 112-119.
181. Vincent, C.: «Understanding and responding to adverse events», *N Engl J Med.*, 2003, núm. 348, pàg.1051-1056.
182. Vivanco, E.; Hernández, S.; Rodríguez, M. T.; Villarde, M. L.; García, O.; Cobos, A. M.: «Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería. ¿Estamos preparados?», *Norte de salud mental*, 2003, núm. 25, pàg. 63-74.
183. Vydelingum, V.: «Nurses' experiences of caring for south asian minority ethnic patients in a general hospital in England», *Nursing Inquiry*, 2005, núm. 13, pàg. 23-32.
184. Vydelingum, V.: «South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital: a phenomenological study», *Journal of Advanced Nursing*, 2000, vol. 32, núm. 1, pàg. 100-107.
185. Vissandjée, B.: «¿Es posible la comunicación intercultural? Teoría y práctica», a: M. Boladeras (coord.), *Bioética, género y diversidad cultural*, pàg.19-40, Cànoves, Proteus, 2012.
186. Watson, J.: «Theory of human caring» (ed.), a: Parker, M., *Nursing theories and nursing practice*, 2a ed., pàg. 295-307, Philadelphia, F. A. Davis Company, 2006.
187. Watson, J.: «Intentionality and Caring-Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing». *Holistic Nursing Practice*, 2002, vol. 16, núm. 4, pàg. 12-19.
188. Watson, J.: *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, Paris, Seli Arslan, 1998.
189. Wied, S.: «The concept of Interaction in Theory and Practice», a: Hesook Suzie Kim, Ingrid Kollak (ed.), *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*, 2a ed., pàg. 54-70, Nova York, Springer Publications Company, Inc., 2006.
190. Wiklund, L.; Lindholm, L.; Lindström, U. Å.: «Hermeneutical and narration: a way to deal with qualitative data», *Nursing Inquiry*, 2002, vol. 9, núm. 2, pàg. 114-125.
191. Wittgenstein, L.: *Conferencia sobre ética*, 1929, [en línia], disponible a: <<http://www.filosoficas.unam.mx/~tomasini/TRADUCCIONES/WITTGENSTEIN/Etica.pdf>>.
192. Zderad, L.: «Empathic nursing», *Nursing Clinics of North America*, núm. 4, pàg. 655-662.

Bibliografia complementària

- Alameda, A.; García, A.: «La atención sanitaria a la población inmigrante: matices para una problemática común», *Nure investigación*, [revista digital], 2004, núm. 3, disponible a: <http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/Ponencia3.pdf>.
- Baldonado, A.; Beymer, P.; Starsiak, D.; Nemivant, E. B.; Anonas-Ternate, A.: «Transcultural nursing practice described by registered nurses and baccalaureate nursing students», *Journal of transcultural nursing*, vol. 9, núm. 2, pàg.15-25.
- Blackfort, J.; Street, A.; Parsons, C.: «Breaking down language barriers in clinical practice», *Contemporary nurse*, vol. 6, núm. 1, pàg. 15-21.
- Blackfort, J.; Street, A.: «Cultural conflict: the impact of western feminism on nurses caring for women of non-English speaking background», *Journal Clinical Nursing*, 2002, vol. 11, núm. 5, pàg. 664-671.
- Boi, S.: «Nurses'experiences in caring for patients from different cultural backgrounds», *Journal of Research in Nursing*, 2000, núm. 5, pàg. 382-389.
- Canada Nursing Association, «Diversité culturelle. Changements et défis», *Zoom sur les soins infirmiers. Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada*, [revista digital], 2000, núm. 7, disponible a: <<http://dc160.4shared.com/doc/bPGO4PAC/preview.html>>.
- Chaib, M.: «La diversitat cultural i la integració social de la població immigrant», *Revista d'Etnologia de Catalunya*, vol. 24, 2004, pàg. 32-43.
- Cioffi, J.: «Nurses'experiences of caring for culturally diverse patients in an acute care setting», *Contemporary Nurse*, 2005, vol. 20, núm. 1, pàg. 78-86.
- Cioffi, J.: «Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards», *International Journal of Nursing Practice*, 2006, vol. 12, núm. 6, pàg. 319-325.
- Colectivo IOÉ: «Inmigrantes, nuevos ciudadanos. ¿Hacia una Espanya plural e intercultural?». *Confederación Española de Cajas de Ahorro*, núm. 28, 2008.
- Comité Consultiu de Bioètica de Catalunya, «Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut», Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2007.
- Cortis, J.: «Caring as experienced by minority ethnic patients», *International Nursing Review*, 2000, núm. 47, pàg. 53-62.
- Departament de Salut i Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya, «Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari», Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2005.
- Kanitsaki, O.: «Rethinking cultural sensitivity», *Nursing Inquiry*, 1996, núm. 3, pàg.11-12.
- Leininger, M.: «Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices», *Journal of Transcultural Nursing*, 2002, vol.13, núm. 3, pàg. 189-192.
- Narayanasamy, A.: «Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?», *British Journal Nursing*, 2003, vol.12, núm. 3, pàg.185-194.
- Rommelspacher, B.: «Transculturality in Nursing», a: Suzie Hessoock & Kim Ingrid Kollak (ed.), *Nursing Theories. Conceptual & Philosophical Foundations*, pàg. 236-258, Nova York, Springer Publishing Company, 2006.

ANNEXOS

Annex A
Informació sobre la investigació



Información sobre la investigación

Información al participante

**Título del estudio: "La experiencia de ser cuidado en un hospital
Perspectiva de la población emigrante extracomunitaria"
Investigadora responsable: MONTSE GUILLAUMET OLIVES**

Como investigadora principal, le invito a participar en un estudio que tiene por objetivo comprender las percepciones de ser cuidado por las enfermeras, durante una hospitalización.

La investigación forma parte de mi tesis doctoral realizada en la facultad de Filosofía, de la Universidad de Barcelona y está dirigida por la Dras. Margarita Boladeras y Josefina Goberna. Antes de tomar una decisión sobre su participación es importante que comprenda el porqué se realiza el estudio y su significado. Por favor, lea con atención la siguiente información.

¿Por qué se realiza el estudio?

El cambio demográfico ocurrido en las últimas décadas en nuestro país produce nuevos fenómenos en las relaciones humanas. En los hospitales, las enfermeras cuidan a personas de distinto origen cultural que posiblemente entiendan los cuidados desde otras perspectivas. Este estudio permitirá aproximarse a la vivencia de ser cuidado/a durante un ingreso, a partir de los propios pacientes con orígenes culturales diversos.

¿Cual es el propósito del estudio?

El estudio nos permitirá conocer mejor la experiencia de ser cuidado/a durante un ingreso hospitalario a partir de las propias personas de origen extracomunitario que han tenido esa experiencia. Los resultados nos pueden ayudar a conocer las expectativas de las personas de otras culturas sobre el cuidado que reciben. Con ello, podremos mejorar los cuidados enfermeros a través de una atención más individualizada, humana y coherente al origen cultural de las personas atendidas.

¿Qué se espera de su participación?

En primer lugar recibirá información sobre el estudio, oral y escrita. Si usted está de acuerdo en participar, se le invitará a firmar una hoja de consentimiento informado aceptando su participación.

A continuación la investigadora le solicitará realizar una entrevista donde se trataran aspectos relacionados con su experiencia durante su hospitalización, por lo que se le pedirá que explique cómo fue esa experiencia y cómo se sintió ante las diferentes situaciones que vivió.

Ocasionalmente se le puede solicitar una segunda entrevista con el objetivo de clarificar aspectos que no hayan quedado claros en la primera entrevista así como para asegurar la comprensión de algunas respuestas dadas.

La duración de la primera entrevista será de unos 60 minutos, dependiendo de usted, siendo la segunda más corta.

Con el propósito de analizar los datos, la entrevista será grabada en audio. Esta grabación es absolutamente confidencial y anónima y será destruida después del estudio.

¿Es obligatorio participar?

No. Su participación es totalmente voluntaria. Todas las entrevistas serán realizadas en un

entorno privado y toda la información es confidencial. Usted puede negarse a hablar sobre algún tema en concreto, así como abandonar en cualquier momento que lo desee sin obligación de justificarse y sin ningún perjuicio de carácter personal, jurídico ni social. La participación en este estudio no afectará a los servicios que usted reciba ahora o en un futuro. Si decide no participar, tampoco tendrá repercusión, de ningún modo, en los servicios que usted necesite ahora o en un futuro.

¿Cuáles son los riesgos y perjuicios?

La participación en este estudio no supone ningún riesgo.

La investigadora es consciente de que para algunos participantes, el hablar sobre su experiencia a hospitalaria y sobre sus emociones puede no ser fácil, lo que puede generar emotividad o molestia. Se garantiza la sensibilidad hacia sus sentimientos en todo momento.

¿Cómo se utilizarán los datos que proporcione?

Todos los datos recogidos serán estrictamente confidenciales y anónimos durante todas las etapas

del estudio. Toda la información susceptible de identificar a los participantes será eliminada.

Se utilizarán nombres ficticios en el texto y códigos numéricos para asegurar el anonimato y la confidencialidad.

Todos los documentos de consentimiento informado así como el material escrito y grabado serán guardados en un espacio seguro bajo llave, y destruidos un año después de la lectura de la tesis doctoral.

Si quiere más información sobre el estudio puede contactar con la investigadora:

Montse Guillaumet, a través del correo electrónico: mguillaumet@santpau.cat, o del teléfono: 93-553-7774.

Gracias por el interés mostrado y por su tiempo empleado en este estudio. Numerosos descubrimientos obtenidos a través de investigaciones científicas han sido posible gracias a personas como usted que ha dedicado su tiempo a la investigación. Su participación contribuye al enriquecimiento del conocimiento y del avance de la práctica enfermera. Con nuestra comprensión de las diferentes visiones sobre la salud y la vida, creemos que podremos ser capaces de promover un cuidado más humano y sensible.

Si decide participar en el estudio, rellene, por favor, la hoja de consentimiento informado, que se adjunta.



PARTICIPATION INFORMATION SHEET

Participant Information

Study title: "The experience of hospital care from the perspective of the non-EU economic migrant population"

Principal researcher: Montse Guillaumet Olives

I would like to invite you to participate in my research about perceptions of nursing care during hospital admission. The aim of this study is to understand how you feel about the nursing care you received during your hospital stay.

This research is part of my PhD in Philosophy, Faculty of Philosophy, University of Barcelona. (*Thesis Directors: Margarita Boladeras, Ph.D. Josefina Goberna, Ph.D*)

Before deciding to participate please read the following information to understand the rationale for conducting this research.

Please, read this information carefully.

Why are we doing this study?

The demographic changes in recent decades in Spain have introduced new phenomena in human relations. Nurses working in hospitals care for people of many different cultures who may understand care from different perspectives. This study investigates how patients with a culturally different background perceive nursing care during their hospital stay.

What is the objective of the study?

The objective is to improve our understanding of non-EU patients' perceptions of hospital care based on their experience. The findings will help us to know the expectations of people from other cultures about the care they receive. The study will also help us to develop an individualized approach to care that is humane and coherent.

What does your participation involve?

First of all you will receive verbal and written information. If you agree to participate in the study, you will be asked to sign a written consent form where you accept to participate. Next, we will ask you some questions about your experience regarding the nursing care you have received, and how you felt at different moments during your stay. In some cases, we may ask you for a second interview to confirm our understanding of your experience. The first interview will take around 60 minutes, depending on you, and the second would be short.

For purposes of data analysis, we will record your interview. This recording is strictly confidential and anonymous, and will be destroyed after the study.

Do I have to participate?

No. Participation is entirely voluntary. All interviews will take place in complete privacy and all information is confidential. You may refuse to talk about a particular

issue and you can leave any time you want without obligation and without personal, legal or social penalty.

Participation in this study will in no way interfere with or affect care or services you receive.

Are there any risks involved?

There are no risks in this study that arise from your participation. However, we are aware that talking about your hospital experience and emotions is not easy and can be upsetting. Sensitivity to your feelings at all times is guaranteed.

What will happen to the data?

All data collected will be strictly confidential and anonymous at all stages of the study. Any material identifying you or anyone you speak about will be deleted from the transcripts. Participants will be identified by nicknames and number codes to keep identities confidential. All consent forms, written materials and audio recordings will be stored in a locked space and will be destroyed one year after the dissertation reading.

If you would like more information about the study you can contact me by email: mguillaumet@santpau.cat , or phone: 93-553-7774

Thank you for your interest in this study and for your time. Many discoveries obtained through scientific research have been made possible by people like you who have given their time to research. Your participation will contribute to the enrichment of knowledge and advance nursing practice. By extending our understanding of different views and perspectives on health and life, we believe we will be able to provide more humane and sensitive approach to care.

If you agree to participate in this study, please fill in the attached consent form.



Information de la recherche

Information du participant

Titre de la recherche: "L'expérience d'être soigné dans un hôpital. Perspective du client immigrant économique no communautaire"

Chercheuse responsable: MONTSE GUILLAUMET OLIVES

En tant qu'investigatrice principal, je vous invite à participer à une recherche qui a pour but comprendre la perception d'être soigné par les infirmières, pendant une hospitalisation. Cette étude forme part de ma thèse doctorale à la Faculté de Philosophie de l'Université de Barcelone, et elle est dirigée par les Docteurs Margarita Boladeras et Josefina Goberna. Pour pouvoir prendre une décision sur sa participation, c'est important de comprendre le pourquoi de cette recherche et son signification. SVP, lire attentivement l'information suivante.

Pourquoi effectuer cette étude?

Les changements démographiques survenus au cours des dernières décennies dans notre pays activent de nouveaux phénomènes dans les relations humaines. Dans les hôpitaux, les infirmières prennent soin de personnes de différentes origines culturelles qui peuvent comprendre les soins depuis autres perspectives. Cette étude permettra nous approcher à le vécu d'être soigné à l'hôpital, expliqué par les participants, eux-mêmes.

Quel est le but de la recherche?

Cette étude nous permettra mieux connaître l'expérience d'être soigné dans un hôpital à partir des expériences vécues des personnes no communautaires. Les résultats peut nous aider à connaître les attentes des gens de différents cultures par rapport aux soins reçus, dans le but d'améliorer les soins aux patients en concevant de nouvelles façons de fournir un soin plus personnelle, humain et cohérente à la culture de ceux qui les reçoivent.

Quel est le déroulement de la participation ?

En premier lieu, vous serez informé sur l'étude par écrit et orale. Si vous êtes d'accord à participer à l'étude, vous serez invité à signer un consentement éclairé. Ensuite l'investigatrice vous demandera, de vous faire quelques questions concernant votre expérience d'être soigné à l'hôpital donc être demandé d'expliquer comment a été votre expérience et comment vous avez sentais avant les différentes situations qui ont vécu pendant l'hospitalisation.

Dans certains cas, on est possible de faire une seconde entrevue basée sur les questions de clarification pour assurer la compréhension de la réponse apportée à la première entrevue.

La durée de la première rencontre sera d'environ 60 minutes ou selon votre désir et la durée de la seconde rencontre sera plus court.

Les entrevues seront enregistrées sur audio pour leur analyse ultérieur. Ces enregistrements seront strictement confidentiels et anonymes et ils seront verrouillés, par la investigatrice, et détruits dans l'année suivant la lecture de la thèse.

C'est obligatoire la participation ?

No. Votre participation c'est absolument volontaire. Le déroulement des entrevues ça serait assurant la privacité et la confidentialité de toute l'information.

Vous pouvez refuser de parler d'un sujet particulier. Vous avez le droit de vous retirer de l'étude en tout temps sans l'obligation de vous justifier et sans aucun préjudice d'ordre personnelle, juridique ou sociale. La participation à cette étude ne porte pas atteinte aux services que vous recevez.

Si vous décidez de ne pas participer n'aura pas d'impact, en aucune façon, des services dont vous avez besoin.

Quels sont les risques ?

Il est entendu que la participation à cette étude ne représente aucun risque.

La chercheuse est consciente que parler de l'expérience d'être à l'hôpital et des sentiments ce n'est pas facile, et vous pouvez être bouleversé ou gêné de parler sur ça. La chercheuse serait sensible à votre expérience.

Comment seront traitées les données recueillies ?

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels et anonymes durant toutes les étapes de l'étude. On va utiliser des noms fictifs et codes numériques dans le texte pour assurer la confidentialité. Tous les renseignements susceptibles d'identifier les participants dans le texte écrits seront éliminés. Tous les documents de consentement éclairé, le matériel d'audio seront gardés sur clé et ils seront détruits un an après la lecture de la thèse.

Si vous avez plus de questions au sujet de cette étude vous pouvez contacter la chercheuse, par courriel mguillaumet@santpau.cat ou par numéro de téléphone : 93-553-7774.

Je vous remercie de l'intérêt et pour votre temps que vous portez à cette étude. De nombreuses découvertes provenant de recherches sur les sciences ont été rendues possibles parce que des gens comme vous ont consacré du temps, malgré leur horaire achalandé, à un travail de recherche. Votre participation contribuera à l'enrichissement des connaissances et de la pratique en sciences infirmières afin de mieux comprendre et accompagner des personnes dans les soins de manière plus humaine et sensible à différents points de vue et à différents modes d'approche de la santé et de la vie.

Si vous décidez participer, remplissez le formulaire de consentement adjoint.

ةي ن اثل ا ر ص ق أ ي ر ج ي و

ل ي ج س ت ل ا ا ذ ه . ة ل ج س م ة ي ت و ص ة ل ب ا ق م ن و ك ت ف و س ، ت ا ن ا ي ب ل ا ل ي ل ح ت ل ج أ ن م
ة س ا ر د ل ا د ع ب ر ي م د ت م ت ي س و ر د ص م ل ا ة ل و ه ج م و ة ي ا غ ل ل ي ر س و ه

ة ك ر ا ش م ل ا ن م ي ل د ب ا ل

ص ا خ ل ا ع ا ط ق ل ا ي ف ت ا ل ب ا ق م ل ا ع ي م ج ي ر ج ت ا م ا م ت ي ع و ط م ك ت ك ر ا ش م
ي أ ي ف ك ر ت و ا ، ن ي ع م ع و ض و م ن ع ت د ح ت ل ا ض ف ر ت د ق . ة ي ر س ت ا م و ل ع م ل ا ع ي م ج و
ي ع ا م ت ج ا و أ ي ن و ن ا ق . م ا ز ت ل ا ن و د ء ا ش ت ت ق و
ي ف و أ ن أ ل ا ي ق ل ت ت ي ت ل ا ت ا م د خ ل ا ل ع ر ث و ت ن ل ة س ا ر د ل ا ه ذ ه ي ف ة ك ر ا ش م ل ا
ل ب ق ت س م ل ا
ي ت ل ا ت ا م د خ ل ا ي ف ل ك ش أ ل ا ن م ل ك ش ي أ ب ر ث و ي ا ل ة ك ر ا ش م ل ا م د ع ت ر ت خ ا ا ذ ا و
ل ب ق ت س م ل ا ي ف و أ ن أ ل ا ه ي ل ا ج ا ت ح ت

رئ اس خ ل ا و ر ط ا خ م ل ا ي ه ا م

ر ط خ ي أ ل ك ش ت ا ل ة س ا ر د ل ا ه ذ ه ي ف ة ك ر ا ش م ل ا
ت ش ي د ح ل ا و ، ن ي ك ر ا ش م ل ا ض ع ب ل ة ب س ن ل ا ب ه ن أ ك ر د ي ت ح ا ب ل ا
ن ا ن ك م م ل ا ن م ، ا ل ه س ن و ك ي ا ل د ق م ه ر ع ا ش م و ي ف ش ت س م ة ب ر ج ت ن ع
ن ي ع ب ذ ا خ ت ا ن م ض ي ه ن ا ف . ة ح ا ر ل ا م د ع و أ ة ي ل ا ع ف ن ا ل ا ج ت ن ت
ت ا ق و أ ل ا ع ي م ج ي ف م ه ر ع ا ش م ر ا ب ت ع ا ل ا

م ي د ق ت ل ة م د خ ت س م ل ا ت ا ن ا ي ب ل ا م ت ي ف ي ك

ي ف ر د ص م ل ا ة ل و ه ج م و ة ي ا غ ل ل ي ر س ن و ك ت ا ه ع م ج م ت ي ي ت ل ا ت ا ن ا ي ب ل ا ع ي م ج
د ي د ح ت ن ك م ي ي ت ل ا ت ا م و ل ع م ل ا ل ك ل ع ا ض ق ل ا م ت ي س . ة س ا ر د ل ا ل ح ا ر م ع ي م ج
م د ع ن ا م ض ل ة ي م ق ر ل ا و ص ن ل ا ز و م ر ي ف ة ي م ه و ء ا م س أ ا م د خ ت س ا . ن ي ك ر ا ش م ل ا
ة ي ر س ل ا و ه ت ي و ه ن ع ف ش ك ل ا
د ا و م ل ا و ة ر ي ن ت س م ل ا ة ق ف ا و م ل ا ق ي ا ن ش و ع ي م ج ن ي ز خ ت م ت ي س و
د ع ب د ح ا و م ا ع د ع ب ر م د ت س و ل ف ق ل ا ت ح ت ة ن م أ ة ق ط ن م ي ف ة ل ج س م ل ا و ة ب و ت ك م ل ا
ة ل ا س ر ل ا ة ء ا ر ق

ت ح ا ب ل ا ل ا ص ت ا ل ا ة س ا ر د ل ا ه ذ ه ل و ح ت ا م و ل ع م ل ا ن م د ي ز م د ي ر ت ت ن ك ا ذ ا

د ي ر ب ل ا ر ب ع ، Montse Guillemet ن م

935537774 : ف ت ا ه و أ ، mguillaumet@santpau.cat : ي ن و ر ت ك ل ا ل ا

د ي د ع . ة س ا ر د ل ا ه ذ ه ي ف ك ت ق و ك م ا م ت ه ا ل ا ر ك ش ي ض ق

ن م ن ك م م ي م ل ع ل ا ت ح ب ل ا ن م ا ه ي ل ع ل و ص ح ل ا م ت ي ت ل ا ج ي ا ت ن ل ا ز ر ح أ

ي ف م ه س ت م ك ت ك ر ا ش م . ت ح ب ل ل ه ت ق و س ر ك ي ذ ل ا ك ل ث م س ا ن ل ا

ة ف ل ت خ م ر ظ ن ت ا ه ج و ل ا ن م ه ف ع م . ة ي ض ي ر م ت ل ا ة س ر ا م م ل ا ض و ه ن ل ا و ة ف ر ع م ل ا ء ا ر ث ا

ة س ا س ح و ة ي ن ا س ن ا ر ث ك أ ن و ك ن س ، ة ا ي ح ل ا و ة ح ص ل ل ا ل و ح

ق ل ع ت و ، م ل ع ن ع ة ق ف ا و م ل ا ة ر ا م ت س ا ء ل م ي ج ر ي ، ة س ا ر د ل ا ي ف ت ك ر ا ش ا ذ ا

Annex B

Entrevistes als participants

TRANSCIPCIÓ 1- ALÍ

Entrevista no enregistrada, per voluntat del participant. Una vegada finalitzada, va ser escrita en una sala adjacent, intentant ser el màxim de fidel a la conversa.

S'escriuen les parts més relacionades amb la seva experiència d'ingrés, escrites d'acord al com s'havien expressat.

«(...) Respeto, todos han demostrado respeto. Me ha sorprendido el respeto y el trato de todos, médicos y enfermeras.

Me han bañado en la cama con mucho cuidado y me han acompañado a la ducha con mucho respeto, me han tapado (...)

Cuando he llamado al timbre han venido rápido, no tardan como en Italia. Aquí la gente es más amable (...)

Cuando he tenido dolor me han puesto calmantes. Estoy feliz, todo muy bien, mucho respeto.

El idioma no me ha resultado problemas. Me dicen: "te entiendo, te entiendo" y tengo a un amigo que me ayuda. Él vive en Vilanova. Yo estaba aquí de vacaciones, vivo en Hospitalet y caí de noche por un escalon que no ví. Tuve mucho dolor».

TRANSCIPCIÓ 2- CLAUDIA

Entrevista no enregistrada, per voluntat del participant. Una vegada finalitzada, va ser escrita en una sala adjacent, intentant ser el màxim de fidel a la conversa. És l'entrevista més curta degut al seu estat de salut.

S'escriuen les parts més relacionades amb la seva experiència d'ingrés, escrites d'acord al com s'havien expressat.

«(...) Me han tratado muy bien, estupendamente, de verdad, aquí (...)

No me puedo quejar, de verdad se lo digo. Llevo 3 meses aquí, todos me conocen y me tratan muy bien, en todos los turnos.

No había estado, este, nunca en un hospital y de verdad que aquí me tratan muy bien. (...)»

TRANSCIPCIÓ 3- ISABELLE

E- entrevistadora

X- entrevistada

Entrevista realitzada amb el suport d'una persona de l'entorn de la participant que feia de traductora.

«(...)

e. ¿cómo se sintió?

x. Dice que desde que se cayó ya empezaron a tomarle en serio y le...tratat...la atendieron bien, a partir de ahí. Y el día a día siempre fue bien atendida hasta que salió del hospital.

Dice que...cuando le iban a poner la perfusión, el primer enfermero que ha venido no supo ponerlo. Y le dolía mucho, más de una hora y se estaba quejando. Y le dolía que parecía que no estaba bien puesto y el enfermero este decía que..."le duele porque es negra y no se ven bien las venas". Y vino otra después y le dijo: "si le duele será seguramente que no

está bien puesto” y sacó y...la jeringuilla, buscó la vena normal y lo volvió a poner. Y a partir de ahí si que ya no volvió a notar dolor.

e. ¿se sintió cuidada?

x. dice que le trataron bien, que le han cuidado bien pero el problema que no, no...Nadie les explicaba qué le estaba pasando. Estaban haciendo pruebas y tratamiento, pero a ellos no le decían nada y...ella pregunto a uno que dijo que tenia diabetes, otro vino y dijo que no, que no era diabetes, que era un error de diagnostico. Y así así, que no tuvieron ninguna explicación clara de que le pasaba.

e. ¿le tuvieron que hacer la higiene, o darle de comer?

x. dice que le daban de comida pero de higiene era ella.

e. ¿que es lo que más le gustó y que es lo que menos de estar dentro del hospital?

x. Dice que cuando ha sido ingresado le trataron bien, les cuidaron bien y todo, pero los que hacen los turnos de noche que a veces cuando hay algo que quieren contar a los médicos o enfermeros, aprietan el botón este y a veces, depende del grupo que esté, hay unos que atienden bien que vienen de seguida pero hay otros que ni caso. Son las dos facetas que había.

(...)»

TRANSCIPCIÓ 4- AICHA

E- entrevistadora

X- entrevistada

Entrevista realitzada amb el suport d'una persona de l'entorn de la participant que feia de traductora.

«(...)

x. dice que estaba embarazada, y le dolía mucho la barriga. (...)La miran y le dicen (...) que no, que...el feto no está bien. Y así abortó. Y no le explicaron bien porqué no estaba bien, porque le dolía la barriga, no sé...nada. No le dieron ninguna explicación.

e. ¿podría ser quizás por el idioma?

x. dice que no es por el idioma porque iba con su marido. Y le dolía la barriga y estaba sangrando... (...) el dolor persistía, volvió a sangrar (...) al final ella dijo “no puedo, por lo menos que me den algo para aliviar el dolor”. Así le han dado unas pastillas, si, para calmar el dolor y fue ella aguantando (...) y le han dicho que el niño, el feto no esta en buena posición, que tenían que hacerle abortar. Y así le han quitado.

Otra experiencia....

X. (...) ella dice que era anémica pero cada vez, le extraían sangre, y mucho. Y cuando le extraen sangre le duele mucho la cabeza. Cada vez se quejaba pero le decían que no pasaba nada. Dice que es el problema que tuvo aquí, de tratamiento, que la trataron bien.

e. ¿cómo se sintió durante el ingreso?

x. dijo que fue a ingresar solo al momento del parto. Para el tratamiento, iba a la consulta y volvía.

e. ¿y después del parto estuvo dos días en el hospital?

x. Tuvo el bebé por cesárea y estuvo en el hospital cinco días.

e. ¿y durante estos cinco días, cómo se sintió cuidada? ¿Qué recuerda de las enfermeras?

x. ella está muy bien. Todo está bien.

e. ¿qué recuerda de las enfermeras?

x. las enfermeras se ocuparon muy bien de todo.

e. ¿encontró a faltar alguna cosa, de enfermería? ¿Que es lo que no le gustó? ¿Que le hubiera gustado?

x. todo me gusta, todo era bien por su parte.

(...)»

TRANSCIPCIÓ 5- YALDA

E- entrevistadora

X- entrevistada

«(...)

e. ¿Qué recuerda de su ingreso?

x. (...) los hombres cuidan de las mujeres de otra manera. (...) Nos gritan. No entender no igual a no oír.

(...) Informan a la paciente de al lado y a mi no, por el velo, habiendo tenido igual el niño.

(...)

(...) Después del parto no nos lavamos en 7 días y tomamos sobras y carne nutritivas que nos prepara nuestra mamá.

(...) cuando tenemos regla no tomamos leche ni bebidas frías.

Habitación fumaban la paciente y pareja. Fuman en el baño. Entra auxiliar y dice, mirándonos a nosotros: ¿quién ha fumado? Mi marido con educación responde: Nosotros no fumamos, (las mujeres no fumamos) y ella ya se rió con los otros.

(...) no preguntamos, ellos sabrán. Llamamos al timbre...ya vendrán, no insistimos.

(...) Las mujeres en el cuidado se tocan, miradas, más próximas. Hombres-mujeres distancia, no tocan.

e. ¿le cuidaron enfermeros hombres?

x. no, no, nunca.

Mujer paquistaní expresa poco lo que siente, se refugia en la oración. Hago yoga, hijos, casa, cocina...

(...)

e. ¿Qué recuerda de las enfermeras?

x. ellas cuidaban bien, trataban bien. Preguntaban cada momento que necesitaba...»

TRANSCIPCIÓ 6- MURIEL

E- entrevistadora

X- entrevistada

«E- Muriel, vamos a empezar a grabar...

X- Bueno... esteee... que dije... el embarazo fue un... un embarazo normal, sin ningún probl... esteee... pero todas las... las entrevistas que tuve con... con la llevadora no fue siempre con la misma persona, siempre me fue tocando una persona diferente. Me pareció un poco raro. Después pensé también que... yo... en... quizás en... en Argentina... bueno, en Buenos Aires, que es donde yo soy, hay como una cosa un poco paternal con respecto la relación con los... con los médicos... Y entonces, uno se identifica mucho y a mí me parecía como... incluso como un embarazo... bueno, no es una enfermedad y tal... Dije, "bueno, mejor que no sea así, que es una cosa más que... que yo sea la responsable y que no me apoye tanto en una figura"... No sé...pero después sí, en el ingreso se... quizás necesité un poco más de... como de contención afectiva.

E- Aha...

X- Esteee... ingresé por la noche... Todo el trato siempre muy cordial y todo, pero siempre con... noté mucha... como mucha distancia...ehhh... la persona que...Bueno, lo mismo... estuve... ingresé y también... a lo largo de... fue un parto largo... fue un ----- de parto largo... no... rompí aguas sin tener contracciones, entonces... esteee... bueno, se empezó a seguir el protocolo... que ya lo había leído y todo, pero... esteee... desde el lugar... desde ese lugar de estar pariendo por primera vez y tal, sí... quizás, esteee.... Me sentí un poco como... no sé, como abandonada. No es que me hayan dejado sola ni nada por el estilo, pero incluso en un momento yo quería hacer el parto natural, sin.... Sin... con la misma...

E- ... intervención

X- ... intervención. Pero llegó un momento que ya... ehh... yo necesitaba saber si realmente podía, y a la persona que se lo pregunté no... como... no... no, no quiso... me dijo "Eso no lo puedo decidir yo, eso no te lo puedo decir". Entonces, quién era como...Estaba con mi marido.... O sea, mi marido y yo... primera... primera experiencia y... y yo no... a ver, por un lado no... no quería... era por el tema de la epidural... yo no daba para más... ya estaba con oxitocinas, o sea, ya no era un parto... ya no era un parto...

E- ... natural

X- ... natural, pero decía "Bueno, si aguanto un poco más... esteee... sin la epidural. Puedo hacer fuerza... no..."

E- ¿Nadie te decía nada?

X- No... Es que no me decían... sino que me dijeron que no me lo iban a decir... que la... la enf... sí, la llevadora... la... la persona que me estaba atendiendo en ese momento, me dijo que eso no era algo que ella me pudiera decir... Y, no sé... igual... claro, uno está en esa situación... está la... la percepción de la realidad... No sé si es tal... si es así

E- Claro

X- Pero yo lo que sentía era como... hasta que le molestaba que le preguntara eso... o la sensación de no estar haciendo los *pujos* bien... No sé...no... quizás, esteee... bueno, esta persona estuvo bastante rato. Después, bueno, como tardó mucho más el parto también hay momentos que no... no me acuerdo muy bien. Y después, al ser un Hospital-escuela, todo el tiempo entraba y salía gente.... Eso sí que...

E- ¿Era aquí en Barcelona?

X- Sí

E- Sí

X- ... (...) Y fue un rato largo y... claro... no sé... yo... no tengo problema en... bueno, en participar de estas cosas... de hecho estoy aquí... Y también en el... durante el embarazo participé de otro tipo de encuestas... pero en ese momento, estar ahí con... con público era... fue...

(...)

E- De protegerse ellos

X- Sí. El tema legal... sí, por supuesto. Y también algo como de... No sé, es una sensación... ¿eh? de esto que se habla tanto... Yo estaba como... me había formado con esto de... El parto es nuestro... todas estas asociaciones que hay que... que están un poco en cont... no en contra, pero confrontan con... con... con muchas... no sé, principios médicos... No sé... primero resguardemos bien y quizás hacen intervenciones que no...

E- Evitar las intervenciones ¿no? al máximo

X- Evitar intervenciones al máximo... Entonces confrontar con esto de los médicos... de primero, como asegurémonos de que esté todo bien... que tampoco está mal... En realidad están cuidando a la persona y a... las dos personas ¿no? No sé... como si hubiera con esta... no sé... como dos bandos ¿no?... los pacientes ¿no?... Yo sentía...

E- Los pacientes y los profesionales

X- ... y los profesionales

E- ¿Tú notaste esta diferencia?

X- Yo noté esta diferencia en... en eso... en sobretodo en esta respuesta... “Yo es algo que no te lo puedo decir”... que quizás en otra época donde no... Sí que te lo decían... Entonces, esto generaba “Mira, ésta me dijo...” digo ¿eh?

E- Sí, sí

X- “Ésta me dijo que... que no iba a poder parir y entonces por eso no parí”... No sé... me...

E- ¿Por qué toda aquella... aquel desfile de personas que habían por allí tenían alguna interrelación contigo? ¿Notaste alguna conexión o...?

X- No, no...

E- ¿Ni un gesto?

X- Sí, sí... una sonri... se hizo todo... todo dentro de una corrección, una educación y una cordialidad pero...

E- Frío

X- ... frío, frío... esteeeee... Salvo el... ya una vez que... que fue para cesárea... que llegó el... el ginecólogo... me puso la mano en el hombro... cuando... y cuando me dijo “Vamos a cesárea” y me puso la mano... y ahí fue como... Pero incluso ese gesto lo... lo recuerdo como... sí...

E- ¿sí?

X- Mira, me... me...

E- Sí, sí, sí. Claro...

X- Me vuelve esa emoción porque si...

E- Por el contrario ¿no?... el contrario de todo lo que habías recibido...

X- Sí. Me estaba dando una mala noticia porque... porque no era lo que queríamos, pero bueno, por lo menos... Y él sí, estaba más... más relajado... era... No sé, era un... un chico más joven... La señora era una mujer más grande, la que me... la que no quiso...

E- Hablar

X- ... hablar... Me habló todo, pero no... no me quiso dar su opinión personal, un poco... esteeee... Y después, bueno... después (...) todo superbién... (...)... esteeee... (silencio)... Sí, muy... sí... esteeee... bueno, nació el bebé superbién... Me lo... me lo acercaron... esteeee...la... esa era otra... la que estaba ahí con el bebé ¿no?... la... no sé... la que se ocupaba del bebé... me vino... se lo llevó al papá... me lo vino a contar que... que el papá estaba... Estaba emocionado... Eso fue...

E- ahá

X- Eso sí. Sí, sí... esteeee... Para mí el momento (...) fue... fue duro.

E- ¿Te dejaron estar con tu marido? ¿Con alguien que quisieras?

X- Sí. Todo el tiempo estuvo mi marido. Sí, sí. Con eso no hubo problema. No me dejaron cambiar de posición en la cama... que eso también... porque estaba con monitores y me dijeron que si... que si me movía no...

E- ¿?

X- ... no escuchaban bien... Entonces, esteeee... estuve acostada, que fue... buffff... acostada boca arriba, con una panza así... esteeee... fue muy incómodo, muy incómodo

E- ¿Recuerdas algún detalle en esa situación tan incómoda? ¿Algún detalle que... Así, ¿como recuerdas?

X- ... de las... de las tiras. Sí, sí... estee... (silencio). Y esto es... siempre... nunca... digo... esto es una sensación afectiva lo de estar sola, porque siempre estaban ahí y se... y si había algún... algún... si me movía y se... enseguida entraban, porque estaban muy atentos... esteeeee... de... de todo lo que era el cuidado. Después, bueno... después del parto esto también... Después de la cesárea me... bueno, cuando ya estoy con el bebé y todo, me dejaron un momento solos a los 3... esteeee... antes de llevarnos a la habitación... Y claro, ahí... esteeee... yo me había informado todo del tema de la lactancia, pero no después de la cesárea, porque no pensaba...

E- No estaba en vuestros planes, ¿verdad?

X- ... tener cesárea... pero esas cosas... Entonces estaba un poco dudando si el bebé buscaba el pecho y yo... esteeee... no... no... también esto ¿no? Bueno, le doy... pensaba... no... pero... de la anestesia... no sé qué... Entonces, esteeeee... le pregunté a una enfermera y me dijo "No, no... todavía no. Cuando estés... Ahora no le des... Cuando estés en... cuando estés en la... en la habitación" y... y yo le... le preguntaba... "Pero por la anestesia ¿no?". No... no me... no me... no sé... no me explicó nada y yo le... le di teta igual... Yo estaba ahí, el bebé buscó, se prendió... y después otra que pasó... pero así ¿eh?... se cruzaron... otra que entró... "¡Ay! ¡Qué bien!! ¡Cómo se prendió!". O sea, que... la otra para que me dijo...

E- Claro

X- ... que no... No sé. Esas cosas es... esteeee... no sé... O bien, o se ponen de acuerdo o que te atiendan una y seguir las...

E- Claro, por qué ¿no tenías una enfermera de referencia?

X- No, no...

E- ¿notabas que había alguien pendiente de ti?

X- Notaba que estaban todos muy atentos pero es lo que... lo que... lo que vine viviendo... no notaba... no había una persona... no, no lo noté... Igualmente sí lo había pero...

E- Igual la que te dijo que no, no era ¿quién era?

X- No sé quién era quién... Sí, sí, sí...

E- ¿No se presentaban quizás?

X- Se presentaban todos, ¿eh? Pasa que uno tampoco está para...

E- No... no está...

X- Lo mismo cuando firm... firmabas papeles... digo, yo firmé papeles con... con contracciones.... Bueno, no sé...

E- ¿Luego subiste a la habitación?

X- Luego subí a la habitación, esteee.... Bueno, eso sí, muy bien... Siempre... siempre el niño al lado mío... Si se lo llevaban me avisaban y yo podía ir... esteee... Después, en un momento... Después, el otro... el otro día tuvo fiebre, el bebé... No, no... me explicaron bien... no fue nada... simplemente porque estaba muy abrigado y... y ahí se lo llevaron rápido y yo lo seguí... Me dijeron que no tenía nada... Ahí le dieron un biberón, sin que yo... sí, cuando estaba con fiebre... cuando yo lo seguí, pero iba como podía porque porqué estaba, bueno... con la cesárea...ehhh... y cuando llegué, le estaban dando un biberón que digo... bueno, igualmente... fue una decisión porque tenía fiebre y había que hidratarlo... a saber... no me dieron mucha explicación de eso... tampoco pregunté, la verdad... esteee... (Silencio) Y después, bien... bueno... una vez que ya...

E- ¿Qué recuerdas cuando subes a la habitación? ¿Recuerdas, por ejemplo, situaciones de cuidado de las enfermeras?

X- Sí...

E- O cómo... ¿cómo las vivistes?

X- Normales

E- Normales...

X- Sí. No, no tengo mucho para...

E- Fueron correctas

X- Sí. Incluso todo, todo lo negativo que estoy diciendo fue dentro de un nivel de corrección...estee... europeo, le digo yo.

(risas)

E- ¿qué quieres decir con "correcto europeo"?

X- Sí, sí, sí... esteee... Sí, profesional. Bueno... para empezar que... que en Argentina no... casi no... bueno, sí... me atendí en el hospital público. Sí, sí, sí. Y es más, las veces que me operé fue, cuando era pequeña, en hospital público... (...)Es mucho... quizás...ehhh... mucho más cercano... a veces menos profesional pero... eh... mucho, mucho más afectivo y más... A veces, se pasa un poco y es hasta paternal y dices, bueno... "Yo soy un adulto, no me trates..." "Hola mami..."

E- Ya, ¿quieres decir que el trato fue distante?

X- Sí, sí, sí. Que en situaciones es molesto y en situaciones unos las... las extraña ¿no?

E- Claro

X- Esteee... Sí... Es esto...

E- Cuando uno está así...

X- ...vulnerable...necesita más...

E- Más mimos u otro trato quizás

X- Sí, sí, sí... esteee... Sí, o más que... no sé... Sí, más tranquilidad... Sí, esto

E- ¿qué recuerdas de las enfermeras?

X- No... Después muy bien, muy coherentes...esteee... sobre todo esto de... de... Venían a preguntarme... Ah! Sí... Y después sí, una... una practicante... Después... después a mí me agarró mucho miedo, esto de que tuvo fiebre y del biberón y no sé qué... Entonces, empezó a decir... no vamos a donar leche, el bebé llora... No sé, empecé con todas estas cosas de la lactancia y empecé a pedir biberones... “¿Estás segura?” me preguntaron bien pero... eh... “Sígale dándole el pecho...”... “Pero llora mucho”... “Siga...” Y me daban biberones. Y yo... como tenerlo allí me daba seguridad... salvo una... chica, que era una practicante de la noche que me dijo “No hace falta que te de biberón si quieres hacer la lactancia natural. No le des biberón. Va a llorar. No te voy a traer un biberón”...esteee... que me quedé como... porque es muy diferente a...

E- todo el proceso...

X- ... a todo... sí

E- ahá

X- A... a todo lo demás que era superprotocolario y bueno, me preguntaban... yo volvía a decir que sí, entonces me lo daban. Ella se negó y la verdad es que se lo agradezco porque fue la única que...

E- ¿te ayudó?, quizás

X- Sí. Que quizás se arriesgó a que... a que yo, después, me quejara o no sé qué... pero estaba en lo correcto y... y hizo lo correcto... pareció...

E- ya

X- Era una chica negra... así que no sé si... pero no, era de aquí por... por como hablaba... Lo digo porque con esto de la gente que no es de aquí, no sé qué... igual...

E- te acuerdas de ella...

X- Sí, sí, sí. Me... digo me... es la persona que más me acuerdo... Además era así muy joven, muy guapa y... y muy firme ¿no? en esto. Yo insistí y me quedé como... “No me va a dar...” Y entonces, bueno... Y la verdad es que se lo agradezco porque quizás... estee...

E- Fue la manera ¿no?

X- Fue la manera de que empezara a tener más leche... No sé... Esa noche estuve un poco así, después... esteee... al siguiente vi que era eso cuando dicen “Siga dándole el pecho porque ya va a salir” pero...

Y después... Sí, la... Sí, cuando empezó el postparto que fue... volví a hacerme ver... sí, me toco una persona... esteee... quizás yo estaba un poco deprimida, entonces me

vieron medio mal y... pero sí que me... sí que empecé a sentir como más contención... quizás cuando... (silencio) cuando yo me mostr... No sé, igual es una cosa... Yo estaba... Me deprimí bastante después y estuve bastante...esteee... días, bastante difíciles y sí que... Incluso me ofrecieron asistir a... a un... como un grupo de madres con bebés de postparto y tal... y...

E- ¿te atendió la misma enfermera?

X- Sí, sí, sí

E- ¿Fue importante para ti?

X- Sí, sí. También era una persona que si esto... más de tú a tú, más charlando... que bueno, nada.... Igual... ya te digo, esta misma personase sorprendió de que yo le dijera que... que había tenido diferentes llevadoras... se quedó así, como “qué raro”

E- no era lo habitual...

X- No. Después me enteré que no era lo habitual. Yo no lo sabía y entonces tampoco pude... Incluso pensé que... no sé, como que le vi el lado positivo a eso de... de no...

E- aha...

X- De tener diferentes perspectivas y de no generar este vínculo tan....

E- Ya

X- ... en el que uno queda como un niño frente al... al que sabe. Entonces, “No, bueno... Yo soy la que voy a llevar...” Pero, no sé si estaba preparada para...

E- Bueno, ahora en frío quizás uno reflexiona de una manera ¿no? Y lo que dices, que en aquel momento uno, pues, tiene unas necesidades ¿no? muy concretas

X- Sí... esteee...

(silencio)

E- ¿Cómo recuerdas los cuidados que recibiste?

X- Todo bien. Bueno, no...noté eso ¿eh? Muy bien. Las... las enfermeras en seguida son superamables y...No sé... me parece que hay algo también que se generó... como un rechazo... no sé...como...

E- ¿Con las enfermeras?

X- Con el personal... sí, sí... con el personal. No sé... No sé quiénes son enfermeras, quienes no...

E- Claro, claro

X- Pero dijo, hay como algo de la... con esto de quejarse de los partos y de esta participación más activa, me parece, de las mujeres... bueno, de las familias que van a parir... y tal... Como de... bueno, un bando y otro, porque...

E- ¿por qué lo dices?

X- Lo digo porque ahora me acuerdo... porque pensando en... en la gente. Todo va bien. Incluso, digo... esto que... a veces... esto de dar opiniones personales... como alguien lo cargue tanto... no sé qué... que bueno... Digo... está bien... es una persona y puede opinar más allá de... En cambio, con todo el tema de... del embarazo y del parto sí que era todo como mucho más... sí...

E- ¿Más frío?

X- Sí. No voy a decir nada porque después son los que se quejan de que... No sé, yo... yo sentí eso, un poco... esteeee...

E- No te entiendo bien...

X- Yo no sé qué es preferible, si que digan... no sé...en ese momento que yo... que ya terminó en cesárea, yo creo que esa mujer tenía mucha experiencia y sabía que iba a terminar en cesárea. Si me hubiera dicho "Vas a ir a cesárea. Basta". Y quizás me hubiera parecido una desubicada y me hubiera enojado, pero hubiera dicho "Bueno, no sé. Tenía razón"... quizás... o quizás no hubiera dicho "mira, por culpa de esta fui a cesárea" ¿sabes? Hay como tanta información y...

E- Claro. Y tú también... una está en un momento que no sabes realmente la interpretación... cómo es ¿no?

X- Sí, sí, sí. No sé. Tanta cosa... tanto desprestigio... no sé, creo que también hay algo de "Mejor parir en casa, para qué ir al hospital". No sé. Yo creo que eso, un profesional debe decir... Bueno... hombre... porque...

E- Esto es la mujer ¿no? la que escoge, quizás

X- Sí. Pero en... como esto es tan nuevo, y... y para... no sé, como para just... para explicar esto se habla de... de cierto desprestigio del trato hospitalario. Entonces, ya algo también va como... no sé... yo... yo creo que... que... que es algo que está pasando ahora. Igual esto evolucionará, no sé... y se arreglarán las cosas pero, desde mi experiencia sí hay dos bandos

E- ¿Esto lo has vivido en el hospital?

X- Sí

E- ¿Cómo una distancia? ¿Cómo una relación más vertical, quizás? ¿Quieres decir entre los profesionales y... y los usuarios? ¿Jerárquico? Cuando dices dos bandos, ¿qué quieres decir?...

X- eh... A ver... (silencio)... los que... El tema es como... es como si hubiera 2 bandos que saben: uno son los profesionales y los otros no. Pero entonces, los profesionales dicen... y muchas veces los que están informados igual se equivocan y una cosa es informarse leyendo, que... que está muy bien, y otra cosa es estar ahí con las piernas así... esteee... y otra co... y esteee.... ¡Ay! ¡No sé! Ahora me... me perdí en...

E- No... ¿Quieres decir que...?

X- Que se generó como un... No sé... como si se hubiera generado un resentimiento...

E- No aceptaban que... que, por ejemplo, tú te hubieras informado... ¿esa es la percepción que tuviste?

X- Sí. Lo aceptan pero hay mucha gente que está mal informada...ehhh... y genera como un vez de decir "Qué bien que están informados, están mal informados" parecería que dijeran...

E- Lo generalizaran

X- Lo generalizaran, claro. "Por una que por ahí se quejó y... y encima que le salvaron la vida a ella y a su hijo por una cesárea, después se quejó diciendo que... que por qué..." Entonces, ahora cualquiera que está ahí preguntando va a ser una... una posible...

E- Reclamación

X- Reclamación...

E- Claro

X- Esteee... En el momento... No sé... A mí, cuando la vi esta enfermera darle el biberón a mi hijo me molestó, porque yo quería darle el pecho y me había informado un montón, pero no me quejé porque bueno, (pausa) por algo será. Digo... No me gustó... me pareció raro que no me pregunte pero entendí que estaba con fiebre y era una decisión médica que toma y se la agradezco, porque el niño está bien... Pero quizás una mujer más fanática de la lactancia o que lo malentendió, se queja. Y esa mujer, encima que salvó al nene tiene un problema. Eso quiero decir...

E- te entiendo.

X- Entonces hay como una cosa...

E- si...

X- O mismo esta chica que me dijo "No te voy a dar el biberón" Y me estaba haciendo un bien porque no hacía falta. Quizás otra va y le hace una queja. Entonces, esteee... por eso muchas personas siguen el protocolo... Esto digo... siguen el protocolo...

E- Estrictamente

X- Estrictamente, sin... Entonces, "¿Segura que no quiere?... No hace falta... ¿Le quiere dar un biberón igual? ¿Sí? Vale" Y ahí el biberón. O no sé, otro... "Está con fiebre, con alto riesgo... no sé qué... ¿le damos el biberón? ¿sí? ¿no?" Ella se lo dio. No sé. Esa es mi sensación

E- Claro, claro. Falta este punto de acercamiento, quizás, personal

X- Sí, sí. Y creo que la causa es esto... es este tema ¿no? Es mi opinión de...

E- Sí

X- ... usuaria y de usuaria que me leí todas las páginas de internet y de... libros, no sé qué... Así todo, yo sigo pensando que hay decisiones que son profesionales y que...

E- Pero uno siente ¿no? cuando está ahí también... cuando está vulnerable y percibe estas...

X- Sí

E- ... que el trato podría ser de otra manera ¿no?

X- Sí

E- Un poco más cercano a nivel personal, por lo que tú dices

X- sí, sí. Totalmente. Sí. Y que bueno, es como un riesgo de trab... digo, es un riesgo de... del trabajo esto... a veces

E- Claro

X- ... dar su opinión personal o de... de acercarse más como persona... Igual algún loco después te hace una demanda porque...pero no sé... me parece que es como... algo que no... no se debería perder

E- Claro. Es más humano ¿no?

X- Sí. Bueno...

E- Pues muchas gracias

(risas)

X- Hice... hice un poco de psicoanálisis

E- Te lo agradezco muchísimo y... y...»

TRANSCIPCIÓ 7- CLARA

E- entrevistadora

X- entrevistada

«E- ¿Puedes hablarme de tus ingresos en el hospital?

X- Vale...ehhh... Fueron 3 veces...

E- Ahá

X- Han sido 3 veces. La primera vez fue aprox... Bueno, todas aproxim... un mes... un mes aproximadamente... eh...Luego, la segunda vez, 20 días... casi un mes... Yo creo... Y la tercera vez fue para... bueno, para el parto, que fueron 4 días... No... no. Perdona. Fueron más... Fueron 10 días

E- ¿Fue cesárea?

X- No. Lo que pasa es que rompí aguas. Entonces me... me tuvieron ingresada antes de dar a luz para ver si podía mantener un poco más al bebé dentro, porque fue prematura...

E- Ahá

X- Entonces, bueno... tardé un poquito más allí

E- Muy bien. O sea, que tienes 3 ingresos. ¿Qué recuerdas de ellos?

X- Sí. En... en el 2006

E- 2006

X- En el 2010. Los últimos 2 fueron en el 2010

E- Bueno, pues ya está

X- Sí. Te lo comento generalmente porque... bueno, en general, porque no... así...ehh... ejemplos específicos de cada ingreso no... no... no tengo. No... no... no los recuerdo... pero...

E- Puedes ir tomando ¿eh? Vamos tomando porque si no se nos va a enfriar...

X- Bueno, a mi uno de los aspectos que más... más me han marcado, digamos, y que siento que... que hace falta es... es la cercanía ¿no? No sé. Yo al ser colombiana a lo mejor eh... Sí sé por cultura que somos mucho más eh... cómo decirlo... como de muchos abrazos, y muchos... como más cariñosos en ese aspecto. Y aquí he sentido eso ¿no? Entonces yo... yo entiendo que en aspectos distintos de la vida no... no... no vas a ir abrazándote ¿no? con todos... pero cuando uno está ingresado, la verdad es que uno está muy sensible y... uno necesita de este tipo de cariño. Por lo menos, una sonrisa... que sean suaves... que te lo expliquen como...

E- Con sensibilidad

X- Sí. Que te lo expliquen poco a poco, que... no sé... Y con... con... Y además, con lenguaje que... que entiendas, porque claro... Recuerdo, por ejemplo, el último... en el último ingreso que fue para lo del parto, ya me iban... ya me... me daban de alta y la enfermera me dijo en... en 2 minutos todo lo que tenía que hacer y los cuidados que tenía

que... que tener y ya está. Y que si me pasaba esto, que no tiene que llamar... que si esto... que únicamente llamara si pasaba... si notaba... Ya ni me acuerdo... pero si notaba algo... algo... No me acuerdo ya...

E- Sí...

X- ... Que llamara a Urgencias, pero el resto que no tenía necesidad, que... Bueno, pero me lo dijo, de verdad, en 3 minutos... que me quedé...

E- Ya tenías las maletas hechas, como aquel que dice ¿no?

X- Sí, sí, sí. Yo ya...y... y de hecho, bueno... estaba mi madre ahí... Mi madre, claro, había venido y... y... y cuando se fue... O sea, porque es que fue una cosa de... bueno, *como peluquiando bobos*, decimos en Colombia ¿no? Y ¡adiós!

E- Sí, sí

X- ... ¿no? Y... y claro, incluso mi madre me dijo “¿Has entendido algo?” Y yo “Bueno, he captado una idea”, pero claro, fue tanta información de golpe... Y que después del parto, y más en mi caso que tenía la niña en la incubadora, que estaba... que no me quería ir... que tenía que dejarla... Bueno, todo esto... Ya estaba un poco más sensible de lo normal, creo yo ¿no?

E- Sí, sí, sí

X- Entonces, en ese aspecto, esa... esa es una de las... mayores... por decirlo de alguna manera... quejas ¿no? que... que tengo...

E- Claro. Es bueno comentarlo porque cuando... A veces hay sucesos que hasta que no... ocurren, dices “Esto no puede ser”... “Sí. Si que puede ser. Esto es lo que dicen” ¿no? Y...pues a veces... “Si nosotros informamos”... Pero “¿Cómo informáis? ¿No? Y ¿Cuándo? ¿De qué manera?

X- Exacto. Exacto

E- Porque esta enfermera, por ejemplo, ¿era nueva o ya la conocías?... Sabes que a veces hacen rotaciones...

X- Ah, ¡vale! Sí, sí, sí. No... Ya la... Ya venía durante toda la semana y... Bueno, era la... la encargada supongo, porque ella...era como que la que llevaba todo... No sé. Como la que dirigía. No lo sé... No sé... Y... Y toda la semana estuvo... Bueno, según horarios ¿no? Pero ya ella era la encargada de ir a darme la... la última información. Entonces, bueno... esto, por ejemplo, es algo importante... Y... y no sólo en este caso sino, también, cuando te van a... a pinchar, o cuando te... te van a informar de algo, suelen... O por lo menos, en mi caso ha sido así... Suelen dar la información de man... Como si estuviéramos, no sé... en... en un parque y estuviéramos todos felices, esperando una atracción... O sea, no lo sé... Es... Y claro, yo estaba allí... y estaba con miedo. Y a lo mejor, en ese caso por mi niña... O si no, anteriormente por los resultados que me salían en... en la sangre que... algún problema tenía. Y entonces, claro, todo esto yo estaba muy nerviosa. Y más en mi caso que estaba sola ¿sabes? Mi marido sí que está aquí, pero claro, él iba a trabajar y venía... Entonces claro, en esos momentos en que mi marido no está y estás sola, que te den noticias de esa manera o que te las den tan de golpe sin nada... que no sabes si llorar, si preguntar, si...

E- Sí... Incluso los matices de si es normal o no es normal, el cómo te lo dicen, quizás ¿no?

X- Sí... Es el lenguaje ¿no? también eso... No usar un lenguaje tan técnico porque a veces no te... no te enteras de lo que están tratando de decirte

E- Sí, sí, sí

X- O... o escuchas alguna palabra así y dices "Uy! Esto es gravísimo"... No sé, te lo... te imaginas siempre lo peor ¿no? en... en... estando ingresada... aunque intentes ser positiva siempre es como...

E- estás en una situación un poco artificial ¿no?

X- Sí, sí, sí

E- No es tu manera de estar natural ¿no? Claro... Y esto... en el trato, ¿tú recuerdas las 3 experiencias más o menos que tuviste esta percepción que explicas?

X- Sí. Poca sensibilidad. Sí. No... no son cercanas... O sea, no... no... Para mí el tacto es muy importante... que cojan de la mano en un momento dado que necesites... No sé... Este tipo de cosas...

E- Son detalles...

X- Sí

E- ... importantes en ciertos momentos ¿no? Y más, cuando estás pues, sola en un país que no conoces, quizás

X- Es que es esto también... Es un factor importante porque en... en uno de los... de... bueno, en que estuve allí ingresada...ehh... fue mucho tiempo... fue un mes, la primera vez, y claro, mmm... como te decía, sola. Mis padres muy nerviosos, llamando todo el tiempo. Mi marido estaba, pero bueno, se iba a trabajar... Estaba que no estaba. Y finalmente claro, yo me ponía a llorar porque es que no... O sea, me sentía muy sola y muy asustada

E- ¿Y ellas te veían llorar? quiero decir si te veían llorar o con los ojos así...

X- Sí

E- ... ¿Se te acercaban? ¿Se interesaban por ti?

X- A ver, no cuando lloraba... No me veían llorar, llorar... pero sí que me decían "¡Ay! ¿Qué estás triste?" Y yo les decía "sí"... y... "¡Ah! No te preocupes. No te preocupes" Y ya está. Pero me faltó eso... como decir... bueno, pero... como una... una comunicación más... más interesada y más, pues, humana... más humana, porque si estás ahí y estás con los ojos así porque has llorado y... y te acabo de decir que estoy triste, pues al menos muestra un poco de interés y no me digas "Bueno, ya está. No te preocupes que todo va a salir bien y..." "No. Es como... "¿Qué te pasa?"

E- Te preguntaron alguna vez "¿Qué te preocupa?"... que te acuerdes, claro...

X- No, no

E- Porque es una pregunta, pienso yo, clave ¿no?

X- Sí. . Y... bueno... Y luego también, claro, como normalmente las... las habitaciones son compartidas, tampoco me gustaba mucho que llegaran... Y claro, aunque también la otra persona está enferma y todo, pero no me gusta... O sea, por respeto a ella, no me gustaba escuchar lo que le decían a ella y... y tampoco me gustaba cuando llegaban y comentaban como que todo lo mío ahí... digo... No sé...

E- Sí.

X- En ese sentido también noté un poquito de...

E- ¿No cuidaban la intimidad? ¿La privacidad?

X- Sí. Porque entiendo que las habitaciones son compartidas pero, a lo mejor, no sé... O bajar el tono... No sé... No sé que... de qué manera se podría solucionar esto pero...

E- Sí... Esto es muy personal. Hay... hay profesionales que sí, que bajan el tono o... comentan lo estrictamente necesario delante de ti y... y a tu lado ¿no? No en medio de la habitación ¿no? Es verdad

X- Sí. Y bueno, qué más... ehh... qué más recuerdo...

E- Me hablas del trato...ehh... Si estuvistes por un parto y te tuvieron que ayudar en la higiene o ayudar... no sé si a comer, por otros ingresos... toda la... la asistencia que tú necesitabas, los cuidados...tus necesidades, porque tú no podías, o podías a medias... ¿lo recuerdas de alguna manera... o tienes alguna percepción sobre cómo lo hacían? ¿Si te sentías cómoda, si te sentías incómoda?

X- Mmmm.... No lo recuerdo con exactitud, pero creo que... que no... que bien. O sea, en ese sentido, no. Es que tampoco he necesitado eso... Es... No sé

E- Vale

X- ... No... no lo recuerdo

E- Tras un parto se realiza la higiene por la propia higiene y por confort...

X- Sí. ... a comentar. Luego también cuando te hacen las... las analíticas y esto a las 3 de la mañana, claro...

E- ¿A las 3 de la mañana?

X- Bueno... Sí. A mí me... En varias ocasiones entraban, pero claro...

(risas)

... ¡entran con una violencia! Que estás dormida y pum! Te encienden la luz...

E- Sí

X- ... y "Venga... No sé qué..." Entonces, como que... Entiendo que es... es lo que hay que hacer pero...yo me sentía muy mal porque... medio dormida y te encienden la luz de golpe y... y... y te van a sacar sangre o te van a tomar la tensión... Y claro...

E- ¿se hace así?

(risas)

X- No... no sé. Son... son cosas que recuerdo que... que no me han gustado... que no... no me han hecho sentir muy bien

E- Y... y ahora que comentas esto que te despertaban... ¿No te despertaban para nada más?

X- No, y había quien estaba despierto pero había quien no... Y entraba en la habitación y... "Buenas noches. ¿Qué tal? ¿Cómo les ha ido el día?" Y yo me sentía tan mal...

(risas)

X- Bueno... Sí... en mi caso fue para la tensión, la temperatura y... y a lo mejor alguna analítica que... No sé... pero claro, bueno... No sé... Nos pasará a todos que como estamos dormidos y encienden la luz, te asustas y...

E- Sí, sí...

X- Sí. Y, bueno...

E- ¿Cómo te encontraste durante el ingreso? ¿Te encontraste cómoda en el Hospital?

X- Mmmm... ¿En qué sentido exactamente?

E- Cómoda... En el sentido pues de... de estar en un espacio muy limitado de... de no poderte mover lo que normalmente, profesionales que no conoces, situaciones nuevas...

X- Sí. La verdad es que... te llegas a desesperar un poco ¿no? a aburrirte, porque en ese espacio, pues claro, no tienes... Sobre todo al estar ingresado tanto tiempo, pues como que no tienes un espacio ¿no? de... para... para hacer tus cosas...ehh... Si habla... por ejemplo, a mí me llamaban mucho de... de Colombia y... y claro, todo el mundo... bueno, mi compañera de habitación, bueno, ahí la... la incomodaba en cierta manera, porque si estaba dormida ¿cómo iba a hacer? Y... y... en... en dos de las... de los ingresos no...no me podía... se supone que... que levantar y... y... e irme... O sea, que... era incómodo porque no hablaba ningún secreto pero pues...

E- Son tus cosas...

X- Sí... y bueno... también por incomodarla a ella también... Supongo que está dormida y está ahí escuchando mi llamada y... claro, es... es un poquito incómodo. Sin embargo, como te dije antes, también entiendo que, bueno, es la Seguridad Social en este caso y... y... y son habitaciones compartidas y... y bueno, que tampoco... que tenemos que aprender a tolerar eso pero... lo digo más porque claro, en... en... en este tipo de... de situaciones ¿qué... qué haces? Si recibes una llamada y tu compañera está dormida... y una llamada desde Colombia o desde la... larga distancia...

E- Tienes que contestar

X- Claro. Y tú sabes que es tu madre que está muy, muy preocupada... que está que se viene y... ¿no?

E- Claro

X- Entonces en... en ese sentido pues, claro...el espacio tampoco es...es...es muy amplio o bueno, o muy apto para... para tu espacio durante tanto tiempo, Un mes, te hablo ¿no? Si fueran 3-4 días, no pasa nada pero...

E- Un mes, sí... es una... son unos... unos días muy... muy amplios ¿no? O sea, es un periodo muy amplio

X- Sí

E- Y el... con el equipo de enfermería ¿tienes alguna experiencia que puedas...

X- Bueno, yo también quiero decir algo que...

E- ... ¿sí?

X- ... bueno, no sé si sonará un poco raro pero... ehh... en... en uno... Es que no... no recuerdo con exactitud en... bueno...

E- Dí,

X- Pero... las enfer... bueno, en mi caso, en la maternidad venían unas enfermeras muy mal presentadas... Pues que, claro...

E- Presentadas ¿qué quieres decir?

X- Sí. Vestidas. Sí... Que aunque llevan la bata pero que tienen el pantalón cortito y... y...y... Ah!...

E- ¿Los zuecos?

X- eh... ¿chancletas? No sé como se dice aquí...

E- Sí. Chancletas... los zuecos...

X- Ah, vale

E- ... como los zapatos

X- Sí, sí, sí

E- Chancletas

X- Sí... No. No, no... pero no de los... eh... de los enferm... ¿sabes? no de los...

E- Clínicos

X- Sí. Sino como... como si estuvieran en la playa y... pero van... cha-cha-cha... No sé... Yo... pero si estoy en un hospital... bueno, yo sólo quería...

E- No, no...

X- ... nombrar eso porque...

E- Es importante

X- ... me pareció un poco desagradable también porque... es un ámbito profesional ¿no? Y eso no es muy profesional a mi modo de ver.

E- Es una muestra de respeto también hacia las personas que estás cuidando ¿no? tu presencia física

X- Sí

E- es importante...

X- Vale. Sí... Lo que pasa es que no quiero sonar muy critica porque...

E- bueno... pero son aspectos que... se han de comentar, por el mismo motivo ¿no? porque se han de hacer públicos ¿no? Es importante porqué es tu sentir, tu percepción....

X- Sí

E- ... Por ser de Colombia, ¿tuviste alguna experiencia agradable o desagradable?

X- No... Yo nunca lo noté... Nunca noté que fuera por mi origen

E- al hablar el mismo idioma también parece que la comunicación tendría que ser...

X- Sí. Yo creo que...

E- ... más fluida

X- Sí

E- Pero a veces también hay giros idiomáticos que son distintos... y que... unido a lo que tú decías al principio, que te daban la información como muy rápida...

X- Sí

E- por una parte, tú estabas sensible, en una condición determinada y por otro, puede ser... o podría ser... sino tu caso, otras personas que hay giros que no se captan en ese momento ¿no? y de manera que cuando llegas a casa dices “¿Qué me han dicho?”

X- Sí... “¿qué tengo que hacer?” Sí... Eso sí... sí me ha pasado

E- “¿Qué día tenía que volver?”

X- Sí

E- Es un poco...

X- O... “¿Cuál es la medicación que tengo que tomarme y a qué horas?” Porque... a veces es esto también...

E- Ahí está

X- Sí. Y... y bueno, no voy a hablar por ella pero una... Recuerdo una... en el... una de ellas, mi compañera era de... del Congo... O bueno, sí que creo que era de por allí... Bueno... Y... y claro, ella sí que no hablaba español. Y esto que acabas de comentar se notaba, que no...

E- ¿De verdad?

X- Sí. Ella no... ella no se enteraba. Y la enfermera iba y dijo... y...y claro, incluso, yo desde fuera sí que lo veía un poco vasto de... de parte de... de la doctora... o de la enfermera era... Y que decía “Pero cómo que no... no entiendes? ¿Pero cómo es que no has comido?” Y luego ya se iba y la... y la pobre chica me decía “No... no entiendo lo que me dice”. Entonces, yo intentaba explicarlo, pero claro, ehhh... la enfermera es su trabajo esto y.. y creo que no... no se hacía entender muy bien y... y... e incluso se... no sé si era por esto, por su origen a lo mejor... era de color negro... O sea, a lo mejor, a los de raza negra no... No sé. No sé si esto tiene que ver... No voy a hablar a nombre de ella, pero lo observaba

E- No, no...en todo caso tú estuviste, hiciste una observación,

X- Sí. Lo observé... lo observé. Sí... Y... No sé... Así... Para mí eso ha sido lo más importante, la verdad es... y... y lo más impactante. Pues que... que van pasando los años y... y no se acostumbra a estas cosas... Yo... yo ya...puedo decir que me he acostumbrado ehhh... a la manera de... de hablar de aquí... que hablan más fuerte... A lo mejor al comienzo decía “Uy!! Me... me está gritando” Y... y no es así. También es cultural. Pero entonces lo... si lo traslado al... al... a un ámbito de... de sa... de la sanidad, que te decía que un ingresado está... estás, pues, con... yo diría que con las defensas muy bajas, no sólo físicam...pues con... por tu tema de salud, sino que anímicamente estás asustada, estás sola, estás... muy, muy sensible... que, no sé, a veces te empiezas a preguntar tantas cosas... entre ellas ¿qué estoy haciendo aquí? ¿Por qué estoy aquí?... Digo en el país...

E- Sí, sí

X- ... digo, lejos de mi familia, lejos de mi tierra, lejos de... de mis costumbres... te lo... Yo, por lo menos, me lo pregunté muchas veces... diciendo “Estoy aquí ingresada. Me pasan muchas cosas y no tengo a nadie a que... que me acompañe durante el día o que... No sé... O que... “¿Me puedes traer tal cosa?”... No sé... Sólo estaba mi marido. Y también piensas en la otra... en... en mi... en este caso pensaba en mi marido, es decir... “Llega a casa, solo... cada noche... para luego ir a trabajar... Cenar solo...”... O si cenaba, porque claro, a lo mejor llegaba y decía “Yo no voy a preparar nada”... y no cenaba. Entonces, tú desde el hospital estás pensando en... en esa otra persona. Y claro, todos estos factores son difíciles de... de llevar, sobretodo estando ingresada, porque normalmente pues, la vida va transcurriendo y tú vas...

E- Sí,

X- Sí, sí, sí. Y... bueno, no sé qué más... Así... Si voy acordándome de algo...

(silencio)

E- Me dijistes que había un... un ingreso que no te podías mover de la cama... no te podías levantar...

X- Bueno, sí. En el último, por ejemplo, que rompí aguas, como me mantuvieron una semana en reposo absoluto para que... para mantener la bebé dentro, para intentar que no naciera tan prematura... allí no... no me podía mover. Y luego en el primer ingreso eh... que fue... bueno, que se me formó un trombo en... en el cerebro...ehh... no me podía mover. Pero bueno... primero estaba yo muy mareada y... bueno, porque el doctor me dijo "Quieta. Aquí primero y luego..."

E- Claro. Y... y disculpa si soy un poco reincidente ¿no? porque una persona al estar en la cama, se le suma a todo esto que me estás explicando...se le suma aún más la limitación de espacio... Es... Y uno parece que esté más sensible a... a aquel que viene y te invade tus dos metros por... ¿no?

X- Ah! Bueno... Sí. Pues mira, ya que lo dices, me acabo de acordar en ese primer ingreso... Es curioso, pero mi médico, claro, es especialista y es profesor... y todo lo que quieras... pero de verdad... Y me reía con mi marido porque decía "Mira. Ahí viene todo el colegio"... porque llegaba el doctor como con 6 estudiantes y todos alrededor de mi cama y yo... yo estaba ya acostada y yo no... de verdad, que no sabía a quién mirar porque todos hablaban, todos opinaban... Esto sí es verdad... No... no me acordaba de esto... Pero me reía con mi marido cuando pasaba esto, porque... llegan todos, en fila, de golpe y... ahí decía mi marido "Ahí vienen los... ahí vienen... ahí viene la clase"... O ya no me acuerdo que decía...

E- Sí, sí, sí

X- "Ahí viene el colegio"... Entonces, claro, y vienen todos...

E- ¿Te sentías invadida?

X- Sí, sí... en ese caso sí...

E- Es que es una percepción...

X- ... No me acordaba... Pero sí, me acordé. Claro, yo estaba acostada y alrededor de mi cama un montón de gente que nunca has visto en la vida...

E- ¿te miraban?

X- ... como de... de...

E- ...por partes ¿no?

X- ... microscopio... Como si fuera yo el objeto de estudio. Sí, sí, sí

E- Es... es una sensación...

X- Esto sí que es verdad. No me acordaba. Sí, sí, sí

E- Si sientes que se preocupan por ti o si realmente van hablando entre ellos ¿no? Estas situaciones que ahí estás, que no puedes moverte y vienen y te hacen, pero no sé si están ¿no? Es...

X- Exacto. Y es lo que te comentaba antes... que hablan todos, opinan todos... que no sabes a quien mirar, pero no te están mirando a ti... Porque claro, si te estuvieran mirando, miras a esa persona. Pero no sabes a quien mirar porque están todos, todos opinando, se cruzan las miradas, no sé qué... Y al final... Y el médico dice "Bueno, para concluir" y bla-bla-bla... pero en dos segundos... Y quedas así

Otra cosa... que haces preguntas y bueno, a lo mejor eran preguntas tontas... No lo sé... Pero yo me sentía como tonta porque el médico eh... "Jajaja... Noooo. Nooo. Eso no..." Entonces, claro, yo decía "Bueno. No vuelvo a preguntar" Y... y me pasa mucho. Incluso estando... sin... sin estar ingresada, voy al médico y hago una pregunta... "No, no, no, no. Eso no" Pero pues...no me explican ¿no? el... el porqué no, sino que me dicen "No, no, no. No lo pienses"... Es como si... Claro, yo tengo una enfermedad y no me puedo preguntar nada porque no voy a obtener respuesta. Así... así me siento, porque todo lo que pregunto...

E- Así te sientes...

X- ... todo lo que pregunto es como "No... "... como si... "Qué exagerada o... qué tontería". Sí. No... no he tenido la información, yo creo, que adecuada... Es que de hecho, mi familia... También es un error porque, allí mis padres hablaban con un médico... Entonces, el médico decía... Mis padres... "*Bueno, que tranquila porque él dice bla-bla-bla*"... Pero claro, porque yo también pedía esta información, porque aquí me faltaba la información...

E- Mmmm...

X- Entonces... que eso es erróneo, yo creo... porque al final tienen un concepto de allí, que no te están viendo la realidad, y tienes un concepto de aquí a medias, pero bueno, tienes algo... Y es raro, a veces, en este sentido pero... Yo creo que a falta de la información aquí, mi madre me informaba y me decía "Mira, el doctor 'No sé qué' me dijo que no te preocuparas porque 'esto'"

E- Pero si tú quieres información es... es normal ¿no?...

X- Sí, sí...

E- ... que puedas... que tengas que preguntar o que puedas preguntar ¿no?

X- Sí, sí, sí

(...)

X- Es que sabes qué... Sí... sabes qué pasaba... qué decía... Yo preguntaba al médico... "No, no, no. No pasa nada. No te preocupes" Todo era como muy... muy ambiguo... Y claro, entonces te... lo... lo primero que le preguntas es "¿Por qué estoy aquí? ¿Y por qué sigo aquí? Si es tan... nada y que es... es algo leve" O sea, si estoy ingresada durante un mes, algo grave será, digo yo. O algo... Bueno...

E- Te surgen más dudas porque dices "¿Qué me estáis escondiendo?" ¿no? ¿Piensas esto?

X- Hasta eso. Sí, sí. Es que lo he pensado todo. Además, como decías antes... tenemos tanto tiempo para pensar allí acostadas...

E- Ahí está... ahí está

X- ... que... que yo creo que hasta te imaginas muchas cosas que no son, seguramente...

E- Entonces, quieres confirmar ¿no? realmente tu situación, tu proceso...

X- Sí

E- Y...

X- y bueno, y... y... hablando de... de lo que te comentaba al principio de... del... como del trato...ehhh... voy a hablar de un ej... un ejemplo concreto... que no sé si lo que quer... No creo que quieras ejemplos pero... creo que es...

E- Sí, sí

X- ... una manera más fácil de entender... que cuando... A ver, yo... yo estando embarazada se me bajaron las plaquetas y fue el segundo ingreso. Entonces, yo estaba embarazada y la manera de informarme que me iban a ingresar fue atroz. Primero... Embarazada... Fui a mi revisión... a la revisión mensual o bueno, ----- la ginecóloga y... y... Y de repente, están mirando los resultados y me dicen "Espérate afuera"... Digo "Bueno"... Por suerte estaba con mi marido, entonces esperamos fuera. Y sale la matrona... que muy mal... es la que te digo que estaba muy mal vestida... Y pues muy mal... no sé... la imagen

E- Sí, sí

X- Y... y me dice:"Bueno, Clara, tienes que irte al... a la otra sa... al Hospital X"... Estaba en el hospital Z..."Tienes que irte al hospital X porque ahí te estará esperando el Dr. Que te va... "Bueno, no sé"... que te va... que te está esperando porque vas a... a... aquedarte ingresada"... "Pero un momento... y ¿por qué la Dra no me informa de esto? Y ¿el por qué me van a ingresar y qué ha pasado y por qué estás mirando mi analítica y no me dices que hay algo?" sino me dices "Espérate afuera" como si tuvieras... Claro, ella apro... "Espérate afuera" porque llamó al Dr. del otro hospital, a ver qué pasaba y qué tenía que hacer... Todo esto, supongo... No sé...

E- Luego viene otra parte... Hacer entrar ¿no?

(risas)

X- Sí... Sí. No sé... es... Esto, por ejemplo... allí hubo... No sé... Poco tacto, en ese sentido...

E- Muy poco tacto, precisamente. Lo que dices tú... Lo has empezado diciendo primero "*Estaba embarazada*"

X- Sí

E- Claro, es que estás pensando en el niño ¿eh?

X- Exacto... Y... y claro, luego sale y de sopetón simplemente es como... "Te tienes que ir al... al otro hospital y te vamos a ingresar. Y te vas a quedar ingresada" Y ahí fue... mi marido se puso de pie... "¿Pero qué?! ¿Por qué? ¿Qué ha pasado?" ¿no? Porque claro, tú ahí... Yo también me quedé sentada ahí como diciendo "Y bueno..." pues, pero... Y fue él, el que afortunadamente reaccionó y dijo "Pero, ¿por qué? ¿qué ha pasado?"... "Bueno, ya te llamará la doctora" Entonces, esperando otra vez a que volviera a llamarnos la Dra para informarnos de que las plaquetas las tenía muy bajas.

E- Sí, sí, sí. Bueno, todo esto es importante... Vaya vivencias

X- Bueno, ves... es como más fácil con el ejemplo real...

E- Sí, sí. Claro... con el ejemplo

X- No... sí... La verdad es que...

(...)

X- ... tuve muchas enfermeras estupendas y contrarias a otras, muy cariñosas... Que de hecho, cuando voy allí me paso para ver su están y saludarlas, porque les tengo mucho cariño y fue un trato muy especial... Y, por otro lado, bueno... puedo decir que ehh.... Lo que me ha dado aquí, pues fue de repente aquí... Claro, en mi país no... no me había pasado todo... todo esto... Y pues, tantos ingresos y esto no era normal... De repente me pasó aquí y...

(suena un móvil)

X- ¡Uy Perdón! Y fue... y fue muy...

E- Cógelo si -----

X- No... no. Y fueron muy profesionales. O sea, gracias a la profesionalidad, pues me han detectado que tengo una enfermedad y que... y me la estoy tratando y el... el seguimiento... O sea, voy al tratamiento cada... bueno, con muchísima frec...

E- Periódicamente

X- ... con mucha frecuencia y... y... y están encima ¿no? Me siento muy bien controlada

(...)»

TRANSCIPCIÓ 8- AKBAR

E- entrevistadora

X- entrevistada

«(...)

X- Bueno, recuerdo momentos buenos... pero malos, malos más que buenos. Te explico la manera que... como me pasó. Bueno, yo estaba aquel día en el gimnasio. Bueno, me fui a casa... Resulta que estaba... bueno, acabo de cenar con mi hija... estamos sentados... De repente me cogió un dolor de... de la *panxa*... Resulta que... bueno, no sabía de qué viene rollo... Me fue... bueno, tenía como un hospital cerca de mi casa. Me fui corriendo allí, me desmayé... Bueno, lo... lo llevé primero tarjeta diciéndole que estoy... me encuentro mal y que estoy muy mal... por favor, que me atienda rápido. Ellos dijeron "Bueno. Que esperes allí un momento. Cuando te toca, te llamarán"... Dije "Que no puedo". El dolor tanto tenía que no podía ni *guantar*... Empecé con los mareos y todo. Resulta que me levanto, me voy hasta la información a pedirle cuando van a tardar. Entonces, me desmayé, me he caído al suelo y empecé... Bueno, han venido los médicos y todo... Enseguida me llevaron dentro. Empecé con los vómitos y todo. De *repente* resulta que... bueno, me dijeron que tenía algo a dentro que se petó

E- Ahá

X- Entonces ya está... ya, bueno, tenía el *domen* (=abdomen) lleno de sangre y todo. Y resulta que de seguida llamaron ambulancia y me llevaron hospital y enseguida... quiero decir que enseguida me atendieron bien y bueno, yo no me enteré lo que pasó. Bueno, el dolor lo que llevaba... llevaba bastante, porque perdí conocimiento, perdí total, como ya no existía en este mundo...

E- Sí, sí

X- Como me ha ido a otro mundo pero ha vuelto. Los médicos estaban alrededor mío despertándome y yo sin enterarme nada... Los médicos me decían "Que no duermas, que

no duermas... que abre los ojos, por favor... que no vuelvas a dormir... que intentes... dime tu nombre y tal..." Y me lo decía... Bueno, explicaba yo... como no quería levantarme, quería dormir ya porque estaba tan cansada, tan cansada que ya no tenía fuerza de levantar y los médicos, todo alrededor y... de repente, bueno, dijeron que no... "Por favor, que no duermas". Bueno, me intentaron despertar como sea para que no vuelva a dormir, porque podía irme en el coma o podía morirme porque la sangre toda estaba en el *domen* (=abdomen). Quiero decir, que ya eso es mal ¿sabes? Y resulta que, bueno, me fue... han venido ambulancia, me llevaron rápido y resulta en seguida me *tendieron* (=atendieron) rápido y luego empezaron a poner inyección para calmarme más y luego operaron operación y resulta que a las 4 y media, a las 5 de la madrugada, cuando me desperté sin voz... que no tenía voz, yo...

E- No podías hablar

X- Y dije... No podía hablar... no me salía el voz y dije yo "¿Qué es lo que pasó?"... Digo "No tengo voz" No sé... yo me asusté más y tenía... tengo una hija muy pequeña, pobrecita... ha sufrido ese momento conmigo, todo ella... Digo "Yo no tengo voz ¿qué hago?"... Y digo... Ha venido enfermera, le pregunté "¿Qué es lo que pasó?" Dice "No te preocupes, porque no tienes voz porque te operaron y te han puesto el tubito. Volverá el voz, pero más tarde"... Dije "Bueno". Pero me desperté, pero a las 5 y media porque ellos lo llevan... cuando operan... lo llevan, no sé... ahora decirle como...

E- Como una sala de recuperación, de despertar...

X- eso es... Y entonces lo veo muchas cosas, muchas máquinas puestas conmigo. Bueno, lo veo así, me asusto. Claro, aquí sola y no tengo a nadie, ni... Y es horrible y... y bueno, ha venido... bueno, el médico también me vio... el doctor me vio también, me miró... "Está muy bien" me dijo muchas cosas bonitas, quiero decir, para animarme más... que yo estaba sin voz... Y siempre estoy riendo, aunque sea hasta muerte, pero estoy riendo... Me dice "¡Mírala qué simpática, la tía! ¡Mírala como está!" Digo "Sí. Estoy muriendo pero me río" Quiero decir que ha sido... es experiencia muy mala para mí porque esos momentos cuando me recuerda hasta ahora que ya lleva... el mes de enero... ya lleva un año, y cuando me recuerda cada momento, que me pone piel de gallina... Quiero decir, experiencia muy mala, muy mala, muy mala vivida

E- La recuerdas muy mala por el dolor... por el dolor ¿quizás?

X- Por el dolor... por la muerte... que he vivido cerca de la muerte... Quiero decir que me desconecté totalmente aquí... de aquí me ha ido a otro lado... Eso...

E- ¿Qué quieres decir exactamente?

X- Eso... para explicar esas cosas no hay palabras

E- Claro

X- ¿Me entiendes?

E- ¿Son percepciones?

X- Sí. No hay palabras en esas cosas pero... que... como desconectas total... Y ese es un sueño muy dulce... quiero decir, muy dulce...

E- ¿Lo recuerdas así?

X- Sí. Muy dulce, muy dulce. Cuando me despiertan, yo... total... como no me recuerda nada... Nada, nada, nada... "¿Qué está pasando?"... Están gritando al *lao* mío...

enfermeras, los médicos están... están encima de mí, quiero decir... ¿sabes? Y no me entero nada. No me entero nada. Aquel momento olvidas de todo lo que tienes

E- Estás dulcemente

X- Dulce, dulce, dulce... Y cuando tú ves... Me han hecho despertar... te lo juro que no quería levantarme, no quería despertarme, pero...

E- ¿cómo estabas?

X- Estaba muy bien, porque ya está... no estaba sufriendo aquel momento, nada... pero cuando me... me han hecho despertar, enseguida me vino mi hija... que mi hija está allí fuera sufriendo por mí, llorando... "¿Qué va a pasar?"... Porque ella no tiene a nadie tampoco... "¿Qué va a pasar con mi madre?"... como... Cuando me ha visto, me llevan a hospital, entonces ella empezó a llorar "Mamá, ¿qué pasa?" No... ella no llora tampoco con los gritos... Ella es muy... llora...

E- ¿Para adentro?

X- Sí. Para adentro y sale a lágrima y ya está

E- Claro, ella debía sufrir

X- Muchísimo

E- ¿Estaba informada ella?

X- No, no, no. No dijeron nada. Y bueno, gracias a mi amiga esa la... bueno, que está conmigo. Ahora está desayunando...Ella lo cuidó mucho a mi hija y vino ella también vino llorando por mí, buscando en todo el hospital... y todo. Quiero decir que experiencia muy dura.

E- Muy dura

N- Muy dura

E-¿Y luego te llevaron a... a la habitación?

X- Sí. Me llevaron... Cuando estaba consciente ha venido el médico para revisarme y todo. Me ha mirado bien y todo, porque... Entonces, sí que me han pasado allí en la sala. Me dijeron que ahora puedo, como estoy bien... puedo irme en la sala. Y luego, bueno, cada momento que vienen los enfermeros, cualquier cosa necesitas y... quiero decir que te ayudan

E- ¿Qué recuerdas de la sala? Estar ahí...ingresada...

X- Estaba encerrada

E- ¿Qué recuerdas de allí?

X- Lo veo... bueno, lo que me... lo que me recuerda cuando me desperté... lo veo todo a mi alrededor... la gente que estaban enfermos luchando con la vida ¿sabes? y no saben si van a salir o no van a salir, pero con una buena fe, con una esperanza... Yo misma, no sabía que si voy a salir o no voy a salir de... de este lío ¿sabes? Claro, lo veo todo... No sabía nada... Pero me recuerda esto, que estaba todo alrededor mío, así como mucho jaleo, mucha problema, mucho grito, mucho ruido ¿sabes? Estaba así

E- ¿te informaron allí?

X- No, no... cuando yo estaba aquí ya lo sabía qué iba a pasar... Bueno, aquí no me lo dijeron que tengo algo en sangre... no me dijeron esto, nada absolutamente... Pero cuando desperté, entonces sí que me lo dijeron

(...)

E- Ahora nos centraremos a partir de cuándo estabas en la habitación ¿qué recuerdas de aquellos días?

X- Bueno, no muchos días... Nada más 3 días. Bueno, el domingo me parece me dieron alta ya, que podía irme a casa. Me miraron bien, todo. Cuando entré en el habitación, bueno, me dieron la cama... me fui a mi cama y ya está. Luego la rutina de las enfermeras que vienen cada momento cuando lo necesitas o por ejemplo, vienen para cambiarte, para dar de comer o por ejemplo, si... Y ya está. Eso es lo que...

E- ¿Qué recuerdas de las enfermeras?

X- mira... a mí las *enfermero* y enfermera me cayeron muy bien, porque portaron maravilla conmigo. Es la verdad, porque no voy a mentir... porque a veces ha pasado que la enfermera muy agresiva con la... bueno, yo he tenido la hija y ha tenido mala experiencia con la... una limpiadora... Bueno, más bien, te he dicho... pero bueno, bien... de momento... con ese enfermero era majísimo y la... la chica también. Había una, no era muy simpática y... pero bueno, cada uno es su manera ¿me entiende?

E- Sí

X- Y... pero bueno, los... lo que me *entendieron* (=atendieron) esos enfermeros muy simpáticos eran, porque claro, yo también me pongo así plan de broma. Ellos cuando estaban intentando limpiarme y claro, que eso es duele, porque estiran un tubito que te meten en la barriga y claro, luego tira y yo grito y lo estiro... Dice "Mujer, coge -----". Digo "Perdona"... Es que claro, cuando tengo dolor cojo muy fuerte los brazos. Es normal porque no tienes otra cosa

E- Sí, sí,

X- Y lo voy perdiendo... pidiendo perdón, perdón, perdón... Pero dice "No te preocupes, cuando tú te mejoras te estiraré yo tu vestido".

E- Haciendo...broma, claro

X- En broma. Digo "Vale. Te dejaré encantada. No te preocupes" ¿Sabes?... Quiero decir... es un... una manera entrar con los enfermeros que están mejor ¿me entiendes?

E- Sí, sí, sí. Es una manera de relacionarse ¿no?

X- Sí. Y yo como también soy así, un poquito aunque sea estoy muriendo y ya te digo, que estoy riendo siempre... quiero decir que no hay... no hay manera ¿me entiendes?

E- Sí

(...)

E- Me explicabas experiencias cuando estabas en... la habitación con los enfermeros, que la relación era buena...

X- Sí

E- ... Que había un poco de broma para distender ¿no?

X- Sí

E- ¿Hubo algo que no te gustó durante el ingreso en la habitación?

X- De momento...

E- ... que no tuvieran cuidado...

X- En realidad yo... bueno, una enfermera que vino de noche, esa sí que.... Vino y yo le dije... Normalmente las enfermeras limpian el cuerpo...

E- Sí, sigue...

X- Yo lo pedí que "Por favor, si me puedes..." porque anteriormente las enfermeras de la mañana, de la tarde me ayudaron a hacer la limpieza... Y de noche y dije "Es que no me siento bien con tantas medicamentos"... Y como yo tenía inflamación en los brazos, en los manos y todo el cuerpo, yo no podía levantarme ¿sabes?

E- Tu sola

X- Sola... Y entonces lo pedí a ella que por favor, que si me traiga algo mojado que lo limpio yo misma o me puede ayudar... Me dijo "Eso no. Eso tú tienes que hacer". Eso me dijo la enfermera... "Nosotras no podemos hacer eso" Yo me quedé callada... Digo, ¿de qué estás entonces trabajando, si no estás por las enfermeras? ¿De qué vas entonces?

E- Claro

X- Yo me quedé callada... Es que la gente también, cuando no contestan bien...ehhh... a los enfermeros, tienen miedo... como trabajas allí, a lo mejor pueden hacer algo, también...

E- Sí, sí, sí

X- ... Se callan. Entonces, como yo soy una persona me da igual, lo contesto. Y dije "Bueno, es que anteriormente las enfermeras me ayudaron. Por la mañana me ayudan, por la tarde también. Y tú, la noche que vienes, también tienes que ayudarme". Y... y no hizo caso. Y salió. Era muy antipática. No era simpática. Uno que está enfermo, si vienes así, se ponen enfer... enfermo más peor.

E- Claro

X- No quiero criticar mal

E- No, no... Es un hecho... fue tu experiencia...

X- Porque es su trabajo... es su trabajo, pero hay que saber cómo hay que ir

E- Claro

X- Todo el mundo no es así ¿me entiende? Yo no quiero hablar nada mal pero no es... no debe ser así tampoco ¿me entiende?

E- Tú explicas un... una cosa que pasó

X- En mi vida

E- en tu vida...

X- Y yo con esa enfermera he tenido esos detalle pero de resto, las enfermeras.... Enfermero que incluía había allí, muy simpático, muy amable (...) estuve encantada, pero... Incluye el doctor también que me vino... me hizo broma. Yo también. Quiero decir, estoy contenta con este enfermero y con este doctor

E- Vale. Entonces, cuando por ejemplo, dices que... que te hacían la higiene porque no podías levantarte, ¿qué recuerdas de ello?

X- Sí. No podía porque estaba allí... porque claro, recién operada, entonces claro, a mí me costaba. Yo llevaba una barriga hinchada y los brazos así, hinchado porque... es que tenía... no tenía nada... las manos así, tenía... las manos así, hinchadísima. Es que claro, toda estaba hinchada

E- ¿Fueron cuidadosos?

X- Sí

E- durante la higiene ¿Cómo te sentiste?

X- Sí, sí, sí... bien,... todo

E- Con tacto

X- Sí. El chico y la chica... enfermera... Esa todo lo que no me gustó era de la noche, que estaba... no me cayó nada bien. Era muy antipática. Y la vecina, bueno... lo que estaba al lado mío, la señora mayor... bueno, tampoco no le gustó ¿sabes? Digo que "Vaya, qué antipática ¿no?" Digo "Sí" Quiero decir, tampoco no... no me gustó

E- No me gustó

X- Dice que... no era su trabajo. En realidad, sí que era su trabajo

E- claro...

X- Era su trabajo

E- si...

X- Si uno te pide... enfermero... enfermo... "Oiga, necesito que me lo limpie y debe limpiar"

E- Sí. Para el confort. Para que esté cómodo, si...

X- Es que no piensan en eso. No sé

E- De la comida, ¿recuerdas algo?

X- Bueno, nosotros... bueno, y lo que pedí pescado y todo eso me lo dieron... pero comida es horrorosa de allí (risas). Todos los hospitales tienen comida horrorosa...

E- Todos, todos

X- No puedes quejar en eso, porque es así

E- No... pero si a veces pides algo ¿te lo...

X- Pero lo que tienen que mejorar, la comida

E- ¿qué quieres decir? ¿Te facilitaron si pediste alguna cosa especial?

X- No pedí nada especial porque mi tensión (=intención) era recuperarme y salirme de allá ya, porque es muy agobiante. A mí, da igual que den bien o no den bien, pero yo nada especial. Lo que yo quería eso, recuperarme y salir. Ir con mi hija y punto. No... nada más de otro mundo

E- Te lo pregunto porque a veces hay hospitales...

X- Sí

E- ... que te dejan elegir entre dos o tres platos

X- Si

E- Por eso te lo pregunto

X- ¡Ah! Vale... Eso no lo sabía, ¿ves? Eso otra información más que he cogido. No... pero de momento, que hospital que estaba yo, allí dijeron que bueno, por ejemplo, que es lo que ellos saben: pescado y no comemos carne ni eso. Y bueno, me dieron pescado, arroz y -----

E- ahá...

X- Pero nada más, quiero decir... no... no es que lo que yo no la pedido, no la ha dado, no... Es que ellos saben que soy musulmana, porque por los nombres saben que somos musulmanes y no comemos esto y lo respetan. Quiero decir que no lo dan esto tampoco...

E- claro...

X- ... más importante ¿no? Pero de resto nada

E- Por lo que explicas, creo que no...hay algo que no te gustó. ¿Notaste que por ser musulmana o extranjera, alguna diferencia... algo diferente?

X- Ahí de momento... no lo sé... no... de momento

E- No recuerdas percibir diferencias...

X- No... yo no... bueno, lo que me ha gustado aquí... había... gracias a Dios que me ha tocado un doctor maravilloso, de aquí también... en hospital más cercana de mi casa y era... un... un doctor. Él me decía "¿Sabes hablar urdu o sabes tu idioma... en castellano?" Digo "Sí, sé. Pero lo que pasa que yo soy traductora o mediadora y ahora mismo no puedo hacer... mediar en mi misma porque lo que estoy llevando es sufrimiento". Y él riéndose y sufriendo... quiero decir..." ¡Ay! Mujer. No te preocupes" Digo "Si yo no lo necesito nadie más. Yo misma soy mediadora. Yo vengo entre lo profesional y paciente". Dice "¡Ay! Mujer, qué sufrimiento" Digo "Sí, sí... Quiero decir que...

E- Claro, tú te conocías la realidad

X- Sí. Yo ya lo sabía. Y era doctor maravilloso también de aquí. Gracias a Dios me ha caído con unos médicos muy maravillosos. Ahora me recuerda, ya te lo explico después. Y en eso... Y hay una chica, mi amiga que su marido sí que ha sufrido. Es un español. Si quiere investigar de ellos, también ha estado...

E- Si es español, no. Tiene que ser de fuera

X- ¿Si?

E- Sí

X- Bueno, pues nada. Su marido sí que sufrió mucho y ya está... Pues si jo tiene intereses, pues nada entonces. Bueno, pues nada entonces, con este médico, el doctor también, estuve encantada. Pero las enfermeras también de allí, bueno, me parece... Es verdad, para ellas también es un trabajo cuando una persona es muy gorda y no se puede o algo, se ri... ¿sabes? se ríe o eso, pero del resto no. Ha ido todo... todo bien... todo bien

(...)

E- Bueno, eso ya te lo digo de cuando nació mi hija... entonces sí que te lo digo, era una...

E- Sí. Puedes decírmelo

X- ... una limpiad... bueno...

E- Sí. Una limpiadora

X- ... limpiadora de hospital que estaba de noche y vio a mi marido que somos extranjeros, de otro país... Intentó, bueno... Es que me ha traído un vasito de leche y claro, me cayó... no he podido...

E- Sí

X- ... *guantar* (=aguantar) y se cayó. Y mi marido la llamó "Por favor, puedes limpiar" y ella empezó a insultar a él y a nosotros... Y ella... él... ella pensaba que nosotros no sabemos...

E- El idioma

X- ... responder ni nada. Y cuando mi marido, ya llevaba más de 35 años aquí en España, es español... Cuando lo colocó en su lugar, se quedó callada. Quiero decir que intentan ¿sabes? atacar. Y es verdad. Y hay mucha gente... hay muchos enfermeros, es verdad, lo que dicen... "¡Ay! Que hagan en su país... que no hagan eso... no sé qué, no sé...". Hay *mucha* eso... porque en seguida saltan, pero hay enfermeras que lo respetan. Quiero decir, no ¿sabes?

E- No siempre es igual ¿no?

X- No. Pero de momento, conmigo...

(...) Pero bueno, lo que hay ya te lo he explicado y de resto ya no...

E- Gracias, Akbar... pues si quieres lo dejamos aquí. (...)

X- Sí»

TRANSCIPCIÓ 9- DIOGO

X- entrevistadora

D- entrevistado

«(...)

D- Me recuerdo de...del día que fui al...al hospital y fui a...a principio...fui a mirar ehh...mi mi enfermedad que... (...) pero yo no sabía lo que era. Entonces tenía un...un hinchazo en mi articulación derecha y yo pensaba que...que ha sido un golpe o si...si era una picadura de insecto porque me me ha ocu...ocurrido las dos cosas en el mismo sitio. Y como me incomodaba mucho, fui hasta el hospital para...para Urgencias. Y pensaba que me quedaría ahí por solamente unas dos horas. Yo pensaba que me...me haría una punción...

X- ¿no fue así?

D- pero...luego, después de mi examinare me han levado (=llevado) para un lecho, ¿lecho?

X- si, una cama.

D- si, para una cama.

X- ¿te ingresaron?

D- Si. Me ingresaron y me han dicho...me me han dado las medicinas ¿no? Para el dolor y...y...y luego, después me han puesto una silla de ruedas y me han levado (=llevado) para hacer varios exámenes, que fueron...

X- ¿De rayos X?

D- De tórax, de rayo X, ¿no? Y después del brazo...y luego, después me ha...me han hecho un...

X- ¿vendaje?

D- un vendaje pero con yeso.

X- ahá

D- Y yo estaba asustadísimo porque yo tampoco pensaba que era algo para hacer tantos...

X- ¿exámenes?

D- ...tantos exámenes. Pero como era...ha sido mi primera experiencia en hospital catalán, entonces me quedé tranquilo, porque así...

X- ¿qué quieres decir cuando dices que te quedaste tranquilo al ser tu primera experiencia?

D- Siendo la primera experiencia...porque yo no tenía...otra opción...

X- ahá

D- entonces yo sentía mucho dolor y...como ya estoy ahí...entonces, "vale...pues ya que estoy aquí...ahora solamente...dejarme llevar" (=llevar). "Tengo esto...que me hagan... ¿no?"

X- es lo que pensabas...

D- Sí. Solamente me ha asustado...me ha asustado la cantidad de exámenes...de de cosas...

X- Quizás te iban a operar?

D- Si...pero yo no sabía. Si. Y lo que ha pasado también...bueno, he...he quedado antes de ir a hacer las...los...

X. ¿las pruebas?

D- ...las pruebas, me ha dicho el médico que quizás me...me ¿operarían?

X- Ahá, me operarían...

D- Me operarían. Y he dicho "vale". Entonces, estaba esperando saber si sí y si no. Después que he vuelto de los exámenes me han puesto en la...de nuevo en la cama y...bueno, ya tenía quitado mi...mi ropa y estaba con aquella...

X- ¿bata?

D- la...la bata. Y ahí me...me ha sacado una foto del brazo.

(...)

D- Un detalle...yo...yo estaba utilizando la...el seguro...la seguridad de mi país.

X- Si

D- O sea, no estaba con la tarjeta sanitaria.

(...)

D- Entonces...y después que he vuelto, estaba en la cama...el médico ha sacado una foto y el médico me ha dicho que iba a decidir esta noche si me iba a operar o no. Todavía estaba en duda ¿eh? Pero más o menos...no me acuerdo cuantas... si ha pasado una

hora o...media hora...Después me han puesto de nuevo en la silla de ruedas y me han llevado hasta...hasta abajo.

X- ¿a una sala?

D- ...preoperatorio. Era un sitio donde estaba ingresado...donde se preparan las personas antes de se operar. Pero ahí sí me he...me he...estaba asustado por la falta de comunicación...porque me ha dicho "Mira, tú vas ahora a...a aguardar aquí, porque aún vamos a decidir si te vamos o no a operar"...Pero cuando he llegado a este sitio...(...) yo he preguntado a las enfermeras, si, si...yo he preguntado si me iban o no a operar e...ella me ha dicho "Claro que sí, porque aquí es una sala solo...solo para pre..."

X- preoperatorio.

D- Preoperatorio, sí.

X- O sea, que el susto fue brutal...

D- Sí. Fue brutal porque...te...te cuento porque...porque en mi país muchas veces depende del...del hospital...Creo que aquí también ocurre (...) esas cosas un poco absurdas...por ejemplo, si tengo un seguro o si tengo un...si voy a un hospital, por ejemplo, público, muchas veces el médico hace cosas o...hace cosas para cobrar más, porque el hospital gana y él también.

X- ya

D- ...pero muchas veces no...no haría falta abrir la persona...operar la persona.

(...)

D- Entonces como yo no sabía cómo era aquí...yo sabía que estaba en un gra...hospital...un hospital muy bueno, pero yo no...mi preocupación sería el seguro de mi país porque no...no sería...los gastos no serían pagos por España más...por mi país.

(...)

D- Estaba asegurado. (...) me quedé así, un poco asustado por esta falta de...

X- ¿Comunicación?

D- ...de comunicación. Yo preguntaba si... ¿sí? Él me ha dicho "Quizás. Vamos a decidir mañana".

X- Y de repente te encuentras en la sala de preoperatorio. Y las enfermeras, ¿qué te explicaron?

D- No me explicaron nada. Las enfermeras muy simpáticas me dicen "No...estás aquí porque aquí es un preoperatorio. Entonces está aquí...entonces es cierto de que mañana será operado"

(...)

X- ¿Por qué no dormiste? ¿Qué te preocupaba en aquel momento?

D- Por eso. Porque no sabía que iba...qué iba a hacer conmigo. No estaba claro. Y...y esta pequeña dud...esta cosa de "Quizás" y de repente estaba en un sitio que...que mañana sería operado. Entonces, estaba asustado. Me ha pasado [he pensado], por ejemplo, cosas como esto: "Me van a abrir sin...sin necesidad". Yo pensaba que iba a ser solamente una punción para sacar el pus.

X- y no era así...

D- Pero de repente me han dicho que van...que me van a...abrir...y ahí he pensado "Bueno, voy a llamar una...una señora que es mi amiga, que es médica, para decir a dónde estaba". Pero tampoco yo no tenía crédito. Yo estaba incomunicable.

X- Esperando

D- ...esperando. Pero a...a final de día me han dicho que no...en la noche me han dicho "No. No serás operado hoy. Serás operado mañana" Y ahí me han...me han servido la cena. He comido. Y al día siguiente fui al...al quirófano. (...)

X- ¿Te informaron de lo que te harían?

D- ¿Antes de ir?

X- ¿te acuerdas?

(Silencio)

D- No...era...era..."te vamos a operar"

(...)

D- La duda era la idoneidad.

X- La idoneidad ¿de la operación?

D- la idoneidad de...de la gente...de la operación.

X- ¿Qué recuerdas de las enfermeras?

D- Fantásticas. Muy educadas, muy, muy amables, comunicativas...no...

X- ¿Hablaban contigo?

D- Hablaban conmigo. Sí "¿Y qué tal? ¿Has dorm...dormido bien? ¿Qué tal has pasado?...Ahora vamos a hacer esto...te voy a poner esto...te voy a poner el suero...Te voy a sacar la aguja. Te voy a no sé qué...te voy..." Siempre me hablaban de...de lo que iban a hacer.

X- Bien?

D- Si. Y muy simpáticas. Muy educadas...la pero mi...mi...compañero de...cuarto....

(...)

D- (...) Era un señor catalán. Me ha molestado con relación a...a persona con derechos humanos ha sido el señor que estaba...a la cama...al lado.

X- ¿Qué recuerdas?

D- Porque era también un preoperatorio y no era nada simpático y también su mujer cuando ha venido al día siguiente...a visitar, ha comentado con él...pero creo que ha comentado en catalán...No me acuerdo qué era... "Mira, ahora están poniendo otro día sentada en la sala de espera y de mi lado tenía un gitano, de otro lado tenía un negro y no sé qué..."

X- ¿Eso decía la señora?

(...)

X- Cuando fuiste a la habitación, ¿qué recuerdas del cuidado de las enfermeras?

D- Ah...me tranquilizaba cuando, por ejemplo, me han dicho "Mira, vamos a aplicar una medicación y en algunos minutos sentirás un poco de dolor pero...pero es normal. El...el brazo te...empezarás a sentir y tal...Si algo molesta, llámanos. Y vamos a aplicar luego,

después una...una medicina para el dolor” Y...y siempre me dicen “Esto...esto es un...un antibiótico y esto es para el dolor”.

X- Te informaban, y eso... ¿cómo te sentías?

D- Eso me daba seguridad. Porque quería saber lo que era...si me iba a doler...

(...)

X- ¿Cómo fue el trato?

D- El trato bien...la gente se comunicaba y hablaba conmigo normalmente...no he sentido nada así de...que...que yo sapa...que yo...he sentido nada de....

X- de percepción de...

D- ...de prejuicio, de nada. Solamente la...

X- ¿la señora aquella?

D- Si, si...gente lejana del...hospital.

(...)

D- El hecho de...de un hospital siempre da una sensación de...de....de soledad. Siempre da una sensación así de...Creo que es por la...por la carencia también. Estás más frágil, ¿no?

X- Si...

D- ...a la merced de...la suerte, ¿no? Porque no sé...infección hospitalaria, un virus o un...algo puede pasar...

X- Si, puede pasar

D- ...puede empeorar, o no sé. Entonces, en general, siempre sientes un poco carente, frágil, ¿no?

X-¿Qué recuerdas de las visitas?

D- Si. Han dejado mis...mi visita entrar. Pero luego, después, he llamado a mi amiga y he dicho “Mire, me van a operar”. Fue un punto positivo estar acompañado.

(...)

D- Un punto negativo fue la...la falta de comunicación del médico. A lo mejor era un estudiante de medicina. No sé...y de...de hablar claramente si voy a operar o no...y me han dicho “Quizás”...y he preguntado muchas veces “¿Va me operar? ¿va me operar?”...”No sabemos”.

(...))»

TRANSCIPCIÓ 10- NORA

X- entrevistadora

N- entrevistada

----- no entendible

«X- Vamos a empezar...a explicar un poco una experiencia que tuviste...

N- Sí

X- ... de un ingreso...

N- De un ingreso, sí

X- ... en un hospital catalán

N- Sí. Catalán. Barcelona.

(...)

X- Bueno, vamos a ver qué rescatas de aquella época

N- Bueno, sí.... porque un poco... recordar, pero bueno, no... *nomás*...ehhh... de las... lo... lo más importante, bueno de ese momento ¿no? que... cuando ingresé y luego pues, estar ahí... llegar en una.... Me designaron una habitación para... sola... Bueno, ya te digo, como te repito que iba de.... Bueno pues...

X- De privada

N- Claro

X- Sí. En un centro privado. Si, continúa...

N- En un centro privado, sí. Y bueno, la... ingr...ingresé ahí a las... bueno, a las... por decir, a las 6 de la tarde y a las 2 horas o así bueno, ya me.... Me vino a ver el médico y luego ya, me trajeron a presentarme que era la enfermera de la noche que le tocaba, porque ya luego ya venía la noche. Y bueno, luego las auxiliares y... y me dijeron que... que la cena se daba a tal hora y que... bueno, que podía quedarse alguien conmigo... que no había ningún problema, que... bueno, y me lo... Y bueno, pues claro, ya llegas ahí ¿no? y dices...el... la noche...es primera vez que pasé esa experiencia de ingresar en un hospital.

X- ¿Era la primera vez?

N- Era la primera vez. Sí. La primera vez... Bueno, no, no... en mi vida, no. Quería decir aquí...

X- Aquí

N- ... en... en España. Sí. Claro. Y digo "¡Uy!". Y claro... pero... ya como repito, pues claro, lo... lo bueno que... tenía alrededor siempre las amistades ¿no? pero... Y dejaban que ingres... te llegaran a visitar... no... bueno... y cuando me est... empecé... ese día y la doctora ya me empezó a hacer... a poner unas inyecciones porque tenían que hacerme... bueno... Entonces empecé como a tener mucho dolor. Entonces empecé a... a llamar y a decir pues que el dolor que me venía era terrible ¿no? Y venía la medic... la enfermera a... a... a decirme que si el dolor era muy... que no lo soportaba... Decía "Bueno, tendremos que... a ponerte una inyección, pero va a ser directamente para la vena". Y bueno, digo... "Dios mío!" Y venía luego, pues todo ahí ¿sabes?

X- ¿Estabas sola?

N- En ese momento, sí. Porque había ido con mi pareja, pero él agarró y se tuvo que ir porque como teníamos un negocio... Y entonces, claro, ya me quedé sola ahí y... y me... y él se fue a llamar a una amiga mía para que viniera a estar conmigo. Y sí. Y ese momento, pues claro... ese momento que estuve yo cuando él se fue al trabajo... al negocio que teníamos y luego esperar, pues para que... Ay!! En ese momento yo me sentía... "¡Dios mío! ¿Y ahora sí dejaran que alguien venga?... Se quede una de mis amigas ¿no?" Yo pensaba "sí, pero ¿para qué?"... si en ese... Me dijeron que sí, que no había ningún problema... y bueno...

X- ¿Cómo te sentiste cuando te dijeron que no había ningún problema?

N- Que yo... ya un poco más de alivio, porque claro, ----- esa hab... sola ¿sabes? esa se...te acuerdas de todo, de la familia y todo, porque claro, ese momento... pero bueno, no... ¿para qué? Nos dijeron "Sí, sí. Pueden quedarse... hasta dos inclusive" dijeron, sí. O sea, bueno, ya dependía porque claro, dijo "Ese... ese sofá cama es un sofá cama y pueden ahí quedarse y no hay ningún problema".

X- O sea, que te quedaste...

N- Bueno, ya ahí más tranquila ¿no?

X- ... más tranquila

N- Más tranquila. Pero ya luego me durmieron y bueno, co... y luego me he despertado, luego con unos dolores... Nuevamente empezaba a llamar, bueno para.... Ah... me llegó la hora de la cena, me trajeron... me dijeron "Esto le gust... esto es la cena" me dice "A ver si la... le apetece esto"... me dijeron, ¿no? si me apetecía. Y yo dije "¡Uy!" Mira que no tenía ganas ¿eh? pero ¿para qué? Dice "Pero tendrás que comer algo porque mañana igual ya no tendrás que comer nada". Claro, porque ya me tenían que intervenir, así... Y bueno, pero así... un poco... bueno, yo no me quejo... como digo, amables... la chica, no sé, pero... la de esa noche...

X- ¿Distante?

N- La del...la de esa noche, no. La de la segunda noche, sí. Un poco diferente ¿sabes? eh...Le decía que por favor, que no po... que no podía orinar en la cuña y le pedí que por favor, que me acompañara al baño. Y me dijo "No, no. Tienes que hacerlo ahí", me dijo "En la cuña tienes que hacerlo"... "Pero es que no puedo" le digo... "no puedo, por favor te lo suplico"... "Pero es que no puedes moverte porque te han puesto una inyección y estás mareada y te puedes caer"... Pero es que se me... esto lo sentía que reventaba ¿sabe? Eso me acuerdo bastante... Digo "Pero es que no puedo". No podía orinar en la cuña. Entonces, "Por favor ay..." y la chica dijo "No. Es que no puedes" y mira, yo... le digo "Mira, yo me levanto sola" le dije... "Me voy sola, porque es que no voy a aguantar más esto. Siento que se me va a reventar todo del... de la..." Que no podía más... Entonces agarré y yo me levanté. Y al ver ella que yo hice el intento, entonces ella agarró y ya... me cogió del brazo y me acompañó. Y me senté y ahí... ¡Uy, Dios mío! Me costó para... para ori... pero oriné tranquila.

X- ¿La postura te alivió el dolor?

N- Me alivió el do... claro. Y la postura ¿sabes? que nunca...es que claro, para mí era una cosa que me costó. Nunca... pero esa noche sí que fue, la segunda vez... es que no que... que no quiso la chica. No sé porqué. Se sentiría... Ella tendría miedo que yo me pueda caer, también. Yo pienso eso. No sé. Pero claro, pero es que yo ya hice el intento que yo me levantaba... Y ese día había ido mi... mi amiga se había ido a cenar...

X- Sí

N- Y claro, y luego ----- y digo "Vengo ya a por ti". Pero yo me aguantaba ese día... Es que me pasó esto y pues, eso sí, lo único que tuve después, cuando esto para venir a atenderme, para hacerme la higiene y todas estas cosas... Sí... Yo miraba siempre ¿no? -

X- ¿Te hacían la higiene en la cama?

N- Sí... No... Me puso un poco de... Me dijo "¿Te quieres levantar? Ahora te puedes levantar" Cuando ya me habían hecho todo eso... "Sí. Me quiero ir a la ducha" le digo

“Prefiero irme a la ducha”... “¡Ah! Pues entonces te acompañamos” Y ya... pero ahí estaba mi amiga y ya me fui con ella

X- Bueno

N- Sí. Pero ésta de... ésta... siempre me acuerdo de esto de la cuña... ¡ay Dios mío! Siempre...nunca me voy a olvidar... Pero bueno, fue una cosa... ya te digo, que puede ser por esto, pero que te digo que también y pues por int... parte de las... las enf... de las enfermeras que te tocaban por la... en el día, la noche... y también iban unas monjitas ¿sabe? Porque era un... es un hospital de esto de que hay monjas. Entonces también iban ellas a... a visitarte, te iban a leer un poquito que.... Los libritos estos que tenía, sus... para leerte algo de... de Dios y estas cosas ¿no?

X- ¿Sí?

N- Y sí, porque claro, como... y como decís “¿de qué... de qué país eres?”

X- ¿Te preguntaban si te apetecía?...

N- No... la... no... simplemente que ella te iba y te iba a leer... a leerte, sí

X- ¿Y qué te pareció?

N- Bueno, mira...no sé... como ese momento pues te acuerdas de... de siempre... uno... Dios mío... Bueno, yo también... me han inculcado a mí de pequeña... Bueno, esto ¿no?... Y a mí, sí, sí me gustaba que por lo menos ¿no? Y entonces, porque me daba tranquilidad... No sé, al leer un poquito y me decía que si me apetecía que a las 6 de la mañana... a las 6 de la mañana se hacía no sé qué... Digo “Sí, pero es que yo no puedo”. O sea, te... si quería te...

X- Invitaba

N- ... te invitaba. Sí, sí, sí

X- ...a una misa o a un acto religioso ¿no?

N- Sí... Esto de que hacían...sí... en la capilla que estaba ahí dentro... que es dentro del hos.... Que hay una pequeña...eehhh... sí. Y bueno, pero es lo que...

X- Te sentías quizás acompañada en este acto...

N- Sí, bueno... mira. Sí, porque a mí, yo... sí lo sentí y me agradó, porque ese momento que me empezaba a leer un poquito de esto, como que te levantaba un poquito ese ánimo, de que te sie... ¿no? Sí, yo no... no... Yo no... no me sentí mal ni que me preguntó de que me había preguntado de si me apetecía o no, porque sí, yo estuve... me... me gustó... me gustó más que todo... Sí, sí... entraba por la mañana. Sí

X- ¿Te gustaba?

N- Sí. Y en las tardes... a las 6 de la tarde también se iba... pasaba otra, que era de la tarde... a las 6 de la tarde también pasaba otra... Sí, sí, con su vestimenta...pues yo decía que era...

X- Monja, ¿no?

N- Sí, sí, sí. Y bueno, esto

(...)

X- ¿Qué recuerdas cuando venían con la medicación?

N- la... ehhhh.... Sí. Me llevaban... Ah, sí... la medicación. Sí. Me llevaban, me decían la... la que me tocaba para el do... el dolor... Sí, me la llevaban y... me... en un vasito llevaban las pastillas y en otro vas... El agua. No... el agua la tenía en la mesita. Me decían “¿Te pongo el agua aquí y te tomas las pastillas, o te las dejo aquí?”... “No. Ya me las tomo ahora”, le digo. Mejor así para.... Y ya me las tomaba... porque al menos no... no... si podía movilizarme, me las dejaba allí... “Es para el dolor”... “Sí, sí. Es para el dolor” me decía... “Ah vale. Perfecto”... Que si tenía frío, que si me ponían una manta o iba con la colcha... “No, no...con la colcha ya estaba bien” Y bueno, ya me... “Si alguna cosa, pues llamas al timbre que te venimos a... a ver, si...” Que si tenía algún dolor o si necesitaba algo... Pues sí, porque ahí ya me... la... le expliqué de la compañera esta... y aquella era la segunda y le expliqué también, de cómo... como me... me había pasado lo de la cuña, y entonces ya... de cuña nada...

X- Claro. ¿Quizás ya estabas mejor, no?

N- Sí, sí. Ya estaba ya mejor. Sí, sí, pero... bien. Bueno...

X- Hablas, en relación a aquel momento... en relación a lo que tú creías que era una buena atención enfermera, un buen cuidado, que tú vieras en tu país ¿no?

N- ¡Uy! En mi país es diferente

X- ¿en qué sentido?

N- En... en... (...) Diferencia pues mira tú, allí un médico, imagínate, para todo ¿no? Una enfermera para... para tantos pacientes... que subes a una planta y te vas a la segunda ¿eh? En ca... aquí pues esta enfermera yo creo que sería para... para ese lado de... para un lado, que tendrá unas... pues unas pacientes...

X- ¿15?, ¿30?

N- ...unos 10 o 20 pacientes. Pues ahí, lo menos 40... Tienes que ir y mirar y... y claro, y entonces, ahí entran las auxiliares y todo ¿sabes? Y te inyectan todo allí

X- Ahá...

N- Aquí es diferente. Aquí la enfermera, todo. La auxiliar, bueno, para que te lleve las comidas, que es lo que hago yo también

X- Pero la auxiliar también realiza cuidados básicos ¿no?

N- Allí sí

X- ¿Aquí no?

N- Bueno, sí. Pero no nos dejan tanto... Bueno, depende... en algunos... Bueno, yo estoy en un sociosanitario...

X- Ahá...

N- En cambio en los hospitales quizás es un poquito más... hay más campo...

X- Claro

N- Y puedes tener un poquito más de participación porque hay... del... Pero aquí, claro, también lo que hay es... no es... no es tanto. Sí, pero allí es... yo... yo lo sentía ese... ese trato... pues esa atención para mí era... estaba muy bien... Que te digo... Si yo... yo...

(...)

N- Sí, sí... No, no... Yo estuve bien aquí. Yo, si lo comparo con lo de allí, es...es muy diferente... Te hablo de un hospital de allí ¿vale?

X- Sí, sí, sí

N- Porque si yo me voy a una clínica particular, claro que es... también es un trato diferente ¿me entiendes? porque...las... el dinero, más que todo, que es particular.

X- Ahá...

N- Lo que aquí es pri... algo así ¿no? privado. Pues sí, es que así. Yo... yo... yo personalmente pues me sentí muy bien eh... tod... el... el ambiente, la... higiene... todo es diferente ¿entiendes?

X- Cuando dices que es diferente, también lo relacionas con...

N- A... a allí. Sí.

X- ¿Es mejor aquí lo que tú viviste?

N- ¡Hombre! La desinf.... Claro, todo es diferente, más... es que no hay comparación. A ver, yo te digo, porque yo... yo... yo aquí he trabajado también. He trabajado de auxiliar ahí, también.

X- Así puedes comparar

N- Claro, ¿me entiendes? Yo he trabajado allí y yo ya luego he venido a trabajar aquí, que lo estoy haciendo. Pero yo he trabajado ahí en un hospital, he entrado en una sala de operaciones, he entrado a todos sitios... y yo he sido auxiliar, pero me han dejado. Entonces yo he visto todo esto.

X- Claro

N- Y entonces, para mí, esto es que aquí es diferente, por más... claro, a ver, por más que seamos...como yo te estaba diciendo... claro, por privado que esto...pero si hablamos de acá, de aquí. Pero si yo me refiero que si hago una comparación con lo que es allí, es muy diferente

X-¿Y esto te daba quizás más... tranquilidad?

N- Yo sí. Seguridad

X- Seguridad

L- Seguridad. Porque yo estaba... y... y mi médico que tenía que estaba ahí pendiente, llamando, que si este... o sino a veces me llamaba... o sino mi pareja agarraba y llamaba a la doctora que... "Tal cosa, mire que..." Inmediatamente ella ya se comunicaba con el hospital, con la enfermera de planta donde yo estaba y ya está

X- -----

L- Claro. Sí, sí, sí. Y la medicación... todo... todo, todo. Es que yo, como estaba... ya te digo que pagaba una mutua, entonces claro, toda la medic... todo, todo estaba ahí al momento. Claro, allí, la medicación te dan las recetas y tienes que ir volando a la farmacia

X- ¿Aunque estés ingresada?

N- Aunque estés ingresada. Y ahí lo único que tienen son los sueros...ehhh... cosas básicas, por ejemplo, el suero, que es para que te puedan hidratar y lo que tenga que ir dentro que son los...

X- Potasio

N- ... potasio... Estas cosas. Nada más. Y luego, claro...

(...)

N- Claro. Y cuando uno está mal, pues sí.

X- ... se encuentra a veces...

N- Bueno, muy... A ver, y que tú quieres... A ver, yo cuando estaba... esos días que me sentía así... Y ese momento, claro, no tienes a tu... a la familia, a estar ahí ¿no? contigo también... un poco eso también. Claro, ahí nosotros sí que la tenemos, pero es diferente pero aquí, claro... Pero bueno, yo... de parte de la... de toda esa atención comparado allí, estupendo

X- ¿qué aspecto dirías del cuidado, recuerdas más positivo y cuál no tan positivo?

N- ¿Del cuidado hacia...?

X- Del cuidado... hacia ti...

N- Hacia mí

X- En esa experiencia

N- ¿Del cuidado? mmm

X- Lo que más recuerdas... en positivo y en... en negativo

N- Bueno, positivo... bueno que... (silencio)... Positivo, bueno, podría decir de la... de la atención que me... (silencio)... Sí. De la atención yo sí, en positivo... bueno, so... va... pasa que te... de lo que te expliqué de esta chica... Bueno, que ya te digo que ésta... Yo no sé qué sería de ella, porque yo la notaba un poco así... ¿sabes? Pero hay personas que te encuentras, que tú las notas que... que... que van... que no les gusta ¿me entiendes? Y yo... yo me notaría... yo pensaría que ella lo hac...

X- Ya

N- No sé... ahí...se nota el trato en la... cuando la gente es agradable que te lo demuestra... No... Yo la veía un poco así distante, esta chica... Esa... esa chica, sí. Yo, la verdad que dije "Menos mal que yo mañana, pasado me voy" dije yo, porque claro, yo al... al siguiente día yo dije "Uy! Si otra noche más con est...así no me la paso" dije. Esa fue mi mala experiencia con esta... de esta chica que me tocó. Yo te digo, es que yo la sentía que como que... no sé, como un rechazo de... de... de ver que es una pers... Yo la sentía como que decía "Tengo que estar yo llevándola o a... ahí al váter, o ayudarla..." Yo qué sé, pens... No sé, la noté así.

X- lo notaste así...

N- Esa fue... eso... eso es lo que más. Sí, sí... de ésta... Después, y cuestión... y cuestión de la alimentación y esto, muy bien... muy bien. Y con la... ya te digo... Y d ela enfermera... la enfermera muy agradables ¿eh?... muy, muy agradables... Me tocaron muy bien, muy buen enfermera, la pri... de esta que me tocó la primera noche muy buena, muy maja... Pero la auxiliar, ya te digo, ésta...

X- Era ésta

(...)

TRANSCIPCIÓ 11- BARID

X- entrevistadora

N- entrevistado

«(...)

N- Si. He pasado, bueno, casi un mes y diez días ahora...bueno, cuando entras te sientes un poco, bueno, agobiado y todo esto...Pero con el tiempo y todo esto te acostumbras y es lo que hay.

X- ¿Un mes, lleva ingresado?

N- Un mes y 10 días casi. Ya 10...10 días...un mes y 10 días, ya.

X- ¿Qué supone para usted estar aquí ingresado?

N- Bueno, muchas cosas...bueno, pensando en...bueno, en lo que hacías y dónde estás ahora y...las ganas de volver a dónde estabas...a lo que hacías...y muchas cosas. Bueno...

X- ¿Qué es lo que menos le gusta de esta experiencia?

N- Lo que menos me ha gustado, la verdad...bueno, tantas operaciones, la verdad...bueno, yo...entras aquí el primer día...que me van a hacer una operación...dos...luego...luego, vas por la tercera, la cuarta operación...te sientas un poco...no sé. Dices dentro de ti que esto va a durar mucho...bueno.

X- ¿Cómo se siente?

N- desanimado...un poquito. No mucho...bueno. Esto es la primera vez que me pasa esto. Siempre estaba trabajando, ¿me entiendes?

X- Creo que sí...

N- Siempre yo...yo tengo aquí casi do...doce años o algo. Diez años estaba trabajando...nunca parado. No...no ha ingresado ningún día hospital ni nada.

(...)

N- Ha pasado...bueno, ha pasado un día...un...un año y pico de paro ¿me entiendes? Pero cuando ha encontrado un trabajo estaba contento...ha encontrado otra vez un trabajo ...a seguir *pa* adelante...Luego pasa esto...te encuentras con una fractura y todo esto...te pasa...empiezas a reflexionar si...si voy a volver a caminar o a correr como estaba corriendo...haciendo lo mismo, ¿me entiendes? Es lo que pasa.

(...)

N- El mejor de esto, que la gente aquí te cuidan bien, la verdad ¿eh? Como si estás en tu casa. Las enfermeras, los médicos, la comida, el...como si estás dentro de tu familia ¿entiendes?

X- ¿Se ha sentido acogido?

N- Si, si. Muy bien acogido. La verdad. Muy bien...muy bien acogido. Sí.

(...)

N- Tienes...no...no tienes que levantarte para nada, ni ir al lavabo, ni...pero las enfermeras esto te ayudan, te animan..."No pasa nada"...Te dicen "Esto va a pasar luego"..."Ya puedes ir solo...ya puedes salir fuera". Ya...bueno, te animas un poco y empiezas otra vez...Bueno, pasas de la depresión a la animación otra vez.

(...)

X- ...Pero el hecho de estar, por ejemplo en la cama...de no poderse asear, debe ser incómodo...

N- Sí. Esto cuesta un poco...bueno. Que lo laven...es un sentimiento de orgullo, ¿me entiendes? Que quieres hacer esto tu mismo, no quieres que nadie te ayude o algo, pero al final te...te dejas ir ¿me entiendes? Porque no puedes...

X- No puedes...

N- Tienes que pedir ayuda. Bueno, te dejas...dejas a las enfermeras que te ayudan...que te limpian a veces y dices que no pasa nada, esto es normal en un hospital.

(...)

N- Siempre estás cuidando, bueno, hacer todas las cosas tú solo...Bueno, la verdad que te cuesta un poco los primer días pero con...con las enfermeras, como lo toman ellos y todo esto que están encantados a hacerlo y todo esto, te sientas tú también...te, bueno, no sé...te ayudan bastante, si.

(...)

N- (...) Desde que he entrado aquí, la verdad que estaba bien acogido. Bueno, con los médicos, con las enfermeras...bueno, siempre con los nervios te sientas un poco...dices que esto es malo o bueno...esta enfermera es mala o bueno...Pero al final descubres que al mejor que te equivocas o algo, ¿me entiendes? En cada empresa hay un porcentaje de per...bueno, de personas que...bueno, hay algunos que vienen para cobrar, no para trabajar...pero el porcentaje es mínimo.

N- (...) A veces le...que tienes dolor y tienes que tomar algo urgente, por ejemplo, un calmante o algo...ehhh...a veces picas y te dejan esperar una hora y media o... ¿entiendes? Esto no ha pasado siempre. Pasa de veces en cuando.

(...)

N- En general, la verdad que sí, cuando dices algo te notas que están por ti. La verdad que sí. Siempre están atrás de ti, te cuidan y bueno, estamos hablando de un porcentaje del cero con...

(...)

N- Aquí yo creo que tratan todo el mundo igual. Yo llevo bastante tiempo aquí...bueno, creo que tratan todo el mundo igual aquí, a todos los pacientes. A veces algún problema de comunicación, pero vienen aquí para....hablas con el...no te entienden a veces, pero vienen aquí y nos entendemos ¿me entiendes?

X- ¿Recibe visitas?

N- La verdad que mi familia...tenía familia. Estoy...estoy separado, bueno...tenía mujer y tengo una niña...Tengo mi hermano también...mi cuñada, tengo amigos que vienen a visitarme...todo esto. Es muy importante. Es muy importante. Bueno, los primer días, cuando estaba ingresado...cuando venían amigos o...o viene mi hermano o mi cuñada...hasta lloraba, la verdad, ¿me entiendes? Porque esto nunca te pasa y cuando te pasa, te sientes un poco agobiado de...bueno, cuando recibes una visita...bueno, estás contento. Pasan aquí toda la tarde contigo. Cambia un poco la cosa, ¿me entiende?

X- ¿Cómo son las noches, aquí, ingresado?

N- ¿Las noches? Las noches, bueno, el...los primeros días, bueno...un poco diferente con el dolor y todo, pero te acostumbras leyendo, mirando la tele o haciendo una cosa o

otra...salir, dar vueltas por ahí, por allá...para que el tiempo pase rápido. Y bueno,...si no tienes sueño, te ayudan, te dan somníferos y todo esto para que duermes bien y bueno...

(...)

N- No sé...no sé si es sólo aquí o la verdad, es mi primera experiencia que ha pas...pero cuando, bueno, la mayoría de los hospitales yo creo que tratan a la gente de la misma manera. Porque en los últimos años eh...han mejorado mucho los...los tratos...los tratamientos y los tratos... (...) La verdad que...pero cuando tienes la experiencia de pasar por esto, descubres la verdad. La verdad es otra cosa...la verdad es que te tratan como tratan los demás (...)

TRANSCIPCIÓ 12- RAÚL

E- entrevistadora

R- entrevistado

----- grabación no clara

«(...)

E- Entonces, vamos a hablar sobre su experiencia del ingreso. Lleva... ¿cuántos días?

R- Eh... ¿A qué día estamos? Es que he perdido la noción

(...)

E-¿De qué país es usted?

R- Yo soy de Perú

E- ¿De Perú?

R- Ahá

E- Muy bien. ¿Hace mucho tiempo que está aquí?

R- Desde el año 99

(...)

E- Muy bien. Bueno, pues que... ¿había estado ingresado antes en un hospital?

R- En este mismo. Sí

E- ¿En este mismo?

R- Sí, sí, sí

E- Bueno

R- Por otra... por otra operación

E- Ya tiene experiencia ¿no?

R- Experiencia. Sí

E- Pues ¿qué recuerda de los dos ingresos? ¿La experiencia fue la misma?

R- La otra fue muy corta porque fue una operación rápida y... y con muy poco tiempo aquí en el hospital. Y el... y ésta es la que más... más estoy durando y la que más se va a alargar hasta que no... no consiga los objetivos para que pueda salir o darme... o darme de alta.

E- Muy bien. ¿Qué puede explicar de este ingreso? ¿Cómo está siendo la experiencia?

R- Pues sí, Sí, sí, sí...ehhh... Pues salía de una situación, digamos... sentimental y... y ahora pues me sentía bien, feliz, contento. Y nada, me... he tenido este accidente y... y de verdad, me ha cortado todos los planes... -----, viajes... no sé... todo. Estoy bastante apagado... No... no más que pienso en volver a... volver a caminar y... y recuperarme. Pero siento que voy a perder un año o... o algo más para recuperarme. Es lo que... lo único que siento

E- Tiene la percepción de pérdida...

R- Bueno, a veces uno pues...

(...)

R- Jamás me hubiera imaginado volver a pasar por el hospital. Jamás. Y... y esta vez ehhh... bueno, fue un atropello y no me lo esperaba nunca... vamos.

E- Vaya. ¿Cómo fue recibido? ¿Cómo le acogieron en este hospital?

R- En el hospital... A ver...

E- ¿Cómo es el trato?

R- ¿Cómo es el trato? Cada... Bueno, en principio bien...ehh... está claro que todas las personas no son iguales. Hay algunas que son más atentas, agradables, siempre están con una sonrisa, siempre están... son muy... se preocupan por uno, tienen un trato de tú, directo y... y...y qué sé yo. Siempre te tratan bien. Pero el...ehhh... hay otras pues, bueno, que... que esto es su trabajo y... y se lo toman de esa manera... esto es un trabajo y hay que ir por *feina*. Y... y... y esa es la diferencia en respecto a eso. Luego podría hablar de los médicos... de los médicos de aquí que es... uff... no te explican... muy poco... casi no te explican, por no decirte, nada. No te informan. Yo tengo... Por norma general, allí las explicaciones al paciente...

E- ¿Allí quiere decir, en Perú?

R- En Perú. Es una explicación directa... "Oiga, usted tiene... se va a morir o va a vivir o va a..." Pero se lo dicen. O si se le va a operar, de qué se le va a operar, cómo se va a operar, en qué consiste tal intervención... He tenido que... que solicitar un inf... firmando una hoja, un informe para que me... para que me lo puedan dar por lo menos en... en hojas. Pero los médicos no te informan, no... para nada. Entran aquí... "¿Usted está bien?...ehhh... "¿Qué tal? ¿Bien? ¿No?... "Bueno, vale... vale... hasta luego". Es muy...

(...)

R- No les gusta que les pregunten. No les gusta. No les gusta que les pregunten de... acerca del... del... sobre el problema. La única referencia tiene mi madre, que fue después de la operación para decirle que... bueno, que han tenido que reconstruir la rodilla y... ya está... pero está bien. Pero es una explicación muy pobre...

E- Muy escueta

R- Muy escueta. Normalmente... allí no estaremos tan avanzados pero las explicaciones son más... más precisas

E- ¿Y más humanos, quizás? ¿En relación al trato?

R- Los médicos, totalmente...demasiado profesional... profesional y... y no... y no... nada humano... no... yo no podría hablar de humano, más bien, muy profesional y... y... pero... pero con esa dejadez de no... de no... de información

E- ¿Distante, quizás?

R- Sí, sí. Distantes

E- Distantes

R- Distantes. Vienen varios. No viene uno, vienen varios y...

E- Todo el equipo

R- ... todo el equipo y... y podría decir un montón de cosas, como por ejemplo ehh... que... "Ya tiene que estar listo"... "que si no duermes bien por la noche, dormirás mejor en casa". Vamos, que si se tuvieran que deshacer... más que nada de... que no estuvieras mucho tiempo aquí

E- O sea, sensación cómo de...

R- Sí, de... de... molestia... poca preocupación por uno.

(...)

R- Sí... no... Yo he sentido eso... Un doctor, el que me operó, me dijo... bueno, que me quejaba de dolores porque le he pedido que me suba por las noches... porque por las noches no podía dormir, después de la operación y... como 3 ó 4 días y no... no...ehhh... era muy poca medicación. He insistido en qué por favor me... me la hiciera subir un poco y no... no lo hizo. Tuve que hablar con la enfermera para que me diera un Nolotil, cosa que no estaba estipulado que me dieran y... y al final me... me lo concedieron, para calmar el dolor en la noche sino no dormía... Y por el día pues...

E- Se refiere a la atención al dolor...

R- Es el dolor

(...)

R- El dolor. Total... Eso sí, es lo único que... Y me han pedido de que en la hoja... la hoja que hace referencia, que suele leer... que se puede decir va a dirección y lo leen... la carta de sugerencias que nos dejan aquí, que la rellene y que... y que ponga allí que... que el dolor ha sido desatendido. Sí, porque no... no se han preocupado por ello

E- ¿Cómo son las noches ingresado, en esa situación?

R- Es que...en 4 paredes que... ¿no? Encima con dolor. Con dolor... y...Bueno, las enfermeras no tienen nada de culpa porque hacen lo humanamente... hay bastantes pacientes y... y... y todos se quejan de dolor y van... algunos van... van *pá* aquí, van *pá* allá... Se van moviendo... No son muchas, pero van... van haciendo

E- Quiere decir que se ha sentido cuidado o atendido por las enfermeras...

R- Atención. Sí, sí, sí. No... no... de verdad, es que no se puede quejar uno de la...Habría un desliz... lo que estábamos hablando de que una es más agradable, la otra menos, pero es que... que te desatiendan no... no es. Ellas siguen los... las instrucciones que pone el médico. Y es el médico que es el que verdaderamente te... te deja

E- Te falla

R- Me falla, de verdad. Me falla

(...)

E- (...) pasó unos días en la cama ¿no? Y le tuvieron que ayudar prácticamente en todo, ¿es así?

R- Sí. Sólo... sólo una vez

E- Sólo una vez

R- Sólo una vez

E- ¿Cómo fue esa experiencia? ¿Se sintió cómodo... incómodo?

R- No... Yo... yo agradecía completamente, porque es que después de una operación llevas unos días y no asearte pues te sientes verdaderamente mal. Entonces... mi madre hizo una parte y... y ellas pues sólo hicieron la pierna

E- Ahá...

R- Por ejemplo, Yo tenía un familiar... Mi madre, en este caso, me ayudó y... y nada. Y... a mí nunca nadie me había tenido que hacer esto, pero...

E- Bueno, cuando uno se encuentra encamado... a veces pues puede necesitar ayuda y sentirse incómodo...

R- Sí, sí

E- ...o dices "Bueno, no sé qué hacer ni cómo hacerlo" ¿no?

R-Sí, sí... No, no...pero no me hubiera importado, porque si era algo que me hubiera ayudado... En principio, por las molestias, por todo aquello no... no lo entiendes, pero luego te das cuenta de que... que sí, que es esto... esto es por tu bien y... y además te sientes bien

(...)

R- Después de la higiene uno está...más fresco, más... Sí, sí. Después de este... de esta experiencia se está mejor, pero el... como ya le digo, una sola vez. Y... y las otras veces, pues todas las que he podido pues he... he estado... me he ido a... he ido al servicio eh... solo. Y me he duchado también solo. Alguna vez sí que me han ayudado en abrocharme o ponerme una bolsa para poder cerrar para no mojarme la parte de la pierna. Y ya está.

(...)

R- (...) Puedo solicitar un... un pase para... para salir de 4 a 6... Bueno, ya lo solicité una vez y me lo denegaron... Pienso hacerlo otra vez

E- ¿Un pase de... como de alta?

R- No... Sí... Bueno... Es para salir a un parque interior que es...

X- Ahá...

R- ...para ir dos horas, de 4 a 6 para distraerse un poco

E- Sí

R- Sino que la primera vez no me habían operado y me lo denegaron. Ahora que me han operado y ya estoy un poco... bueno, haciendo la rehabilitación, a ver si me lo... me lo dan. Pero claro, encerrado... encerrado con las muletas para arriba y para abajo y... y mucho no avanzas... Mucho no... Hay enfermeras que se han preocupado tanto que me han conseguido una silla pero sin... el problema es que sin... sin para... sin apoyo para...

E- Para el pie

R- Para el pie... pero yo no... yo no... Le agradezco, porque es que se ha... se ha interesado en buscar una y hemos mirado la forma de poner... Si ponemos una almohada debajo y todo ello, podemos tener la... el pie en alto... ¿me entiende?

E- Sí, sí

R- ... que... que se ha preocupado por ello, pero es que... son... Ellas se portan bien. O sea, se preocupan. Se preocupan. Tanto las señoras de la limpieza, cuando vienen... todos... se preocupan muy bien... tratan muy bien... Son los médicos que...

(...)

(silencio)

E- ¿Cómo se ha sentido tratado?

R- El trato es el que decimos... El trato es que eres un número más y mientras fuera... más rápido estés fuera, mejor... (pausa) Me imagino que el gasto será menos.

E- Hablar así, cuando uno está así, ¿Es un poco triste, no?

R- Ya

E- Pero es la percepción

R- Es la percepción que me da

(...)

E- Claro. ¿Qué es lo que resaltaría de estos días?

R- Yo la... con los demás pacientes... la... el trato, porque... para que... todos sufrimos aquí... tenemos algo y... y la convivencia con ellos. Tenemos una sala de... don... pequeña, no muy grande, pero nos solemos reunir allí y... y el... y el trato de las enfermeras, que es... que es agradable. Por lo menos siempre respetuosas, siempre... Sí, sí

(...)

R- ... es bueno. Sí. Por lo menos las enfermeras

E- El estar aquí tantas horas ¿no?, al menos sentirse cuidado...

R- (...) Es agradable... También encuentras aquellas más serias pero... en su... lo hacen muy bien. Sí

(...)

E- ¿Hay algún aspecto que quería comentar más? ¿Qué les diría a las enfermeras?...

R- Es importante que sean positivas. O sea, entrar y... y... Conozco una... una chica y es que es... es sonrisa. Y ella siempre... y te motiva y... y ya le puedes decir todos los dolores que tienes que ella... se preocupa, pero sobretodo no... no deja que decaigas. Y siempre, no sé, te apoya y te entiende de que sí, estás sufriendo y hay que mirar de solucionar aquello y si es necesario llamar a los médicos, se llaman... Si hay que molestar a alguien, se molesta

E- ¿Molestar?

R- Sí, sí, sí. No se toma al pie de la letra aquello y dice "Pues oye, ahí te quedas y ahí te aguantas". No, no, no... Ella además es... es muy agradable. Su conversación no es extensa pero... pero es eso... es agradable

E- Pero es agradable

R- Sí, sí. Muy agradable

E- Bueno

(...)

R- Hay... hay varias... hay varias...jejej. Y cada una con distinta ----- . Yo les recomendaría eso, Mucha paciencia porque... el dolor mismo, el paciente tiene... cada uno con su carácter, pues tiene distintas reacciones... y algunos son más... según cómo han pasado la noche pues, por la mañana puede ser más violento, más desagradable... Y... y no es así realmente.

E- Claro, porque el dolor, cuando uno aguanta....

R- Es, es...

(...)

R- No, no.... Pero si te llegan a hacer sonreír un poco y aquello de que te animes un poco... bueno, pues por ese momento... ese instante cuando está aquí y te entienden de... en ese momento e intenta solucionarlo... e intenta solucionarlo, pues se agradece

(...)

R- Se agradece mucho

E- Bueno, esto es importante... dar estos mensajes a la gente que comienza a partir de la experiencia de uno, ¿no?

R- Sí, sí, sí

(...)

E- En Perú se habla siempre de usted ¿no?

R- De usted, de usted

E- Y aquí, ésta diferencia en el tuteo... aunque hace años que esté aquí ¿no?, le molesta?

C- no, no... eh... eh... No... No me molesta según quién porque es que allí tenemos muy... muy concreto las edades... Las personas las respetamos por sus edades. Si... si es mayor que yo, es de usted. Siempre. Siempre. Y a los padres pues jamás en la vida de tú.

(...)

E- ¿Los horarios de visita son libres aquí?, ¿hay horarios?

R- Eh... No... aquí no hay... Yo diría que hasta el momento nadie ha dicho, por lo menos... "No venga usted a las 8 o no venga usted a las 9". Nadie... nadie ha privado a nadie de estar aquí... ya que...() hay una... un sofá-cama para...que cualquier visita pueda quedarse aquí...

E- Porque es importante también la visita... también cuando uno está aquí ¿no?

R- Sí, sí, sí. Muy importante

(...)

TRANSCRIPCIÓ 13- ESTELA

X- entrevistadora

E- entrevistada

-----no audible

«(...)

E- Vale. Pues la primera experiencia que tuve era que estaba en el gimnasio, que hacía mucho deporte. Me dio un dolor de cabeza muy grande, pues no sabía que estaba embarazada... ¡bua! Traumático ¿eh? Pues mi esposo me lleva al médico. El médico me hace una valoración así, de rutina... me preguntó que si me llega la regla... Y yo le dije que no era la fecha, pero después... después de tanto estudio, tantas pruebas y electros y esto... pues, le dice otra doctora que entró, que intervino... le dijo "Vamos a hacerle... a ver si está embarazada"... porque me desmayé, perdí el conocimiento. Efectivamente estaba embarazada... ¿Qué pasa? Que dos días antes yo había manchado un poquito, pero no lo asocié...a...a nada de nada... Pues como estaba manchando, de Urgencias me mandaron a un centro más especializado, donde ahí intervinieron todos obstetras, y aquello y lo otro... Me ingresaron... me ingresaron... Allí duré ingresada más de una semana. La pasé muy mal. Fatal la pasé, porque una prueba ahora, después otro... como que entre ellos no se ponían de acuerdo... Claro, yo lo notaba. Yo lo veía, porque otro venía y le cuchicheaba *shshshsh*... Por Dios...

X- ¿Delante tuyo?

E- Sí, sí. Y yo que en ningún momento yo dije que era del área de la salud. Yo... Y mi esposo enfadadísimo...porque decía "Estás -----como médico"... porque le dijo "Tú, como médico, no puede ser, que ella esté embarazada y tiene amenaza de aborto"... que no llega ni a tres... a dos semanas tenía... tres semanas y pico... porque no se veían... se veían chiquititos... Eran dos... tenía dos. Entonces, parece que uno se formó fuera de centro y uno en el centro. Entonces, el que estaba fuera del centro estaba como... arrastrando al otro.

X- Ya, ya...

E- En fin, Sí. Que al final lo perdí... lo pasé muy mal porque el trato fue fatal ¿eh?

X- ¿qué quieres decir con fatal?

E- Sí. El trato fue fatal. Me acuerdo que me pusieron...ehh... Yo no soy alérgica a nada... entre comillas no soy alérgica... Hasta que no te ponen un medicamento no eres alérgica. Pues me pusieron Paracetamol... Y el Paracetamol me daba un ca... un sofocón... Yo le decía a la enfermera "Ven. Quítamelo, que me siento... que me quemo"... Ella decía "No, no, no. Es al principio el medicamento" Digo "No, no, no....Quítamelo"... le dije "quítamelo"... "Que no"... Digo yo "Me lo quitas o me lo quito yo"... Yo enfadada... Pues al final, fue, habló como con la supervisora... Vino la supervisora, me preguntó... Ésa sí, muy cordialmente ¿qué me pasaba?... Esa sí. Y yo le dije "Mira, me siento así. Me siento caliente. Mírame cómo me he puesto. Me puse roja y es el Paracetamol que parece que soy alérgica"... "Ay! Espera, espera..." Me lo quitó, me puso un antialérgico... "Esperaremos otro... un tiempito más y... a ponerte otra medicación". Entonces habló con el doctor... No sé... No me acuerdo qué otra medicación me pusieron, pero lo pasé muy mal. Y yo, como enfermera, viendo la sit... cómo ellos me trataron, no... como te digo, no... De especializados estaban, porque todos los que estamos en un trabajo estamos

capacitados y especializados para esas funciones, pero en ese momento no sé si era que había muchos pacientes o que la sala estaba... porque también duré mucho en el pasillo, esperando una sala que se descongestione. No sé si era el corre-corre, pero no me trataron muy bien. Les faltó esa empatía, la... la... Claro, un aborto... después que me dijeron que estaba embarazada, yo lo quería tener... porque primero me dieron... me dieron... vuelvo un poquito atrás... No lo aguanté en ese momento... después que pasó todo eso... que el medicamento... me mandaron a mi casa... y en una semana me mandaron a mi casa... duré en mi casa como 3 semanas más, con los bebés, con los pies para arriba, toda yo muy tranquila. Pero al final en mi casa comencé a sangrar, me llevaron otra vez... Ahí sí, ahí me atendieron un poquito mejor porque ya tenían la historia...

X- Ya

E- ...ya tenían la historia. ¿Pero qué pasa? Me sentí mal porque... la actuación de ellos no fue la correcta. Quizás si ellos me hubieran dejado ahí con medicación... porque me mandan a mi casa... Claro, estás, pero tú sabes que en casa tú te levantas... mueves esto... tú acomodas esto... mientras que en el hospital tú estás tranquila

X- Claro

E- Entonces quizás por la falta de camas, ellos no... no previeron eso.

X- Sí, sí

E- Pues ya la segunda... cuando me volvieron a ingresar que lo perdí, pues ya ahí fueron más... con más cosa

X- ¿A qué te refieres con "más cosa"?

E- Sí.

X- Te trataron mal...

E- Fatal ¿eh?

X- ... ¿te refieres que te trataron mal?

E- Tú ves, cuando llegas, llegas desesperada. Tú buscas alguien que te aliente, que te ayude, que te diga "¿Qué te pasa?". Pues no... "Ponla ahí. Súbela. Abre la pierna"... ¡Por Dios! Tú explícame "Te voy a hacer un tacto"... "Mira, estás sangrando"... "Mira la... en la escenografía vemos esto y esto". Yo era porque miraba la pantalla... y me decían "Pero que no mires"... Y mi marido "Déjala que mire"... Y yo a mi marido "No te atrevas a decir que soy enfermera... no te atrevas". Y al final que volv... lo último fue que le dije a la que me atendieron... como me tocó la misma, ¿sabes? "Mira, soy licenciada en enfermería"... Se quedó así... Digo "Sí. Cuando yo te dije quítame la solución fue porque yo te dije quítamela porque yo sé cómo me sentía"... "Ah... tenía que decirlo"... "Claro, ¿tenía que decirlo para darme un trato diferente a las demás?... Tú me canalizaste sin guantes... Yo no te dije nada ¿no? Yo lo único que te dije es: pónmelo en este brazo porque en este brazo me va mejor para poner las vías... ¿te lo dije, no? Y tú hiciste lo que te dio la gana". Me sentí fatal... me sentí fatal ¿eh? Me sentí muy mal. No me trataron bien

X- ¿Y cuándo estuviste ingresada esos días, estabas en la cama...?

E- ¡Madre! La higiene...

X- ¿Qué recuerdas de la higiene?

E- ¡Madre, madre! Tú sabes que... cuando te hacen la higiene, tú comienzas de la parte de afuera... ¿cómo es?... ¿de afuera para dentro?

X- Sí

E- ... que yo me acuerde, porque ya tengo años que no estoy en sala... Pues directamente... y yo le dije "Mira, déjalo que mi madre me la hace". Y ya mi madre me la hacía como a mí me gustaba... Claro, como duré una semana... tú sabes que si... Más de una semana... creo que más de una semana... Yo no me acuerdo bien que ya hace casi 4 años de eso

X- 4 años

E- Sí. Y... y le dije "No. Mi madre me la hace"... Porque llega con el pañito con el jabón... no te... "Te voy a hacer la... la limpieza... te voy a hacer la higiene. Ponte así, ponte así". Yo no me puedo mover...tú tienes que ayudarme despacito... pero "Apura"... la otra "Apura que hay prisa"... Espérate... ¿hay prisa? No. Tú estás con un paciente. Tú tienes que dedicarle ese tiempo a ese paciente. Tú no sabes si en ese momento a mí me duele la pierna o me duele aquí, la pelvis... que yo no me puedo mover... Si no, déjalo para más tarde

X- ¿No había una valoración previa?

E- No. no, no... También no puedo... Somos profesionales... No lo puedo achacar también de que hay muchos pacientes, porque aunque haya muchos pacientes, tú tienes un minuto... dedícaselo bien hecho o no le hagas nada. Dile "Vengo más tarde". Me sentí fatal. Yo sali de allí mal ¿eh? Pues a raíz de eso yo había mandado los niños para (...) por el embarazo. Creó una depresión... pero una depresión que terminé otra vez con ellos... por la depresión

X- ¿En la misma... en la misma unidad?

E- No. Ya me pasaron a lo que era Psiquiatría porque me puse mal... me puse muy nerviosa. Claro, es que... el trato, mando a los niños, pierdo dos bebés... dos... que los quería tener... dos. Me sentí fatal... me sentí fatal. En ese momento no pensé que era enfermera... en ese momento no pensé que cuando...

X- ¿Si?

E- Sí. Pasaron... de eso pasaron como 4 meses... del aborto al otro ingreso pasaron como 4... 4 ó 5 meses. Sí. Pasaron como 4 ó 5 meses. Ahí mi mente comenzó a crearme un dolor en la pelvis... ¿qué pasa? Que yo cuando di... me acuerdo, cuando di a luz a la niña en (...) ¿a la niña? Sí. Ya venía para acá... me faltaban como 20 días para venir acá, me dio un dolor tan fuerte... Pero como yo trabajaba en ese hospital, pues llamé a mi esposo, que es médico, y de una vez me llevó... Como trabajo en el Centro, mis amigas me ven así... "Venga, ¿qué le pasa a ella?" Esa atención... de una vez me hicieron... me vieron que la... ¿cómo se dice?... adherencias

(...)

E- ... justo ahora a la segunda intervención aquí. Ahá. Entonces, ¿qué pasa? Allá yo no me quise operar. Claro, me hubiera operado allá, no hubiera pasado lo que pasé aquí, con la depresión. Ellos achacaron que mi mente era que me creaba ese dolor. Ya te puedes tú imaginar... Ya te puedes tú imaginar... Y yo gritándoles que en verdad me duele... Ahí duré 15 días ¿eh?... 15 días duré

X- ¿Con ese dolor?

E- Con el dolor. Ya me cambian de cubículo, ya me hacen un TAC, ya me hacen esto, ya me ponen medios de contraste... Mira... Mal. Me puse así de flaquita, que ni comí –con

ese dolor ----- . Por último vino un buen samaritana, que se... Yo le decía que era de adherencia pero que las... en la... en la... Ellos me hicieron la ECO... Ellos vieron poquita cosa... poquito... No... Dicen ellos de que nada... Perfecto. Pues el nos dijo "Vamos a abrir. Vamos a ver si algún órgano estará afectado"... Vamos, no cuesta nada... además yo firmé, mi esposo firmó... Pues al final lo que me hicieron fue una laparoscopia... con la laparoscopia me quitaron tejido...

X- Sí, sí

E- Y me ----- . Cuando ya desperté, me dolía pero ya por la...

X- Por la operación

E- Eso. Como a los 3 ó 4 días ya no me dolía más. Jamás dolor.

X- Pero estuviste 15 días sufriendo

E- Sufriendo. Mi esposo durmiendo en una posición fatal... ahí... ahí... Te puedo decir que hubieron muchas que intervinieron que fueron bien. No te voy a decir... No, no, no... Ahí me atendieron más

X- Estabas en Psiquiatría,

E- Sí. Me pasaron a Psiquiatría, pero de...

X- ¿Cómo te encontrabas?

E- Sí. (...) venía antes en que había perdido un bebé... quizás también pensaron ahí que podía estar embarazada y... pues mira... Y también no me gustó porque el doctor... uno de... un psiquiatra, a mí me dijo que estoy somatizando... que yo... por favor!

X- ¿Qué recuerdas de aquello?

E- Que yo estaba somatizando. Ahí fue que yo me ----- "Yo soy licenciada en enfermería. Yo soy enfermera. Yo no estoy somatizando. Me duele"... Cuando me palpaba, un dolor tremendo... tremendo. Entonces, lo que a mí me incomodaba en él, que yo le explicaba que "me duele"... Y él como... "Ponle un analgésico y ya -----"

(...)

X- No te creían...

E- No... Y para tú poder convencer a un psiquiatra de que tú... Porque ya venía que como estaba depresiva... y estaba con Paroxetina... tenía insomnio... Claro, a raíz que mis niños no estaban, que había perdido los bebés, que... Mal. Entonces, ellos dijeron "No. Ella está somatizando porque tuvo esto, esto y esto". Cuando ----- . Y fatal ¿eh?. Después ya, al final, pues... pues bien... en lo que fue psiquiatría, sí. Pero en lo que es medicina no puedo citar lo mismo. Lo pasé muy mal, muy mal, muy mal

X- Vaya,

E- Muy mal. Y también cuando... Bueno, ya eso es por como hospital no pueden aceptar tantas personas. Claro, pero a veces la manera de tú de decir a los familiares que salgan no es la adecuada

X- Claro

E- Entraba la enfermera como dueña de hospital "Todos para fuera". Después cuando miran... "¡Ah! Por favor"... Después le salía el por favor

X- Hay muchas maneras de decirlo

E- Claro, yo puedo decir "Por favor, pueden salir para fuera, que miren... que la paciente...". Explicar un poquito... "Todos para fuera... para fuera" (gritando) sin... sin decirte... "Mira ----- esto" o "Viene el doctor" o "Ya no es hora"... Yo me discutí. Yo así como estaba me discutí con una... Digo "Esas no son maneras de tú decir a mi familia que salga... Tú vienes con educación"... "No, no... Que salgan ya"... ¡Uy! Y mi hermana que no es fácil... Buaa!

X- También intervino...

E- Sí, sí. Mi hermana... "Déjamela a mí"... "¿Qué es lo que tú te piensas? No me voy a salir"... "Sálete ya. Llamo a seguridad"... "Haz lo que te dé la gana". Entonces llamó a seguridad y mi hermana se quedó ahí... Eso, que hay... habemos enfermeras, enfermeras y enfermeras... Vamos a ver de qué grupo somos...

X- Claro, depende de la persona ¿no?

(...)

E- Eso. No puedes decir enfermeras, también porque ahí van también las psiquiatras, van auxiliares... ¿entiendes?

X- Sí

E- ... los que son de la analítica también... Que me hacían analíticas todos los días

X- Ahá

E- Me hacían analíticas casi todos los días

X- ¿Qué recuerdas de aquella experiencia? ¿Lo hacían con delicadeza?

E- Algunas sí pero alguna no... No... alguna no... Alguna "*Ponme el brazo*"... ¡Por Dios!... Por Dios! Tan siquiera dime "Mira, esto..." Yo ya sé que me va a doler pero tan siquiera dímelo con ese cariño... "Mira, duele un chin" o "Te va a picar un poquito" o "Hazte presión aquí"... No "Agárrate como tú puedes. Sujétate esto como tú puedes"

X- ¿sentiste que recibieras un trato diferente de las demás por ser de fuera?

E- Ssss... En donde me dieron un trato muy bien, no por ser de fuera... era porque pagaba

X- Vale

E- Ahí sí. Porque no hemos llegado. Ahí fue un trato que yo me quedé con la boca abierta

X- Sería la tercera experiencia

E- Sí. Porque me hice... me (...)

X- ahá

E- Me operé (...) Como fue en una clínica privada, ahí es todo glamour

X- Vale

E- Muy diferente

X- Pero en las otras, en la pública, ¿notaste o quizás viste que era habitual en ellas... en estas personas?

E- Era habitual. ¿Sabes por qué era habitual? Porque yo recuerdo que llevé a mi vecina, que la llevé una vez... mala. Tenía una gastroenteritis y solamente de entrada... la llevé de Urgencias, me acuerdo que fue un fin de semana... de una vez... de entrada en el... Ella es española ¿eh?... Aquí

X- ¿En el vestíbulo?

E- Sí. De una vez, sin preguntar... “Ya viene otra”... Así, así... como... como que le tocaba el turno de ir a merendar o algo

X- Ya

E- Y como... “Ya viene otra”... y ya me la miré así... “Pase, pase... ¿qué tiene?”. Digo “Mira, que está con diarrea y vómito”... “Ah, pues ponla ahí... Ahora el médico la visita”... ¡Manda -----! Ahí duramos como tres horas esperando que el médico la mire... Y es española

X- Sí, sí, sí

E- Que no te podría decir que sea yo inmigrante ¿entiendes? Porque allí era... bueno, podría...

(...)

E- Cuando fui la primera vez, con algunas... con algunos, sí. Porque tú sabes que hay muchos que son racistas... Porque yo misma... yo no soy racista pero si me ponen a escoger... tú sabes que siempre dices “No, no... Me gusta el colorcito claro... me gusta”. En el fondo, entonces... en la primera vez... en la primera vez podría decir que sí... en la primera vez. Porque el trato fue fatal ¿eh? Fue fatal. Me acuerdo que me discutí con una médico porque me quería hacer... me había hecho una, ya la ecografía. Y ella quería volvérmela a repetir al cabo de una hora... ¿En una hora qué tú vas a ver de evaluación...de...de...?. Nada. Estoy sangrando y ya está... Espera ya 5 ó 6 horas con medicación a ver si...si... la hemorragia se ha ido, no se ha ido... si... no... ¿qué? No. Ella... “La doctora soy yo”... Digo “Sí. La doctora soy yo pero éste es mi cuerpo” le dije... “Y mis bebés son míos. Y la doctora me dijo... la otra que me atendió, me dijo que no me moviera de aquí, que me esperara... Voy a esperar que ella me mire”. Después ella volvió ya a las tantas horas... Mi marido la buscó... la buscó... Dijo “No”. Hablaron entre ellas... Esa fue la que comenzaron chchhch (cuchichear) y se discutieron entre ellas porque...

X- ¿Delante de ti?

E- Ssss... Pero a una distancia que yo podía más o menos...

X- Escuchar...

E- ... los gestos ya, más o menos... porque ella quería hacérmelo, pero la otra le decía que no... Entonces, entre ellas ya... como que... yo... como... la otra se sintió como si la estuvieran apartando delante de mí...

X- Ya

E- ... como esa autoridad cuando eran comp... son compañeras

X- Claro. Se dio cuenta que tú estabas quizás pendiente ¿no?

E- Sí. La que me la quería hacer a la fuerza se fue y ya se quedó ella conmigo. Me dijo “No... Tú excúsame que...” Ella me dijo así... “La culpa es mía porque no escribí donde yo te la hice”. Yo sé que ella escribió... Ella quiso excusar conmigo a su compañera, y con mi marido... Mi marido no es fácil. La quiso excusar, pero yo sé que no...yo sé que no. Y ahí intervinieron muchos... intervinieron doctores... intervinieron muchos... Cuando pasa eso - ----- se apunta mucho. Bueno, se llamaban unos a otros para preguntar su opinión porque yo lo veía por el teléfono... “Fulana, estamos pasando esto... Pásate”. A ver, pues podría decir que con esa, un poquito podría haber que...

X- Algún sentimiento de...

E- Sí, sí, sí. Podría decir que sí

X- ¿Qué recuerdas de los cuidados?

E- Sí. Te podría decir que ese cuidado, fatal. Muy mal, muy mal. No te puedo hablar de otro Centro... Te voy a hablar de ese centro sin mencionar nombre... Si ellas, todas, trabajan así en esa Unidad o el Hospital entero trabaja con esa temática de cuidado, lo hacen muy mal. Por la sencilla razón de que toda persona que vamos con un dolor, una malaltia... de cualquiera... buscamos siempre que nos mimen, que nos expliquen las cosas claras, como son. No que... que estén discutiendo entre compañeros delante de... de...

X- Del paciente

E- Claro. No. Muy mal ¿eh? Fatal... Esa empatía de que... No... Nada

X- ¿Con educación?

E- No. Nada ¿eh? Nada. Ya al final... ya... la... la segunda sí. Ahí en la segunda te podría decir que un poquito entre ellos... Como es Psiquiatría, que entre comillas más... ¿cómo se dice? De más cuidado... Porque depende del trato que ellos me den, yo hubiese desencadenado quizás... vete tú a saber... una paranoia... quien sabe

X- Sí, sí. Una reacción...

E- Quién sabe... Pues ahí me trataron más... mejor. Me trataron mejor... me trataron mejor

X- ¿Tuvieron en cuenta a tu familia? Me has dicho que tu marido...

E- Sí. Mi marido como es él catalán...

X- ¿Durmió?

E- Sí. Dormía siempre conmigo... evitando eso

X- ¿Le dejaron...?

E- Al principio le decían que sea mi madre o que... (Silencio)... que sea mi madre o que sea mi hermana, porque así hay más intimidad... Yo les dije que no... que más intimidad la tengo yo con mi marido que con mi hermana... Pero era por la...porque había otra señora...

X- Ya

E- Pero estaba la cortinita que podían tapar... Yo sé que quizás era por eso. Y además que mi marido siempre estaba pendiente... "¿Qué le vas a poner?" Y cuando veía que faltaban 5 minutos para la medicación, ya iba a buscarla... y que el suero se terminaba... que a tal hora... él ya estaba picando el timbre

X- Y eso ¿cómo lo vivían las enfermeras?

E- Bufff

X- Cuando dices bufff ¿qué significa?

E- Una que me dijo "Tu marido es muy pesado ¿eh? Tu marido parece un antisocial". Digo yo "No. Lo que pasa es que él me está cuidando a mí... él me está cuidando a mí... Ustedes me cuidan también. Pero él me cuida más porque a él yo le duelo, a ustedes no". Sí. Algunas se me quejaban..."Habla con tu marido. Explica las cosas que es así, así y

así"... Digo "No, no, no. Él se entera muy bien de lo que está pasando. Yo no tengo que explicarle nada" le decía.

X- Por lo que tú dices, ¿qué notaste?

E- La tensión

X- Tensión... tensión en relación... a ti, a... a tu situación familiar o...

E- Hubo un momento que yo quería firmar el alta... hubo un momento que yo le dije "Mira..." a la... a una que fue... qué fue lo que fue a... fue como a llevarme la cena... y yo le dije que "No quiero"... Me sale... "Pues te la dejo aquí ----- Te la comes o no". Así me dijo... Digo "Está bien, déjala ahí". Mi madre ya me había tra... me había traído... ¿no? me había traído cena. Entonces, con esa tuve un encontronazo... Es que yo... yo pienso que caí mal. Yo pienso que esa primera vez caí mal. No lo sé. Quizás yo buscaba que me mimaran por lo que estaba pasando, pero quizás caí mal. Entonces, con el tema de mi marido... es que mi marido es como... es como es...

X- Si

E- Es como es. Sí. Y ahí no lo va a cambiar nadie porque no es la primera vez que a veces vamos de urgencias, que me duele... Por ejemplo, yo tengo ahora el cuello, que estoy fatal con el cuello y cada vez que vamos es una historia diferente... es una historia diferente porque ya no hallan que hacer conmigo, pero ----- la tengo ----- Pero la llevo bien. Y, pues mira, pues de esos cuidador te puedo decir que si los enfocaran de otra manera o no sé, si... porque son jóvenes las que están ¿eh?

X- Son jóvenes

E- Porque si fueran enfermeras mayores yo te dijera, pues ya están con la técnica antigua... que todavía la técnica antigua la tenemos hasta ahora... No. Son jóvenes que te puedo decir que salen de la universidad... y fatal ¿eh? Fatal

X- Y el tema de la familiaridad en relación contigo ¿no? Ahora has dicho una frase... has dicho... "A ti..." Bueno, no sé... Ahora me acabas... No te la sabría reproducir ¿no?... "Tú... no sé qué"

E- Ah... "Si quieres te la comes"

X- Sí. ¿Esto no es muy familiar? O... como... ¿Cómo era el trato?

E- Pero no me lo dijo con estas palabras, me lo dijo de otra forma que yo lo entendí así.

X- Ya

E- Entonces ¿qué pasa?... Mi madre estaba ahí... Entonces mi madre le dijo "No, no... Ya yo le traje. Te la puedes llevar". Pero mi madre le iba a cantar ----- ¿Qué pasa? Que mami es muy sensible y mi madre dijo "¿Sabes qué? Fírmate el alta y nos vamos" Porque es como... es como cuando tú haces una cosa corriendo, te queda mal. Entonces a mí me daba la sensación que ellas hacían las cosas deprisa para irse a atender a aquél para luego tener un hueco en su... en su sala de estar... entre ellas compartir... Es la sensación que me daba a mí.

X- ¿Pero el trato era demasiado familiar? Lo digo porque en relación quizás a (...) a Quizás allí se... se habla más de usted ¿no? al... al paciente

E- Sí, sí

X- No hay tanta familiaridad... Hay una relación profesional. Entonces, por lo que tú me dices intuyo... no sé, tú me dirás... que... que había un exceso de familiaridad. ¿Cómo lo vives esto?

E- Un exceso de familiaridad no... Bueno, no te podría decir exceso de familiaridad porque que yo me acuerde me trataban normal

X- Vale

E- Pero que aquí... como te digo, aquí no tratan de tú... de usted... Aquí es tú, normal

X- Sí. Pero esto puede molestar o...

E- No

X- No

E- Depende de la persona

X- Vale

E- Depende de la persona ¿eh?

X- Sí,

E- Porque si es, por ejemplo, a mi padre... tú vienes y le dices "Tú" sin conocerlo...

X- Quizás a las personas mayores...

E- ... le va a decir "¿Tú me conoces a mí para tutearme?... Pues no lo hagas". En mí, no... yo soy muy cosa... Allá también sucede eso, que te tratan de usted... depende de la entrada... cuando llega el paciente depende la... como sea... si llega muy rígido pues ya o le decimos "Usted" al principio ya hasta que nos famil... nos familiaricemos un poco más o la relación ya... Pero es que aquí yo no sé... es que no te sabría explicar bien...

X- Vale, vale

E- Porque es que... entre que fui con los dolores, que fui con... pensando esto... en ese momento yo quería que me ayudaran, que no perdiera mis bebés y que aquello... y yo no...

X- Eso era, claro, lo que te preocupaba

E- Sí. Y entonces me incomodé más porque después que ya paso todo esto, que me dan el alta, me llama... antes tú llámame a mí a hacer una prueba, tú miras qué ha pasado con esa paciente... Pues me llaman como a las dos semanas que tengo que hacerme una ecografía para ver cómo están los bebés... Eso me terminó de derrumbar

(...)

E- yo no sé quién programó una visita y viene y me llama... Yo me sent...yo comencé a llorar y mi marido cogió el teléfono... Y mi marido "No, no. Ya los bebés no existen. Ya no están". Yo comencé a llorar... Claro, quizás estaba programado antes y la chica no se dio cuenta. No te sabría decir pero... cucha... está muy mal visto.

X- Tú reviviste toda aquella... toda aquella situación

E- Porque ya de dos semanas tú vas tratando de llevar tu vida normal, porque ya que te dicen que estás embarazada ya tú te cuidas diferente... ya tú dices "No puedo tomar alcohol"... por ejemplo, si fumas... "Ya no voy a fumar"... Ya te vas cuidando... Y de repente viene una y remueve todo otra vez. Me sentí fat... Yo dije... Sí... Dije "Quisiera tener el número..." Porque llaman de un número así... para devolverle la llamada... para

decirle que si a ella le hubiera gustado que la llamaran... A mí no me gustó que me llamaran

X- Claro

E- No me gustó. Me sentí fatal... Encima el trato que me dieron... Después a las dos semanas... que quizás, si eso me lo hacen en el momento antes de perderlo o no me mandan a casa... Es que también... Son muchos factores, porque como hay recorte de personal... ehhh... los fines de semana o los días de semana, como quieras, se colapsan... se colapsan los hospitales... Pues quizás fue un punto donde estaba todo tan colapsado y me tocó

X- Ya

E- Porque uno de los doctores dijo que si yo hubiera guardado el reposo, que si me hubieran dejado en el hospital, quizás yo no los hubiera perdido... Sí. Así mismo dijo... Quizás, claro, porque... Es que yo soy de no estar tranquila en casa... y yo se lo dije a la doctora... "Me manda a casa. Yo no soy las de estar tranquila en casa. Además tengo 3 niños más que están aquí ahora"

X- Claro, tienes... tú vas haciendo...

E- Claro

X- ... siempre hay trabajo en una casa

E- Sí. Entonces me dijo "Hombre... que no te puedo dejar"... digo yo "Mire, me deja ahí tirada en el suelo en el pasillo y yo me quedo tranquila, pero en mi casa me voy a mover". Y así, efectivamente... efectivamente... Otra salió "Es que esto no es un hotel"... Así ¿eh?... Otra "Esto no es un hotel"... Aquí

X- ¿te lo dijo una enfermera?

D- No. doctora. Era doctora... era doctora. Es que participaron muchos...

X- Claro, claro

E- ... "Esto no es un hotel. Si nos ----- de tener a todos aquí, ya tú puedes imaginar todo lo que tenemos aquí"... Digo "Ya. Vale"... Mi marido dijo "Dice que no es un hotel"... y... y arreglamos todos los papeles y me fui a casa.

X- Porque... ¿Tú sabías distinguir quién era médico, enfermera, auxiliar...?

D- Claro. Porque llevan los distintivos y los nombres... como aquí, que tú llevas las cosas...

X- Pero aquí no dice si eres auxiliar...

E- Allá sí. Allá lo tienen todo... todo. Ahora si son de... que son de análisis, pues van...

X- De otro color

E- Ahá... Y tú te le ves... la... la cosa. Es así. Una fue... que fue que choqué porque me hizo lo que le dio la gana, pero las demás que iban parece que una se lo dijo a la otra... una a la otra. Ya cuando iban... ya me decían "*¿En qué brazo quiere que se la saque?*"... la sangre... la muestra... y esto... pero ya en el segundo... no en el primero.

(...)

E- El cuidado. Sí. No hubo un cuidado. Conmigo no hubo tacto... no hubo esa sutilidad y eso... No. No lo puedo decir así. Mientras que en el último, que fue el aumento de pecho...

X- ¿Si?

E- Ahí sí. Ahí fue muy diferente... Ahí, tan pronto yo llegaba, la... Bueno, me llamaban el día antes para decir "Usted tiene una cita con el doctor Fulano mañana"... Perfecto. De que llegaba es "Suba aquí..." acompañándome uno... me llevaba el otro allí, me hace aquí... "Tienes que hacerte esta prueba... Te la hacemos aquí"... Todo muy bien... "Tal día tiene que pagar esto... Pasado la ingresamos". Me explicaron todo el procedimiento antes de esto. Todo muy bien. Me acuerdo que entré a cirugía como a la una y media y eran las 4 y yo estaba en la sala ya... con mi operación. Y una enfermera ahí.

X- ¿Una enfermera? ¿Una auxiliar?

E- Una enfermera allí, sí... No... Una enfermera, enfermera... porque había una enfermera y una auxiliar. Después, en la noche, se quedó una enfermera... no se quedó sola... se quedó una enfermera... y médico. Claro, operan de noche también... porque me acuerdo que me comenzó a doler y comenzó... No era muy rápido para que comenzara como a drenar...

X- Sí

E- y parece... no sé...Entonces llamaron al médico y me dijeron que eso era normal... En la noche, sí. Esa sí. Esa puedo decir que muy bien, que muy diferente a todo lo que te he explicado

X- ¿Cómo eran las noches?

E- Duré solamente una noche ahí

X- Vale. Y las noches de los tres ingresos ¿las recuerdas diferentes o iguales que las mañanas?

E- No podía dormir de noche... No podía dormir... Una porque... me acuerdo que ----- estaba una señora que también estaba embarazada de meses mayores. Entonces, al yo perderlo... porque después que me hicieron el legrado me pasaron ahí, a la sala. Y yo al verla a ella con su barrigote... yo sin nada... Ya ----- preocupada. Pensad como yo me sentí!

X- si...

E- Ella tenía la barriga grande ya... que de término, pero como era diabética

X- Venía para control

E- Sí. Pero la dejaron ahí para no sé qué... se le estaba complicando algo... Entonces, me acuerdo que cuando me hicieron el legrado, estaba ella allí... me recuerdo. Y yo cuando ya entré más o menos bien, que la vi a ella con su panzón y yo sin nada... bua!

X- Te derrumbaste

E- Yo me -----, yo me -----. Porque yo esperaba tener mi embarazo así... porque con ella hablaba... porque cuando me fui a mi casa, a ella la dejaron y cuando volví, estaba ella ahí también

X- Vaya, ¡qué casualidad!

E- Sí. Estaba ella ahí... ----- "Yo llevo un mes aquí" me dijo ella. Y más el mes mío, pues mira... hasta esperando que completara para hacerle cesárea a ella... O no sé, porque cesárea con diabetes... No sé

X- Y cuando dices que no dormías ¿venían las enfermeras? ¿Te sentias cuidada por la noche?

D- Cuidada, cuidada... me cuidaba mi marido... porque picaba el timbre y ya, cuando a *la* tantas ya venía... y cuando quería venir, si yo estaba llorando o lo que sea, ya me había calmado ya. No venían a sus horas... no venían

X- ¿Venían a verte... como estabas?

E- Sí. Me acuerdo que en ocasiones siempre en las rondas... Ahí se pasaban en las rondas. Tenían que pasar porque me tocaba medicación y todo eso. Pero yo picaba... ¿de venir? No... Yo le... y mi marido decía “¿Por qué no... no... no viniste cuando picamos?”... “Estaba en otras... estaban ocupados”. Entonces le digo “Tienen que haber más, ¿no?”... “Sí. Somos más pero estaban ocupados”. A veces picaba y de entrada decían “¿Pasa algo?... Venimos ahora”

X- Ya... Tenías siempre a tu marido ¿no? al lado...

E- Siempre... Uy! Para todo lo tengo. Yo le digo “Tú eres más médico y más enfermera que yo”... No... Pero en verdad, tú hablas con él también de la experiencia mía y él te va a decir “Uy! Yo no la llevo más”... Ya yo le digo que cuando me siento muy mal en mi casa o... Porque el papá de mis niños es médico... Éste no... éste es mi segunda pareja... Entonces, cuando estaba con él que me sentía mal, no te precisaba de médico, pero ahora sí, porque no tengo médico. Pero... cómo te digo... si relacionamos que... que ellos me miran, que yo soy extranjera, para el trato eh... podía decir que en algunas ocasiones, sí. Porque como te dije antes... hay gente racista que no te lo dicen... “Mira, negra...” o lo que sea. No te lo dicen todo... La profecía se lleva por dentro

X- En las actitudes ¿no?

E- Eso... Se lleva por dentro. Muchas quizás me trataban bien porque merecía tratarme bien pero por dentro me lo hacían como... Te voy a poner pero... ¿eh? ¿Me entiende?... Te voy a poner... a hacerte la extracción pero te lo voy a hacer duro. De una manera que tú pienses que te lo estoy haciendo bien

X- Ya

E- Así. Pero la experiencia fue muy frustrante para mí en esos dos casos. Pero fatal ¿eh? Muy, muy diferente, Un poquito mejor en el área de psiquiatría, como te comenté antes

X- Mmmm...

E- Que quizás ellos enfocaron los cuidados, no sé, diferente... Es que no sé si sabría decir...

X- Hay quizás otra orientación. Quizás no es tan bióloga ¿no?

E- Más o menos

X- Pero también depende de las personas

E- y... y el personal que haya y tanto enfermo y cómo amaneció esa persona... Pero porque yo haya amanecido peleada con la vecina, no tengo que pagar con esa pobre señora que viene a tomarse una tensión... ponerle el aparato... *cruack...* o “*Siéntese ahí*”. No. Espero los minutos para que ella se relaje para que la tensión me salga bien

X- Claro

E- ¿Me entiende? Es... es el trato

X- Duro...

E- Sí... sí. ¡Madre mía! Muy difícil... muy difícil

X- ...como enfermera

E- Ya al final fue que yo dije que fue enfermera ¿eh? Ahí fue que entonces.... Hasta la doctora...

X- Vaya

E- Sí. Pero... quizás si de entrada yo digo "Soy enfermera"... quizás hubiese sido otro trato mejor.

X- Ya. Quizás no tendría por qué ser así

E- Sí. Y yo voy como paciente, no como enfermera. El papá de mis hijos se va... se va a veces a consulta y él no dice que es médico... Claro, porque nosotros como médico y enfermera necesitamos de otras... de otras atenciones que nosotros... Por ejemplo, nosotros somos el área de la psiquiatría... Necesitamos un... un... ¿cómo se dice?... hacernos una citología, no nos la vamos a hacer nosotros mismos.

(...)

E- Lo que más me gustó fue el trato aquí...

X- Sí

E- ... en la... en la...

X- En la privada

E- En la privada. Sí. Y lo que menos me gustó es que cuando me ingresaron la segunda vez, el... el psiquiatra que me atendió, me quiso decir que yo estaba somatizando cuando no era... Eso me ma...buff... me... Mire, no le dije... "Hasta su abuela" porque pensé... Digo, "Mira, déjame... vamos a dejarlo ahí"

X- No creyó en ti

E- No... Y a lo muuucho fue que creyó en mí... a lo muuucho. Ya cuando los cirujanos me valoraron que me iban a hacer... a mirarme... que ellos vieron que había un poco de tejido que había que quitar y que todo bien... Y después que ya yo me recuperé, que ya no sentí más dolor... Mi dolor era tan grande que me ponían...ehhh.... cómo se llama esto que se pone aquí en pequeñas dosis... que es para...

X- ¿Morfina?

E- Morfina... morfina me ponían ya y que no aguantaba el dolor... con eso te digo todo. Y eso fue lo que peor me sentó. Y un poco el... el trato... un poco el trato también... Pero eso me sentó fatal

X- Vaya

E- Me sentó fatal porque ya ellos ya sabían que yo pertenecía a... a... porque yo se lo había dicho, para que sepan que yo no estoy somatizando... Claro, no me voy a quedar callada... y mi esposo le dijo "Mire, ¿sabe qué? ella también es enfermera"

X- Claro, tú sabías realmente lo que te estaba pasando

E- Sí. Sí, claro está... claro, que en verdad yo hice una crisis de depresión por los niños que se fueron, por lo que perdí, por esto... No tienes que decir que estoy somatizando... Trátame primero y dame un diagnóstico... Así, mira... "Estás somatizando"

(...)

TRANSCIPCIÓ 14 - HAZIM

X- entrevistadora

N- entrevistado

---no audible

«(...)

N- Vale. Jo, dintre del meu historial de salut, per bé, he tingut dues úniques èpoques d'hospitalització... Una va ser (...) jugant a esport em vaig trencar un dit. *Allavors*, em van tenir que operar i vaig estar ingressat doncs 4 dies. I un altre ingrés va ser fa 2 anys amb un... per un mal... per un malestar de... de l'estómac i que no... no sabien el que era, no? Si era una gastroenteritis... i van tenir que fer algun estudi. I vaig estar in... ingressat 48 hores.(...)Parlaré primer una miqueta de l'experiència aquella com ho... ho vivia... la primera del tot, no? que...

X- endavant, quan tu vulguis

N- Sí. Que era.... (...) La veritat és que com que era el meu primer ingrés, jo ho vaig veure... ho vaig viure amb molta, molta por. Jo me'n recordo que... que quan vaig entrar a quiròfan hi havia una... una por... una por constant, no? perquè entrava a quiròfan. No hi havia entrat mai. Totes les referències que tenia eren bàsicament televisives i d'experiències d'altres persones. Per tant, ningú m'havia ensenyat en aquell moment com era un quiròfan. Ni el personal sanitari tampoc em va fer una prèvia. Vull dir, jo de cop i volta em trobo que m'han... m'han d'operar, m'ingressen, em posen la... la via i de... Bueno, em trobo completament envoltat de moltíssima gent i una manca d'informació tremenda, no? Aquesta informació, ja et dic, no venia ni... ni (...) Era un seguit de... d'accions que no... que jo no sabia... Bueno, sabia que... que era degut al dit però tampoc no sabia què era cada cosa, no? I... i me'n recordo que va arribar un moment, sobretot quan vaig entrar al quiròfan, vaig notar res... cap mena de calor, no? O sigui, era tot com molt....

X- Cap mena de...?

N- De calor... de calor... No em vaig sentir allò... arropat, de dir "Bueno, pues realment tinc...", no? com... com...no sé... com ho pot veure algunes vegades, no? de... la infermera o el personal sanitaris, no? doncs que et tracten amb més carinyo. (...)

X- Clar

N- I Me'n recordo que era al... al... a l'hospital de (...) i la veritat és que en cap moment vaig trobar cap mena de carinyo, no? I era com... bueno, pues... I a més, la metgessa també, no? com molt seca i dient-me que no em queixi del... del dolor, no? Les infermeres també una miqueta fent aquesta... aquesta contenció, no? Perquè clar, jo tenia por i no volia que em... em toquessin els dits per posar-me l'anestesia en el dit, no? Perquè va ser anestesia... anestesia local. I això va ser una de les coses més... més *fumudes*. Després va haver-hi tot el... tot el... tota l'estada d'hospitalització, que allà bàsicament on vaig trobar calor va ser la meva mare i del... del meu pare i dels meus germans, no? és on vaig trobar més... més carinyo. Però no recordo cap... cap acte especial ni emotiu, per exemple, de cap... de cap infermera. O sigui, a diferència de lo que puc veure ara alguna vegada, no? que pots veure pues allò, no? Potser l'anàlisi que estic fent ara com és amb una perspectiva molt llunyana (...)

X- Aha

N- ... doncs, potser ara puc fer millor aquest anàlisi, perquè crec que hi ha hagut mancances, no? I és quan puc veure aquella mancança. I faltava això... faltava manca d'informació, em faltava d'alguna manera o altra carinyo de l'equip... de l'equip, no? tant d'infermeria com... com...

X- ¿sí?

N- ... el mèdic, no? Perquè dius... Home! Tracteu-me , no? Vull dir, vull que em tractis (...)I recordo això, sobretot molt de dolor. Potser és una de les coses que em van marcar: el dolor. Quan va passar l'anestèsia, va començar... vaig començar a tenir molt, molt, molt de dolor de braç... Llavors, les infermeres em deien que era un quejica, no? Clar, la meua mare era la única que em feia suport emocional, no? I a més, jo plorava de dolor i era la única que em deia que estigués tranquil i tal, perquè a més, es creia el que deien les infermeres... Es creia... deia "Bueno, si les infermeres estan dient que tranquil, que ja t'han posat un calmant i tot lo demés i que se't passarà... doncs ja se't passarà", no? Llavors, jo recordo tot això, no? a més, encara tinc la (...) tinc encara la cicatriu, no? , que dius...

(...)

N- (...) I me'n recordo això, bastant de dolor. I després, una altra sensació també que... que havia, era... Clar, com que la meua mare porta vel, les meues germanes porten vel i ser una... una família marroquina, sí que hi havia cert distanciament amb l'equip tècnic... amb l'equip... bueno, tècnic em refereixo en general, no?

X- Mèdic i infermeria

N- infermeria i tot lo demés...

X- Tu creus que podria ser una de les causes d'aquesta... falta d'afectivitat?

N- Podria ser, perquè després, les altres vegades quan he tornat... (...) vaig poder entrar molt en contacte amb aquelles professionals que... que a mi m'havien tractat en el seu moment i és cert que demostraven una altra actitud amb segons... amb segons qui, no? ehhh... Jo crec que d'una manera o altra va influir. I sobretot, clar, estem parlant de fa molts anys. Per tant, la percepció i la situació...

X- Era diferent

N- No era una gran immigració, però era molt desconegut la gent que venia de fora. O sigui, es parlava dels marroquins i es deia.... Ostres, això sí... Està al Marroc, però com son? I... i encara estava tothom com molt, molt en alerta, no?

(...)

N- (...) Distanciament es notava. O sigui, sí que es notava cert... cert distanciament, no? I m'imagino que també segur que deuria més... més d'un comentari, no? de... a vegades despectiu. Al menys és la sensació que a vegades em... em donava, no? Però hi havia com bastant allunyament... com bastant abandonament, no? És a dir, l'ha operat allà, té dolor... truques al timbre i... "el pesado que no para de llamar al timbre". I que a més, li diuen a la meua mare que per favor, que contr... que em controli que no truqui tant el timbre. Vull dir, una miqueta aquella sensació com d'allunyament, no? de dir... ja està, no? T'han operat i tal... pues ara t'aguanten... Ja no hem de fer res més, no?

X- O ja tens aquí la teua família, no?

N- Exacte. Ja tens aquí la teva família... que la teva família ja... ja et donarà el teu carinyo... Que... que sort de la família! Vull dir, imagina't en aquell moment determinat no té ningú... Sí que és cert de que...ehhh... jo sempre els hi deia als meus pares que volia dormir sol. Jo, a diferència d'altres. Perquè em sabia greu que es quedessin, no? I allavors, les nits també bastant fotudes, no? perquè em trobava desprotegit del tot. Llavors, em trobava amb alguna infermera de nit igual... “que eres un pesado... que ets un pesat... que ets un pesat i no sé què... Que has d'esperar... que demà quan vingui la teva mare li direm”. I, bueno, era... era bastant... bastanta fot... *fumut*, la cosa. Vull dir, que la sensació que jo tenia en... en aquell moment era bastant...

X- et donaven analgèsics si en necessitaves de nit?

N- De nit em don... bueno, ells em feien una pauta cada 8 hores. Allavors elles deien que no es podien saltar aquella pauta i que no havia res més... més fort, ni res... Però bueno, el dolor... Jo sempre recordo molt de dolor i una experiència negativa

X- Mmmm

N- Vull dir que no recordes allò... algo positiu. Mira que jo sóc una persona que filtra molt els temes de negativitat i sempre intento veure les coses positives, però en aquest... en aquest cas no... no ho recordo com una experiència ni una mica positiva, no?. Ho recordo amb molt de dolor, falta d'acompanyament... no se m'entenia. I allò és un perjudici constant, no? Que eres un quejica, que tiene que aguantar... que no sé qué... que tens que aguantar una mica el dolor. I era una miqueta aquesta sensació, no? de llunyania... de... com un satèl·lit que està allà a l'hospital, no? a l'habitació...i que els pares facin...

(...)

N- Surt... surt darrera. Davant de la família es veuen... I això, els meus pares sempre diuen “És que se li posa...” Com es diuen ara?? És que ara ho volia traduir de l'àrab... ehhh... aquestes expressions de la cara... no? Arronsar la cara, no? Se'ls hi veu molt aquest arronsament de cara i... aquest... una distància... O sigui, la barrera, no? És allò de... “te ignoro completamente y trabajo porque tengo que trabajar, porque sinó t'ignoraria”, no? Darrere sí. Perquè ho sents a vegades (...) sents... “La mora”, no? d'una manera o altre ho sents

(...)

X- Aquesta... aquesta manca d'afectivitat que comentes... seria la distància, no?

N- La distància... lo que més mal fa és la distància. O sigui, fa més.... encara que tingues dolor... veus? O sigui, recordo el dolor òbviament, perquè et marca... però la distanciament, l'allunyament, el satèl·lit que et deia abans, no? Sentir-te com un satèl·lit que estàs allà, que si tens la gran sort de tenir una família que t'estima i te... et fa carícies, es minva una miqueta aquest dolor, però el dolor augmentava molt per aquest distanciament, no? I per la manca de comprensió... de dir “bueno, entén-me, és que tinc dolor” O sigui... Que a més jo tampoc... Que a més va ser perquè era un dolor, entre cometes, verge... perquè no ho havia tingut mai aquest estat de dolor

X- Ja

N- I era la primera vegada a la meva vida que tenia un procés de dolor agut i que ningú em donava la interpretació d'aquest dolor

X- I ningú valorava aquest dolor

N- No. Deien “Sí, sí...”. O sigui, venien... allò, et canviaven en suero i tot lo demás, però ningú... Jo no recordo que es preocupessin més enllà de... O sigui, jo crec que tot el rol va ser traspassat completament a la família i... i infermeria en aquest cas es va centrar-se només en una cosa tècnica. És a dir, suero... tal... pim pam... y ya está... y “calmantes cuando... a las horas que tocan te lo pongo y ya está”. No va haver-hi cap moment ni... ni cap mena de tracte de... de aproximadament, ni cap moment de comunicació, ni cap moment ningú em va explicar la meua interpretació del dolor... que bueno, que tindria dolor i em van obrir, no? és allò que va, em trenco el dit, acabo a l'hospital i ja no sé res més, no?

X- Tampoc no estem parlant de fa molts anys... o sigui...

N- No, no... No estem parlant... no...

K- Però la gent... la gent que em va tractar encara està treballant allà

X- Aquí està

N- I... i aquest maltractament... Bueno, mal... jo ho considero maltractament també, eh? d'una manera o altra... Encara segueix treballant allà i encara n'hi ha. Ja et dic, ja no és la meua família sinó que t'enteres a vegades d'altra gent, no? I sempre van en aquesta actitud, aquesta separació constant que fan els propis professionals. És separació. O sigui, que el professional es separa del tot, el pacient se sent totalment allunyat... com em sentia jo en aquell moment, i el professional se sent superallunyat del que tu penses. Llavors hi ha un... un distanciament mutu i és impossible arribar a res. Llavors, la únic...lo únic que hi ha entremig i que els torna a unir és la tècnica, no? Em torna a unir perquè ara m'has de posar el suero, em torna a unir perquè ara no et queda més remei que posar-me això. Però perquè al darrera ja no et queda més remei... és a dir, no... no et donaré molt més... O sigui, no tindrè comunicació amb tu, no...no t'ajudaré a fer el procés... ta-ta-ta... no et faré seguit de coses, perquè tampoc no cal... però si t'haig de posar el termòmetre, te'l tinc que posar, no? I és una miqueta aquest allunyament... la... la distància... Per mi és la distància

X- La distància, no?

N- La distància

N- Distanciament... És el distanciament. És... és com... com, no sé... com si tinguessis una malaltia rara, no? I que la gent es distancia. És això... que pot ser provocar també per la pròpia por de la persona, per dir-ho... Però, por... per què? Por d'un jove? Quina por li has de tenir a un jove si té dolor, no?

X- Clar

(...)

X- Això vol dir que no li havien validat ...

N- Exacte. No havien validat exactament el tractament. (...) És com... com jo crec que tot ho resumeix “distanciament”... Es com “Toma, vete, haz, pam” i... no... Per això dic, no... no acaben de fer el procés correcte. *Allavores* no sé si això es deu a que si... es sigui immigrant o es deu a que es fa generalment amb tothom o que... a què es deu, no? Això és una miqueta també...

X- I ara tu que ja coneixes el mon hospitalari, com ho valoraries això? És a dir, aquesta frase última... t'agafo aquesta última frase que has dit, no? “No sé si ho fan amb tothom”...

N- Jo crec que hi ha distanciament

(...)

N- Sí. Era afec... És que és afecte. És afecte. És afecte. És afecte. Veus? És això el que et volia comentar que abans m'he perdut (...) és l'acompanyament aquest...

X- Clar

N- ... no? I és això, acompanyament. O sigui... que és el que valorem.

X- En aquell moment, no?

N- Clar. O sigui, ve d'una preocupació determinada i en el moment en què posa el primer pe... el primer... el primer peu dintre de l'habitació dir-li dues paRaúles amb un somriure i ostres!... (...) Fantàstic, no? (...)

X- No. Però és aquell afecte que...

N- Aquell afecte, aquell somriure

X- ... que... que dones confiança també, no?

N- Exacte. És allò de dir... Pam! Què... què... què passa amb el... amb... amb... aa... amb immigrants, també? Pues que moltes vegades vas amb molta por.

(...)

N- No? Tenia dos... dos persones que vetllaven per mi, no? Dos amics allà que deia... bueno... I és cert que ni arribava més informació de la que em tenia que arribar... em sentia molt... em sentia molt, molt més informat...ehhh... Bueno, jo sabia exactament què és el que passaria al dia següent i tal... "Mira, si surt l'ecografia... si surt bé, pues ja et donem l'alta... Si no surt bé farem aquesta prova i lo altre... Esperarem i tal" Vull dir que estava tot com super ben explicat... I l'actitud també del... de les infermeres era molt... era molt positiva, no?... "Si necessites alguna cosa doncs ens ho dius i venim i tal... Però tu ja coneixes aquestes coses i ja saps com és... Si no podem venir ja saps que a vegades tenim feina"... També, clar, es barrejava el meu coneixement, no? i el... amb... amb... que també elles eren bones... Vull dir que en aquest sentit va ser... va ser força positiu. No es notava res la... el tema immigració... O sigui, no es notava pas el tema dels orígens

(...)

N- hi havia aquest apropament... O sigui, era... Per mi va ser més positiu això. I fixa't que en aquest cas he tingut en compte, no? aquest... Veus? Allà les... que mai m'ho he analitzat, eh? també. Vull dir que mai m'ho he analitzat... que ara una miqueta

X- Que t'ho has analitzat?

N- No, no... Dic, mai m'ho he analitzat... Vull dir, m'ho estic analitzant ara, eh? Vull dir, una miqueta... m'està sortint ara una miqueta les sensacions aquelles... I és l'apropament... l'apropament, no?

X- L'apropament, la informació, l'afecte, eh? es van repetint

N- "Hazim, què tal?"... això està bé

X- El nom... T'identifiquen

K- Hazim... Jo era el Hazim... No era el del 504 B puerta –finestra – ventana

X- Sí, sí, sí

N- Era el Hazim. Llavors, si algú volia alguna cosa... el Hazim. I si algú li tenia que dir a l'infermera... "Eh! que el Hazim ha dit tal..."

(...)

N- Lo que he sentit sempre és comprensió... “Que no m’entenen... Que no m’entenen Que no m’entenen... i que no m’entenen”... Potser és d’elles coses que més... que més... I després també, dintre que no m’entenen, no em tracten com m’han de tractar... vull dir, no tracten correctament. Això provoca que... (...)

(...)

X- Sí. No cal a vegades parlar masses idiomes, no?

N- No

X- ... per comunicar-se

N- No cal parlar idiomes ni ser un gran antropòleg, ni sapiguer... Actitud pura i dura... Apropament, no? És allò de... la primera experiència, va ser distanciament absolut... “Cómo que me dejan aquí solo... Estoy en un Hospital. Me tienen que cuidar”... Necesito que em cuidin, no? encara que siguin els meus pares... I l’altre experiència va ser... bueno, potser massa cachondeo, no?

X- rialles

N- I tampoc cal gaire cachondeo. Per tant, ha d’haver-hi una miqueta l’equilibri aquest, no? de les bones cures sense diferenciar òbviament de... de res i... i veure la persona tal qual... la cultura ens ajudarà a entendre que aquests determinants com li afecten, no? ...com li afecta aquestes coses... Però el camí és el seu i el camí l’has de respectar en ell... Com si una persona et diu... “Mira, no vull que em molestin per res. Només vull que vingueu a posar-me el medicament i quan necessiti tal... I ja està”. Pues perfecte!

(...))»

TRANSCRIPCIÓ 15 - JAMILEH

X- entrevistadora

J- entrevistada

----No audible

«(...)

J- Sí. Mi experiencia fue primer año... primera vez cuando yo he ingresado fue muy bien. Pero segunda vez, muy mal... Y... porque mi hija nació normal... primera hija. Nació en Hospital Clínico. Fue muy bien. Pero cuando segunda vez ingresó por cesárea, nació mi hijo... fue muy mal. Porque cuando nació mi hijo este misma noche yo estuve en hospital... Según (=segundo) día, toda noche mi hijo está llorando...No dado leche. Y... yo tenía un... problema, porque no tenía experiencia de cesárea ni nada. No podía levantarme y dejó niño toda la noche conmigo. Y... para mí es difícil que estuve allí sola porque mi marido estaba en trabajando...No es podía quedar conmigo hospital. Estuvo sola toda noche. Y... bueno, fue muy mal

X- ¿Cómo fue esta... esta noche? ¿Qué recuerdas de esta noche?

J- Muy mal. Me... me... me... me recuerdo que esta noche yo... yo llorado mucho... Final me levantó y llorado mucho y dejó niño frente de puerta donde cuidan niños... Dejo allí que no puedo... no podía aguantar porque no dado leche... no dado biberón. Dicen que tiene que dar pecho... No había leche, no tenía leche, ni nada y no podía dar. Y niño está llorando toda la noche y final yo dejo el niño allí, delante de la puerta. Y... tratado también

muy mal, porque no lo sé porque... están *cansada*... Yo qué sé qué...Depende de personas

X- ¿Por qué dices que te trataron mal?

J- Dicen que tiene que dar pecho... No pasa nada... no sé qué... porque es que un niño está llorando 3 horas... hace 3 horas estaba llorando... ¿qué hago yo? Y yo cada vez no podía levantarme... Pero bueno, estaba muy... Luego, según (=segundo) día fue también... Pero bueno, aguantando mucho porque estuvo poco mejor cuidar yo mi hijo. (...)

X- Aha. ¿Que recuerdas de tu primera experiencia?

J- Cuando ingresé en mi hospital a mí me cuidaron muy bien porque estaban todo el rato pendiente nuestro y estaba bien y... dormida. Bien... tranquila... Que esa es mi experiencia

(risas)

(...)

X- ¿Recuerdas a las enfermeras?

J- yo muy buena cosa. Yo hice una amiga... amiga de una enfermera y muy majas son las enfermeras. Muy majas... Yo tengo experiencia... Yo tengo amigas también enfermeras... No son todas como.... Que... ¿Cómo... cómo se dice? Malas... No. Son buenas personas. Pero depende, algunas veces a lo mejor están cansadas, porque muchas veces tratan muy mal... que... enfadadas. No sé porqué... que te he dicho... que conmigo... Cuando nació mi hijo trataron muy mal. Primer año nació mi hija, tratado muy bien, pero...

X- Cuándo dices tratar mal ¿qué quieres decir?

J- Te he dicho que toda noche estuvo con mi hijo, primera noche... también dejo primer noche estuvo con cesárea, no podía levantarme primera noche... Tú sabes que nació mismo día mi hijo y tenía que estar con mi hijo. Segunda noche también, cuando estaba llorando niño yo tenía tos, no podía aguantar toda la noche como.... Ni tos ni niño llorando... tenía dolores. Y tenía que quedar poco rato niño... Pero bueno, yo sé que tiene mucho trabajo, pero cuando una persona tiene dolor o algo tiene que cuidar.... Muchas veces tratan muy mal. Sí. Y se nota. Ha... hace poco mi hijo ingresado en hospital... hace... hace pocos días... tres semanas. Fue apendicitis. Operado y... y para mí es como.... No es normal que cuando una... enfermera ha entrado dice que cuando quiere pipí tiene que llamarme... que quería ver que a lo mejor él mareado... no sé qué... Porque quitado primer día suero... Yo... yo llamado... dice "¿por qué me llamó? Tiene que llevarle tú"... Digo "Pero tú misma me dijo que tiene que llamarme... tengo que... ". Ella quería ver... dice "No, no. Tiene que llevar tú mismo". Digo "Vale. Pero tú dices, por eso vengo para llamarte"... Pero bueno, está enfadada... Ha entrado en habitación, dice al niño "Levántate tú niño... está bien"... Pero bueno, por qué tú dices que tiene que llamarme... Por eso muchas veces... Sí, pasa.

X- pasa...

J- Lo que pasa de hablo de verdad... No sabes... mal... las enfermeras, yo tengo (...) Allí todas enfermeras son muy buenas, muy amables, de verdad...

(ruido)

J- Primer... yo ingresado 3 veces en el hospital. Pri... Cuando primera vez ingr... Siempre, las enfermeras tratan muy bien y como fuera una persona de mi familia... Me tratan así. Pero lo encuentro una cosa de (...). Las enfermeras y médicos son buenos. Pero en (...), yo escucho mu... muchas historias sobre (...). Esto es verdad. Pero en (...) yo he ingresado 3 veces y siempre está buena gente. De verdad.

X- Buena gente

J- Tratan muy buena manera

X- Ahá

J- hay muchas que conocen nosotras muy bien ----- y todo son muy buena gente... pero bueno, depende de cada uno

(ruido)

X- ¿Que valoras de cuidados en un hospital? ¿qué es lo que te gusta?

J- ¿de hospital... de aquí?

X- De las enfermeras... del hospital de aquí... de... de Barcelona

J- Son amables. (...) A ver, cuan... cuando, yo creo que tiene una persona problema... tiene problema... tiene que explicar bien... tiene que... No queremos que tiene que estar todo el rato con nosotros. No. Entiendo que hay trabajo. Ella tiene trabajo. Hay mucha gente. Están esperando de ellas... pero cuando una persona necesita... tiene dolor, tiene que entenderse... tiene que tratar bien... tiene que estar como... con palabras, un poquito

X- Claro

J- Las enfermeras... Yo no soy de Barcelona pero te voy a decir... las enfermeras tienen... de bueno que son amables, tratan bien ¿sabes? Cuidan bien y... Tienen eso de bueno... No bien... No es que vienen con una rabia, con un coraje... que cuidan bien, con alegría... que ¿sabes? Hay enfermeras que le da también asco... Pero no, estas enfermeras cuidan bien y son amables y cariñosas... y yo, no... lo que quiero... Ellas ya hacen... ellas tienen que decir nosotras como... las maneras... como tenemos que hacer este... porque ya he perdido un niño aquí, ingresaba en hospital... Ellas cuidaban muy bien también. Y cuando primera vez quería ir lavabo... yo quería ir casa... Dicen que no... hasta tú... un, dos veces no ha ido al lavabo, no podemos dejarte, porque tú, por ejemplo, estás mareada o lo que sea, quién te cuidaría en casa ¿no? Pero lo que necesito de enfermera, no es que siempre está con nosotras pero cuando llamamos, cuando necesitamos ayuda pero...

X- ¿Has encontrado diferencias entre los cuidados de vuestra cultura y los de aquí?

J- No, no, no. Yo creo que tratan muy bien aquí. Muchas veces, yo sé, que gente también molesta mucho... Yo sé... pero bueno, tratan bien. Sí. Y además siempre está alguna persona... No dejan ----- Cuando nace el niño no deja solo, madre. Y aquí como que estamos solas con maridos y maridos muchas veces no está y necesitamos ayuda... Y por eso

X- ¿Os sentís ayudadas cuando necesitáis ayuda?

J- Sí... Muchas veces... Yo te digo, no siempre pasa mal... Pero bueno, ayuda mucho también.

(...)

J -Mira, las enfermeras, tratan diferentes a los españoles y a los paquistaníes. Por ejemplo, ella tiene que tratar bien a los... como... como iguales. No que se tratan igual a los españoles y extranjeros.

X- ¿Por qué tratan diferente?

J- No sé... Creo que...no siempre, pero en el (...) mucha gente esto. No todo el Hospital... Creo que Ginecología...

.....

J- Donde hay ginecología... Porque una chica acaba de llegar aquí... está ingresada, no sabe nada casi... Entonces, no hay familia... Hay muchas cosas... cuando tiene dolor o cuando tiene problema, tiene que ayuda... tiene que entender. Tiene que... tiene problema.

(...)

X- ¿las enfermeras saben que aquella chica está sola? ¿Qué no sabe?

J- Muchas veces saben. Y ahora ya creo que ya acostumbrados con todos, porque hay mucha gente. Sí. Muchos años... conocen paquistaní... Pero bueno, de... yo... yo sé.... Hay muchos casos... Yo... yo he escuchado que de allí muchas veces tratan mal, de zona de Ginecología. Sí.

X- Aha

(...)

X- Encontraste a faltar algo cuando estuviste ingresada en la habitación... ¿te faltó alguna cosa, durante aquellos días?

J- Bueno, falta familia siempre, porque no están aquí. Pero hay amigas. Sí

X- Hay amigas...

J- sí

X- ¿Te explicaron bien las cosas? ¿Te sentiste informada?

J- De... de... para... para parto o qué

X- en el ingreso. Sí

J- Sí

X- Si

J- Bueno, primera vez no sabía. Segunda vez también. Porque primera vez era... como experiencia diferente, porque mi hija nació normal. Era primera experiencia y fue muy bien.

X- Bien

N- Según (= segunda) experiencia en (...) fue mal. Y tercer yo ya preparada, porque yo ya sabe

X- Ya sabías... tú ya sabías

J-Sí... Porque yo ya sabía que qué tengo que hacer, cómo tengo que estar con todos

(...)

X- Bien. ¿Recuerdas algo más de los cuidados y las enfermeras en el hospital?

J- Yo a una enfermera que le cogí cariño. Me... cuando yo estuve ingresada con los pacientes me pasé bien... me colaboré, empezamos a reír... ¿sabe? Ahí puede jugar... empezamos a jugar parchís... y me colaboré... y me... tenía recuerdos, porque cuando día de salir de... de hospital me... me sentía que no quería ir porque no quería dejar estos pacientes

X- ¿lo mejor fue tu relación con la enfermera?

J- Sí. Sí. La enfermera... con los pacientes... con todo. Yo he aprendido mucho.

X- ¿Qué has aprendido?

J- Como cosas en hospital yo he aprendido mucho por enfermeras que me enseñó. Hay cosas buenas también que yo aprendió... que yo... cómo tengo que cuidar mi hijo sola, porque es verdad que primeros dos años aprendido mucho y fue muy bien, cosas que no sabía nunca de mi vida

X- De tu vida... has aprendido cosas de salud, del cuidado de tu hijo.

J- Sí, si... cómo tengo que cuidar a mi hijo. Porque cuando nació mi primera hija yo tenía sólo 18 años. Con segundo hijo yo tenía 20 años

X- ¿No tenías a tu mamá?

J- Nada, nada. Por eso aprendí. Ellas me enseñó mucho. Tratado muy bien... tratan muy bien. No todas, pero algunas que tienen carácter fuerte.

X- ¿Qué cosas no te gustaron en los ingresos?

J- Bueno, para mí la comida era bien. Yo tenía un menú... para nuestro... para los musulmanes, menú diferente... A nosotros había menú diferente... a mí me ponen todo de pescado, pescado, pescado... Por ejemplo, yo pescado... No puedo comer cerdo pero como... perdón... No como...

Risas

J- (...) No como cerdo pero como carne, ternera... ternera de vac... de otra así... cordero, pollo. Ellos ponían pescado, pescado, pescado... todos los días pescado. Un día yo le digo a la enfermera... "Mira... pescado"... que no me gusta también, pero tenía que aguantar porque tenía que comer. Pues un día le digo a la enfermera "¿Puedes cambiarme menú? Porque mira, cerdo no como, pero como el... más carne, pollo..."

X- Cordero, pollo

J- Cordero, tern... ternera...

(...)

X- Vamos a acabar con la última pregunta. Si... ¿qué dirías a una estudiante que va a ser enfermera?

J- Pues le diría...

J- Yo creo que tiene que... A ver, tiene que saber que cómo es persona. A lo mejor esta persona era muy mal, no sabe hablar... Muchas veces gente no saben hablar... tienen problema de castellano también... muchas mujeres tenemos solo... Te estoy hablando de mujeres. Por eso tiene que saber... ¿esta persona sabe? ¿Esta persona está acostumbrada? O ¿sabe algo de idioma? O ¿sabe de... éste... esta cosa de embarazada y sabe todo? Entonces, si no sabe, tiene que ayudar un poco... tiene que tratar como

familia... como yo pienso que como familia... No... aquí no hay familia, entonces como enfermeras tiene que tratar bien

X-Tratar bien

J- Sí. Tienen que saber qué tiene dentro, porque está nerviosa, porque está molestando.

(...)

J- Tiene que tratar bien a la gente. ----- tratar público bien, con educación... con educación y con cariño.

(...)

J- Porque aquí hay muchos extranjeros también. No tiene que quejarse con extranjeros porque hay extranjeros no... muchas veces no saben nada de aquí de cultura, de costumbre y de hospital... Por eso tienen que tratar poco paciencia... con... Sí, con paciencia

(...))»

TRANSCIPCIÓ 16 - ELENA

X- entrevistadora

E- entrevistada

X- Bueno Elena, estamos aquí... vamos a hablar sobre tu vivencia... No me interesan tanto los nombres, ni diagnósticos, ni todo esto tan concreto sino más cómo percibiste tú...el ingreso, los cuidados de las enfermeras.

E- El ingreso... Bueno, el ingreso fue en... en (...) por un motivo de... bueno, estoy embarazada y tenía unas dolencias en el abdomen. No sabía qué era. Eran muy intensas y bueno, terminé en observación ahí, un poco, ingresada 2 días. La experiencia bueno, empezó... Yo estaba muy asustada, evidentemente...

X- ¿Estás hablando de hace cuándo?

E- Te estoy hablando de un mes y medio atrás... dos meses. Ahora, hace muy poco. Un mes y medio más o menos. No recuerdo exactamente la fecha pero más o menos un mes y medio... Y bueno, nada...Entré para... por una urgencia y me dejaron ingresada. En principio me atendieron... Hubo el médico de urgencias, luego vino la ginecóloga, luego vino la... vino un enfermero... Bueno, y decidieron dejarme ingresada porque no sabían bien qué era, ¿no? Estuve unas cuantas horas sin saber qué tenía... O sea, me mandaban hacer pruebas y esto... pero no sabían si era una... bueno, si era peritonitis, si era grasas, si era una infección o qué... Hasta que decidieron mandarme a la... a Planta... como todavía no tenían... no... no tenían un diagnóstico para darme... Yo ahí ya empecé un poco... teníamos un poco de incertidumbre con mi marido, porque no sabíamos por donde venía el tema y tampoco... Bueno, de hecho nos fuimos de la...del... del Hospital... del Hospital de (...) nos fuimos, sin saber qué era lo que me pasó. O sea, porque al principio me dijeron que era una infección, luego que no... que era un proceso inflamatorio que podía terminar en infección... Bueno, estuve en ayunas varios...bueno, estuve en ayunas los dos días... ni agua. O sea, hasta que pedí, por favor, un zumo... digo...que necesitaba, porque me lo pedía el cuerpo.

X- Estabas embarazada

E- Sí, sí, sí

X- En ayunas 2 días

E- Sí... sí, sí. Bueno, después terminé con una anemia. Sí... y... bueno, vino también a verme un cirujano. Bueno, fue un poco... la experiencia fue un poco desconcertante porque realmente venían.... Venían el primer día y nadie me dijo nunca nada. Preguntábamos y me decían que "Hay que esperar. Mejor en ayunas"... Hasta que llamé a mi médico de aquí, a mi ginecóloga y me dijo que mejor que me venga para acá, porque podía ser una infección de... de la bolsa... o bueno, podía ser algo realmente grave y yo estar ahí, mirando el techo. La atención... ehh... bueno, no se puede.... A nivel de enfermería... tampoco puedo hacer una... una... catalogarlos a todos juntos, porque claro, tuve una exp... la de la mañana muy bien y la de la noche... era en plan "Bueno, quédate ahí y aguanta", ¿sabes? "No molestes". Pero... justo compartía la habitación... la compartía con una chica italiana y... también era un poco... Las dos tuv... las dos tuvimos la misma sensación... La atención, en general, de los... no... no tanto de las enfermeras sino de los médicos, en sí, que eran los que terminaban de diagnosticar... que son los que diagnostican, al fin y al cabo... No, no fue...no fue buena, no... para mí no... no fue suficiente, ni...

X- ¿La atención? ¿A qué te refieres?

E- La atención a nivel de diagnóstico, de... bueno, la atención en general, ¿no?

X- sí

E- ... de decirte "Tienes esto... Vamos a hacer lo otro". Era como prueba-error, ¿no?... Hacemos esta prueba a ver si esto va o si esto no va... Nunca tuv... nunca tuve un diagnóstico... Y bueno, por eso decidí volverme a (...). Me... bueno, me di el alta voluntaria... Firmé unos papeles... Para colmo, bueno, me fui a las 4 de la tarde, pero claro, ese día me tenían que venir a decir algo con respeto a la... a los análisis y a todo esto. Y eran las 4 de la tarde y no venía nadie hasta que mi marido fue y dijo "Mira, nos vamos a dar de alta voluntaria y que venga alguien"... Y ahí sí que vino una médica que también... una doctora vino, empezó a leer... dice "Ah! Bueno, tú tienes esto, esto y esto... ". Y me dice "Ah! No... no es cierto... Que esto no es tu historia clínica". Era en plan que iban un poco...

X- Despistados

E- Sí, sí, sí... Despistados totalmente... como que... "De qué me estás hablando. Por lo menos léete" ¿sabes? "quién soy"

X-No te inspiraban confianza por lo que dices ¿no?

E- No. Nada. Nada. O sea, había gente muy maja.... Que te pueden atender muy bien a nivel de "Te cambio el suero, te pongo esto..." pero...

X- Muy técnico y poco humanizado ¿quizás?

E- Ehhh.... Poco personalizado... Yo no sé. Después yo me enteré que hay falta de... bueno, había falta de insumos, de personal... en el Hospital (...) particularmente. Me enteré justo luego cuando me fui, que me comentaron gente de allá... dice "¡Ay! Justo fuiste a parar ahí"... Pero sí, un poco de... Poca person... personalización ¿no?

X- Sí, sí, sí

E- Supongo que... No sé si esto es en el ámbito general... en la sanidad pública... (...) Entonces, yo no sé si es una falta... hay una carencia a nivel público... porque bueno, yo me atiendo en el privado... En el privado esto no... no pasa.

X- ¿Por qué crees que no pasa?

E- Bueno, te sientes un poco más amparado. No sabes para dónde vas y en seguida tratan de descartar de la manera más seria... que yo considero ¿no?

X- Sí, sí

E- O sea, de manera más seria. Con un embarazo, un dolor que no me podían ni tocar apenas. O sea, con la yema del dedo el estómago porque me moría de dolor y que tuvieran dos días y los medios necesarios...no estaban en medio del campo ¿sabes?... que no me dijeran qué era lo que tenía... Y después, llego acá y me dijeron que había tenido una infección muy grande... Claro, a mi me dieron antibióticos... Yo tomé antibióticos... como a los... empecé a tomar antibióticos como a los 20 días... porque llegué acá, me volvieron a hacer un cultivo... Y el cultivo tardó una semana... Y enseguida que les... que supieron mis médicos los resultados de acá, me empezaron a dar antibióticos... que estuve con antibióticos...Claro, me surgió una anemia porque estuve varios días que no me querían dar de comer y todo esto... a ver, la experiencia no es... No fue muy tranquilizadora. No, no, no... más bien no. Bueno, y... (...) No sé si es... son casos particulares pero es lo que a uno le tocó

X- Exacto. Es tu vivencia

E- Sí. Nunca tuve problemas y la vez que... que tuve, la verdad es que tampoco cumplieron con lo mínimo ¿no?

X- ¿Qué sería lo mínimo para ti? ¿Sentías que se preocupaban por ti?

E- Bueno, no... A ver, no había... No, no hay una información muy detallada. Te quedas ahí... Uno va preguntando y te van respondiendo... Pero no es que te... “Bueno, ahora te quedarás aquí. Estarás un tiempo... No sé qué... no sé cuánto... Puedes esto... Esto se puede... Esto no se puede...Él se puede quedar... Él no se puede quedar... Estas son las posibilidades”. No. Esto era como... era a demanda ¿no? Uno preguntaba y le respondían... O, por ejemplo, a veces me venían y me sacaban sangre... Y yo preguntaba... digo “Bueno, ¿qué van a hacer?”... A ver, no... no porque sea doctora ni... pero quiero estar enterada de lo que van a hacer ¿no?... “Ahora te tienes que ir abajo a hacer una radiografía”... digo “Bueno, ¿para qué es la radio... para qué es esta radiografía?” A nivel informativo de... de... de...no... No. La verdad que no... no me he sentido lo suficientemente...ehhh... atendida y... No... No respondían, digamos, espontáneamente a... a cualquier incógnita que pueda tener un paciente ¿no? Es lo que nosotros vivimos

X- ¿las enfermeras, mientras estuvisteis ahí, cómo se mostraban? ¿Percibías que estaban preocupadas por ti o que se interesaban por ti?

E- No... Bueno, no... Había... Creo que había una sola que bueno... “¿Estás bien?... Tranquila... aguanta...Que ya sé que no puedes comer... Que no sé qué...”. Bueno, una que...que no sé si era enfermera o... qué categoría...

X- o auxiliar

E- O auxiliar o qué... Muy bien. Muy maja. La que trae la comida y esto... Dice “Ay! Me sabe muy mal chiquita... no sé qué... por ti”

X- Ahá

E- Pero... Sí, pero las otras no. Era un poco... “Te tomo la tensión. Te cambio el suero. Y aquí te quedas”... Digo... y le preguntaba... digo... “¿tienen algún... tienen alguna noticia

de lo... bueno, les dieron algún resultado? ¿Puedo comer? ¿No puedo comer?"... "No. Esto hay que esperar. Hay que esperar que venga el médico". Claro, el médico nunca venía. Si te digo... el segundo día... que estuve dos días... El segundo día eran las 4 de la tarde, yo me quería dar de alta y no había nadie que me atendiera y que me pudieran dar el alta... Y después, llegaban y decían "¿Y por qué te quieres dar de alta?"... Digo "Bueno, es que llevo dos días y no sé ni lo que tengo. Sólo me tienen en ayunas"... No entie.... O sea, era... me pusieron el suero y me dieron, no sé... bueno, un ant... ¿Gelocatil? No... ¿qué era?... Paracetamol...

X- ¿Paracetamol?

E- Sí. Algo para aliviar, así muy livianito y... y poco más. Y ahí te quedas... te esperas... Esa fue un poco la...

X- La experiencia

E- ... la experiencia

X- Bueno, entonces... ¿qué es lo que es lo que recuerdas como positivo... más positivo de esa experiencia?

E- Bueno, la atención en un primer momento... cuando yo entré... Claro, creo que aql verme que tenía tanto dolor, (...) bueno, estuve satis... satisfecha. O sea, no, no... no estaba... no estuve a disgusto en un primer momento. Fue en el... en el momento del ingreso ¿no? En urgencias me... me hicieron todo muy rápido... Me sacaron sangre, me hicieron un análisis de orina de estos que se hacen in situ...

X- Sí

E- una... una ecografía, tacto... Me hicieron... me hicieron todo muy rápido... Pero bueno, una vez que ya me derivaron a la... a... a Planta...

X- Allí, en la planta...

E- ... era como un poco... "Bueno, aquí te quedas a esperar que se te pase el dolor" ¿no? Es la sensación que nos dio a los dos, yo creo ¿no?

E- ¿Tienes frío? ¿Quieres ponerte algo?

(...)

X- Las enfermeras, cuando llegasteis a Planta, ¿qué recuerdas? ¿Alguna entrevista?

E- No, no, no. Nada.

X- Nada

E- Vinieron con la historia clínica y punto

X- Y los signos vitales y ¿ya está?

E- Y bueno, sí. Me tomaron la tensión, la fiebre... a ver si tenía fiebre... que no tenía fiebre...ehhh... Me pusieron el suero, el catéter aquí... y ya está.

X- Ya está

E- Como que vinieron con las instrucciones ¿no? era un plan un poco "manual de instrucciones" y... y fuera.

X- Vaya... O sea, según lo que explicas no te sentiste cuidada.

E- No, no... Me sentí... me sentí un poco como desprotegida y desinformada básicamente ¿no?

X- desprotegida, desinformada...

E- Porque uno puede tolerar... o puede... puede aceptar que haya gente más cariñosa, menos cariñosa...

X- sí

E- ¿no? más cercana, menos cercana... como te pasa en cualquier aspecto ¿no? Evidentemente con la gente más cercana en un momento así, te sentís más protegida.

X- Claro

E- Pero ya cuando es a nivel también informativo... O sea, no pasaba sólo por la parte, digamos, afectiva sino era la información...

X- La necesidad ¿no? de saber...

E- Claro. La necesidad de saber... "A ver, ¿qué tengo?". O sea, alguien que me diga algo... Iba él... decía... en... a... a enfermería iba y decía "Bueno, ¿va a venir algún médico o algo?"... y era, bueno... "Tú te esperas ahí" ¿sabes? Es... un poco... ¿no? Yo creo que es un poco... Por ahí me equivoco, ¿eh? pero un poco la filosofía de la sanidad pública. No desde lo particular de cada uno ¿no? pero desde lo general, de institucional...ehh... No sé si pasará también con la gente aquí, porque yo no soy de aquí... pero es un poco... "Bueno, tú te aguantas... Estás en la sanidad pública. Esto es lo que hay. Y si te gusta, bien... y gracias que te atiende" ¿no?

(...)

E- A veces... un poco de... de la percepción que yo tengo ¿no? Como de funcionariado ¿no? Sí, sí. Total. Pero bueno, claro... La sanidad no es...

X- Es tu percepción ¿no? Es... y... y es tu vivencia, por tanto...

E- Sí, sí, sí.

(...)

E-Yo me fui sin comer.

X- ¿Te fuiste en ayunas? ¿Y sin beber tampoco?

E- No, no. Nada. Un zumo nada más. Porque les rogaba... Digo "Por favor, denme algo. O sea, estoy bien" O sea, uno... a veces el cuerpo es ¿no? un poco sabio... Mi... mi cuerpo me pedía... me pedía algo para beber... algo para comer... Ya lo último tenía hambre ¿sabes? Al principio con el suero el primer día lo... se aguanta bien, pero el segundo día... me moría de hambre... y le decía "(...) vámonos, por favor... Necesito comer". Porque aparte si me dices que te vienen a ver y te hacen de vuelta una exploración y te dicen "Bueno, vamos a seguir así". Pero habían venido a las 8 de la noche del día anterior y eran las 4 de la tarde del día siguiente y nadie me decía nada, era en plan ¿sabes? "Yo me voy" (...)

X- ¿te movías por la habitación? ¿No estabas encamada?

E- No, no me... es que cuando yo ingresé no me podía mover del dolor que tenía. O sea, yo me hacía así en la barriga y me... y me moría del dolor. No podía caminar. Iba... iba así agachada... El primer día que llegué iba... iba toda encogida al baño porque no podía ni caminar... El simple paso...el contacto del... del pie con el... con el suelo, me mo... me mataba del... dolor. Y el segundo día, cuando me empezó a aflojar un poquito el dolor, que ya por lo menos podía caminar erguida, bien... sí que iba al baño. Pero tampoco salía a

ningún lado. Tampoco me apetecía... Estuve 2 días. A parte, tampoco era que me iba a poner a pasear por ahí

X- No... Te lo pregunto por si necesitabas ayuda en alguna ocasión para moverte o para que te acompañaran al baño y si te ayudaron... si recibiste ayuda... si cuando llamabas al timbre, venían ¿sabes? Estos pequeños detalles.

E- Vale. Sí, claro. Al estar tan poco tiempo, tampoco me dio... Estaba él conmigo, entonces me ayudaba él.

(...)

E- A parte me decían... no... “esto que no sé si... no sé si... eh... bueno, vamos a ver si no es apendicitis o peritonitis” y yo era en plan, que aparte no había llegado ni siquiera a las 24 semanas... o a las 26... Bueno, a las 26 ¿no? que se empieza a ser viable que... Yo estaba acojonada... Digo “¡Que me sacan el chico!” Claro, nadie... me daba información así, de esta... “Bueno, veremos sí...”

X- Claro. Es la sensibilidad ¿no?

E- Sí, sí. Es la falta de sensibilidad... No sé, por esto te decía... Pero esto no sé... A mí me llama la atención un poco... Esto, cuan... cuando... o sea, estudian la carrera... tienen... no sé... pedagogía, comunicación, o no sé...

(...)

E- Pues también tendrían que tener, yo encuentro ¿eh? porque aquí...

X- Sí, sí

E- Bueno. No sé. Yo lo veo muy diferente. Lo comparo con Argentina...

(ruido)

X- En... en... en Argentina, ¿qué estudian?

E- No sé si lo tienen pero... a nivel universitario... pero allí... Te podría averiguar ¿eh?

X- Aquí las enfermeras, sí. Yo soy profesora de Comunicación Terapéutica. O sea, por lo tanto te lo puedo asegurar.

E- Claro. Sí, sí, sí

(...)

E- Pero que raro... porque son... son carreras muy humanísticas ¿no?

X- Sí, sí

E- Entonces no desarrollar... O sea, la parte mecánica, sí... cambiar un esto... pero... A mí me llama mucho la atención eso ¿eh?

(...)

Annex C

Permís del Comitè ètic d'investigació clínica

COMITÈ ÈTIC DE INVESTIGACIÓ CLÍNICA

TÍTULO: L'experiència de ser cuidat en un hospital. Perspectiva des de el client immigrant econòmic extracomunitari		
CÓDIGO: 10/080/1119	IP: Sra. M. Guillaumet	SERVICIO: Escola Universitària d'infermeria

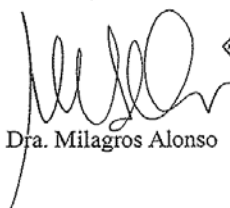
Doña **Milagros Alonso Martínez**, Secretaria del Comitè Ètic de Investigació Clínica de la Fundació de Gestió Sanitària del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo,

CERTIFICA:

Que en su reunión de fecha 13 de Julio de 2010 este Comité ha analizado el proyecto de investigación de referencia y considera que se ajusta a las disposiciones vigentes.

Por ello, ha acordado informar favorablemente sobre su realización.

Y para que así conste, firma el presente en Barcelona, a 13 de Julio de 2010.


Dra. Milagros Alonso



FUNDACIÓ DE GESTIÓ SANITÀRIA DE
L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU
COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Annex D
Aprovació direccions d'infermeria



Mutua de Accidentes
de Trabajo y
Enfermedades
Profesionales de la
Seguridad Social n.º 151
C.I.F.: G 08215824

**Centro de Prevención
y Rehabilitación**
Avda. Alcalde Barnils, s/n.
Teléfono (93) 565 39 00
Fax (93) 589 63 68
08190 Sant Cugat del Vallès
(Barcelona)

Sant Cugat, 25 de juny de 2012

SRA. MONTSERRAT GUILLAUMET
Cap d'Àrea docent
Coordinació Mobilitat i Intercanvi
Escola Universitària d'Infermeria
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universitat Autònoma de Barcelona
Sant Antoni M. Claret, 167
08025 Barcelona

Senyora Guillaumet,

En resposta a la seva sol·licitud del passat 8 de febrer d'enguany per realitzar l'estudi «*L'experiència de ser cuidat en un hospital. Perspectiva des de el client immigrant extracomunitari*», i havent consultat el nostre departament d'assessoria jurídica al respecte, li comuniquem la nostra autorització per realitzar entrevistes a pacients —que, prèviament, hauran d'haver signat el consentiment corresponent— ingressats a l'Hospital.

Per tal de regular la realització de les entrevistes, hem designat la Sra. Natalia Vidal com a infermera intermediària entre vostè i els pacients.

Per últim, i com a contraprestació, donem per descomptat que les dades obtingudes amb aquest estudi podran ser utilitzades per la Mútua.

Molt atentament,

M. Àngels Pi Sans
Directora d'Infermeria

Benvolguts/des,

Mitjançant la present fem constar que la Sra. Montse Guillaumet desenvoluparà el seu Projecte titulat "**L'experiència de ser cuidat en un hospital. Perspectiva des del client immigrant econòmic extracomunitari**", projecte que forma part de la seva tesi doctoral i que està aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'HSCSP en data 13 de juliol de 2010, a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau durant l'any 2012.

Barcelona, 3 de juliol de 2012



Margarita Esteve
Directora Infermera
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Annex E
Full de Consentiment informat



Consentimiento Informado

**Título del estudio: "La experiencia de ser cuidado en un hospital.
Perspectiva de la población emigrante extracomunitaria"
Investigadora responsable: MONTSE GUILLAUMET OLIVES**

Mi firma, al final de este documento, significa que :	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • He leído y he recibido una copia del documento de información adjunto, el cual he comprendido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas a MONTSE GUILLAUMET OLIVES para aclarar dudas o tener más información sobre el estudio. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Estoy satisfecho/a de las explicaciones, precisiones y respuestas que la investigadora me ha proporcionado, en relación a la participación en el estudio. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Entiendo que mi participación será confidencial y que ningún dato podrá identificarme. También entiendo que todos los datos serán confidenciales y destruidos al año siguiente de la lectura de la tesis, por la investigadora. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Consiento libremente participar en este estudio. Puedo retirarme en cualquier momento sin dar ninguna explicación ni incurrir ninguna responsabilidad ni sufrir ninguna consecuencia negativa hacia mí. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Se que la información que se derive de este estudio se utilizará en publicaciones científicas, sin que con ello se pueda identificar mi persona ni mi situación. Entiendo que la investigadora se compromete a preservar de manera absoluta la confidencialidad y el anonimato en todo momento. 		

- Nombre del participante (en mayúsculas) : _____

Firma del participante

Fecha

- Nombre de la investigadora principal : MONTSE GUILLAUMET OLIVES

Firma de la investigadora

Fecha



Consent Form

Title: "The experience of hospital care from the perspective of the non-EU economic migrant population"
Principal researcher: MONTSE GUILLAUMET OLIVES

My signature at the end of this document means that :	YES	NO
<ul style="list-style-type: none"> I have a copy of the information sheet and have read and understood the content. I was invited to ask Montse Guillaumet Olives for further details about the study. 		
<ul style="list-style-type: none"> I am satisfied with the explanations, clarifications and answers that the researcher has gave me in relation to participation in the study. 		
<ul style="list-style-type: none"> I understand that my participation will be confidential and that no data can be identified. I also understand that all data are confidential and will be destroyed by the researcher in the year after reading the thesis. 		
<ul style="list-style-type: none"> I freely consent to participate in this study. I know I can withdraw at any time without giving any explanation, without incurring any liability, and without suffering any adverse consequences. 		
<ul style="list-style-type: none"> I know that data from this study will be used in scientific publications without anyone being able to identify me or my situation, and that the researcher guarantees absolute confidentiality and anonymity at all times. 		

- Participant's name (capital letters): _____

Participant's signature

Date

- Researcher's name MONTSE GUILLAUMET OLIVES

Researcher's signature

Date



Formulaire de Consentement éclairé

**Titre de la recherche: "L'expérience d'être soigné dans un hôpital.
Perspective du client* immigrant non communautaire"
Chercheuse responsable: MONTSE GUILLAUMET OLIVES**

En signant ce formulaire:	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> Je déclare avoir lu le document ci-joint dont j'ai reçu copie, et j'ai compris les informations qui s'y trouvent. J'ai eu l'opportunité de demander à MONTSE GUILLAUMET OLIVES des questions sur l'étude pour mieux la comprendre. 		
<ul style="list-style-type: none"> Je suis satisfait des explications, des précisions et des réponses que la chercheuse m'a fournies quant à ma participation à ce projet. 		
<ul style="list-style-type: none"> Je comprends que ma participation sera confidentielle et que tout renseignement pouvant m'identifier sera retiré. Je comprends aussi que toutes les données resteront confidentielles et seront détruites un an après l'approbation de ma thèse de doctorat. 		
<ul style="list-style-type: none"> Je consens librement à prendre part à cette étude, que je peux me retirer en tout temps sans donner de raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence négative d'une façon ou d'une autre. 		
<ul style="list-style-type: none"> J'ai été mis au courant que l'information sera utilisée aux fins de publications scientifiques sans que ma participation ne soit identifiable J'ai l'assurance de la chercheuse responsable qu'elle s'engage à préserver la confidentialité des données et l'anonymat en tout moment. 		

- Nom du participant (en lettres moulées) : _____

Signature du participant

Date

- Nom de la chercheuse: MONTSE GUILLAUMET OLIVES

Signature de la chercheuse

Date

* Le masculin est utilisé pour fins d'allègement du texte.



ةقف او مل ا ريرقت

يفش تس ماب هب ى ن ت عمل ا ةبرجت . ةس اردل ا نا ون ع
ةي بورال ةدحول ا جراخ نم نيرج امل ا روض نم ب

س يبل ا ي مويك ي صنوم ةث ح ابل ا

ال	معن	عيقوت ةقيثول ا هذه ةي اهن يف يل ين عي :
		ةقف ا رمل ا تامول عمل ا نم ةخسن ىل ع تلصحو ت ارق دقل ، ةل ىس ا ل حرطل ةص رفل ا يل تحيت ا دقل . تم هف يتل او نم ديزم لو ا ح يضوتل س بل و ا ي مويك ي صنم ىل ع ةس اردل ا لوح تامول عمل ا
		يتل ا تابا ج ا ل او تاري س فتل او تاح يضوتل ا ىل ع ضار ان ا هذه يف يتكراشم ب قل عتي ام يف ث ح ابل ا يل ح انا ةس اردل ا
		ال من او ةيرس نوكتس يتكراشم ن ا مهف ا ان ا عي م ج ن ا اضي ا مهف او . يل فرعتل ا نكمي تان اي ب دجوت ةل اسرل ا ةءارق نم ماع دعب ترم دو ةيرس نوكتس تان اي بل ا
		ك رت ش ا ن ا ب بس ن ا ين نكمي بحسن ا . ةس اردل ا هذه نم ا ةان اع م وا ةيل ووؤسم بب ءادب ا نودو ارح الكارتش ا ي ا ب يل ةبسن ل ا ب دوع يال ةي بل س ةجيتن وا
		هذه نم ةدمتس مل ا تامول عمل ا مدختست فوس مل ع ا ن ا نكمي ال نكلو ، ةي مل عل ا تاروشن مل ا يف ةس اردل ا ظاف حل ا ىل ع ث ح ابل ا مزتل ي و . ي عضو و ا يتي وهدي دحت عي م ج يف هتي وه نع فش كل ا مدعو ةقل طمل ا ةيرس ل ا ىل ع .. تاقو ا ل ا

م س ال ----- خيراتل ا -----
ءاض مال ا -----

