



## El Estudio de casos, UN INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE EN LA RELACIÓN DE CUIDADO

Aintzane ORKAIZAGIRRE GÓMARA,<sup>1,2</sup> Manuel AMEZCUA,<sup>2,4</sup>  
Isabel HUÉRCANOS ESPARZA,<sup>2,5,6</sup> Almudena ARROYO RODRÍGUEZ<sup>7</sup>

### Resumen Abstract

La Relación de Cuidado es considerada como un proceso de atención integral que incluye los aspectos físicos, emocionales, comunicativos y espirituales que se sustenta en la individualización de los cuidados cuyos ejes principales son la construcción de una relación de confianza y seguridad y el fomento de la autonomía de la persona. El Estudio de casos es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y débiles de la Relación de Cuidado establecida por la enfermera y plantear soluciones y estrategias para mejorarla. Con este trabajo pretendemos mostrar las potencialidades del Estudio de casos como instrumento para aprender y visibilizar la Relación de Cuidado, de manera que pueda ser utilizado tanto para comunicar experiencias obtenidas en la práctica clínica, como para el adiestramiento del estudiante en ciclos de grado y posgrado.

Palabras clave: Relación enfermera-paciente. Relación de Cuidado. Enfermería Holística. Educación en Enfermería. Investigación en Enfermería. Investigación Cualitativa. Estudio de Casos.

### CASE STUDY, A LEARNING TOOL OF RELATIONSHIP-BASED CARE

Relationship-Based Care is considered as an integral process of caring which includes physical, emotional, communicative and spiritual aspects. It is based on the individualization of care and it requires a relationship of trust, security and promoting personal autonomy. We propose the Case study as a method for analyzing different clinical situations through which we can identify strengths and weaknesses of the relationship established by the nurse and raise solutions and strategies to improve it. The Case study is a useful method to analyze different clinical situations, to identify strengths and weaknesses of the Relationship-Based Care established by the nurse and propose solutions and strategies to improve it. This paper expects to show the potentiality of the Case study as a tool to learn and make visible the Relationship-Based Care, so it can be used to communicate experiences obtained in clinical practice as well as a tool in Bachelor and postgraduate training.

Keywords: Nurse Patient Relations. Holistic Nursing. Nursing Education. Nursing Care. Nursing Methodology Research. Nursing Education Research. Case study.

<sup>1</sup>Departamento II de Enfermería, E.U. de Enfermería, Universidad del País Vasco. Donostia-San Sebastián, España. <sup>2</sup>Grupo de Investigación Aurora Mas (A.MAS), Comunidad de Aragón, Zaragoza, España. <sup>3</sup>Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España. <sup>4</sup>Fundación Index, Granada, España. <sup>5</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España. <sup>6</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge. Villanueva de Gállego, Zaragoza, España. <sup>7</sup>Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Sevilla, España

CORRESPONDENCIA: Aintzane Orkaizagirre Gómara. E.U. Enfermería de Donostia-San Sebastián (UPV/EHU). Paseo Dr Begiristain 105, Donostia-San Sebastián 20014, España  
aintzane.orkaizagirre@ehu.es

Manuscrito recibido el 16.02.2013  
Manuscrito aceptado el 26.04.2014

Index Enferm (Gran) 2014; 23(4):244-249

# METODOLOGÍA CUALITATIVA

## Introducción

Nos encontramos en un sistema sanitario que permanece anclado en el paradigma biomédico. Una forma de contribuir en la transición de la práctica enfermera hacia un paradigma más holístico cuyo objetivo sea situar al paciente en el centro de la atención y que promueva cuidados individualizados que atiendan las necesidades particulares de cada persona, es considerar y promover al mismo nivel los cuidados dirigidos al plano físico, emocional, social y espiritual de la persona, incluyendo los Cuidados Invisibles.

En palabras de Isabel Huércanos et al., “cuando hablamos de Cuidado Invisible, nos referimos a aquellas acciones profesionales y autónomas de cuidado enfermero que en su mayoría resultan intangibles pero que contribuyen al bienestar y mejoría de las personas tanto o más que las acciones técnicas y delegadas dirigidas al plano únicamente físico de la persona. El fenómeno del Cuidado Invisible consideramos que está compuesto por las siguientes dimensiones de cuidado: Fomento del autocuidado, relación de confianza/seguridad, apoyo emocional, tacto/escucha, confort, ética, respeto y presencia cuidadora”.<sup>1</sup> Estos cuidados integrales se desarrollan en una relación enfermera-paciente acorde a su definición. Para ello, proponemos la Relación de Cuidado como medio para ofrecer una atención integral con el fin de alcanzar el bienestar de la persona.

Con este trabajo pretendemos mostrar las potencialidades del Estudio de casos como un instrumento que nos facilite el aprendizaje de la Relación de Cuidado y nos permita hacerla visible, resultando una herramienta útil tanto para comunicar experiencias de la práctica asistencial, como para la instrucción de estudiantes de grado y posgrado.

## La Relación de Cuidado

La Relación de Cuidado es la relación enfermera-paciente que ofrece unos cuidados enfermeros personalizados y de gran calidad a la persona y su familia, abarcando todas sus dimensiones. El objetivo principal de esta relación es la promoción de la salud, el aumento del bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, con lo que se favorece su empoderamiento y participación activa en el proceso salud-enfermedad. La enfermera sustenta esta relación en el desarrollo del confort, la confianza, la seguridad, la serenidad y el

fomento de la autonomía hacia la persona cuidada, para lo cual también es necesario mantener una actitud de respeto, afecto y cuidado de la privacidad y de la intimidad (Grupo de Investigación A.MAS. Cuidados Invisibles. En: Seminario en Zaragoza; 10 de Junio de 2013). Al respecto, Waldow también destaca el respeto incondicional, el no enjuiciamiento, la privacidad, la gentileza, la amabilidad, la responsabilidad, la disponibilidad, la intimidad, el ofrecimiento de apoyo y confort, entre otros.<sup>2</sup>

La valoración y el cuidado apropiado de las necesidades implican la adquisición de conocimientos sobre cuidados integrales, así como formación y experiencia para adaptar éstos a las necesidades específicas de cada paciente.<sup>3</sup> Aunque las enfermeras tengan una mayor base teórica en cuidados físicos, es posible desenvolverse adecuadamente en el manejo de unos cuidados holísticos mediante su aprendizaje y la interiorización de valores y actitudes que guíen la práctica, que además se verá enriquecida con el estudio y la reflexión continua.<sup>4</sup> La destreza en el manejo de la interacción con el paciente se logra mediante el dominio de las técnicas de comunicación. La comprensión y desarrollo de la propia Relación de Cuidado se puede reaprender y refinar a través del pensamiento crítico, la intuición y la experiencia.

A diferencia de otro tipo de relaciones también beneficiosas en el medio sanitario, ésta es la única relación que se fundamenta en los cuidados integrales enfermeros. De esta forma, consideramos como instrumentos útiles tanto la relación de ayuda como la relación terapéutica, que podemos utilizar dentro de la Relación de Cuidado, pero que no son propiamente enfermeras ni tienen un enfoque ni un objetivo enfermero, por lo que no deberíamos basar la relación enfermera-paciente únicamente en ellas.

Sin embargo, contamos con ciertas dificultades para desarrollar un modelo de Relación de Cuidado, considerando la amplitud de su definición, su carácter individualizado y la complejidad que acarrea su desarrollo y mantenimiento. La interacción enfermera-paciente está influenciada por la relación que la propia enfermera mantenga con el equipo de trabajo, con el núcleo paciente-familia y con la comunidad; es preciso que sepamos reconocer, valorar y manejar dicha interacción.<sup>5</sup>

## La práctica de la Enfermería reflexiva

Dentro de la Relación de Cuidado, la enfermera interactúa con el paciente incor-

porando diversas técnicas, algunas de ellas invasivas, con cuidados psicosociales y espirituales, además de actividades educativas.<sup>5</sup> Una relación exitosa y un trabajo eficaz requieren que la enfermera cree un entorno terapéutico donde se cuiden y se respeten la dignidad e integridad del paciente y su familia y se interese por los deseos y conocimientos previos de la persona cuidada para partir de ellos desde el respeto y fomentar la colaboración y participación activa, la promoción de la salud y la prevención del estrés en el proceso de salud o enfermedad en función de sus expectativas.<sup>6</sup>

Es transcendental construir esta relación adecuadamente desde el principio, sustentándola en la confianza, seguridad y autonomía del paciente para que durante el proceso resulte beneficiosa tanto para él como para la enfermera. Para ello, resulta imprescindible la toma de conciencia de la enfermera como cuidadora de otras personas y de sí misma. La enfermera debe desarrollar autocuidados a nivel personal para después cuidar a otros y promocionar en ellos la salud y la conciencia personal. La reflexión sobre las propias experiencias, la práctica realizada, la observación de las personas atendidas y la confrontación con vivencias de otras personas favorecen el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos del individuo en conflicto. De esta forma, la integración de los autocuidados, la responsabilidad y la reflexión ayudan a la enfermera a comprender al paciente como una persona compleja que está en relación con su red social y familiar.<sup>6</sup>

La reflexión sobre la práctica diaria es un continuo durante el ejercicio profesional que facilita identificar áreas susceptibles de mejora, aprendizaje o investigación. Cuidando y acompañando se aprende de las vivencias de las personas que se enfrentan a los retos que les deparan la salud y la enfermedad, las crisis y las pérdidas, lo que facilita la reflexión profunda y el crecimiento personal.<sup>7</sup> Aunque debemos tener en cuenta que el grado de autoconocimiento, desarrollo y madurez que tenga la enfermera va a influir en su capacidad de obtención de resultados terapéuticos para el paciente y de autoconocimiento de ella misma.<sup>7</sup>

## El Estudio de casos y sus utilidades

El método del Estudio de casos es un tipo de investigación que goza de una importante tradición en las Ciencias Socia-

# METODOLOGÍA CUALITATIVA

les, pero que al situarse entre los diseños cualitativos no ha encontrado su espacio en la investigación en salud hasta tiempos más recientes, coincidiendo con el creciente interés por esta metodología.<sup>8</sup> El Estudio de casos consiste básicamente en referir una situación real tomada en su contexto y en analizarla para ver cómo se manifiestan y evolucionan los fenómenos por los que está interesado el investigador.<sup>9</sup> El caso es relevante en función de su potencial para explicar un fenómeno más general, donde el peso del contexto es determinante. Esta es la razón por la que tiene un especial interés en el campo de la Enfermería, ya que uno de los elementos que integran el metaparadigma enfermero es el entorno y sus afectaciones en el proceso salud-enfermedad.<sup>10</sup>

Así pues, aunque nuestra propuesta sitúa el Estudio de casos en el contexto asistencial, no ha de confundirse con el Caso clínico convencional, que suele ocupar una sección específica en las revistas científicas. En el Estudio de casos lo que marca la diferencia es la mirada fenomenológica (explorar la singularidad para comprender la complejidad), el caso presenta un interés secundario frente a la posibilidad de teorizar sobre situaciones más generales que nos ayudan a comprender la complejidad y la singularidad del cuidado en la práctica profesional. Por ello, el caso necesita ser estudiado de manera intensa y profunda, como un “sistema acotado” por los límites de nuestro objeto de estudio, pero a la vez expandido en el contexto donde tiene lugar, siendo ésta una de las particularidades del Estudio de casos.<sup>11</sup> Cualquier objeto de naturaleza social o cultural puede *construirse* como un caso:<sup>12</sup> fenómenos como la cronicidad o la dependencia, objetos observables como una unidad hospitalaria, un grupo de autoayuda o un aula, e incluso relaciones causales, como la percepción de bienestar ante una intervención de apoyo a cuidadores, por mencionar solo algunos ejemplos.

Es indudable el interés que el Estudio de casos tiene para la disciplina enfermera, pues permite la reflexión y el análisis sobre situaciones complejas clínicas o relacionales que podemos utilizar como fuente de aprendizaje y de propuestas de mejora que redunden positivamente en la atención ofrecida al paciente. En este sentido, nuestra propuesta enfatiza la utilización del Estudio de casos en dos escenarios complementarios de gran trascendencia para la generación de conocimiento aplicado y su transferencia: el ámbito clínico y el ámbito

docente.

a) En el *ámbito clínico*, los casos permiten observar situaciones reales sucedidas en la práctica, lo que facilita el análisis de las acciones, procedimientos, actitudes, conocimientos y habilidades desarrolladas o aplicadas en la atención sanitaria, y así poder plantear intervenciones y estrategias para mejorarla. Proponemos el Estudio de casos como método a través del cual podemos estudiar un caso real extraído de la práctica asistencial tras reconstruirlo. Este método nos permite analizar las experiencias vividas y articularlas con la teoría, para posteriormente volver a aplicarlas en la práctica. La reconstrucción del caso puede ser minuciosa, hasta el punto de reflejar la comunicación verbal y no verbal de los participantes en el caso para su posterior análisis, o más superficial y describir solo las acciones sucedidas. La elección dependerá de dónde situemos el foco de estudio.

Cada situación que sucede en la práctica asistencial es única e irrepetible ya que los participantes parten de unos conocimientos, experiencias, habilidades y emociones en un contexto concreto que no se volverá a dar. Esto permite apreciar cómo es la construcción de cada situación de cuidado a partir de los sentimientos, actitudes, valores y conocimientos de cada persona, ya que se observan a todos los individuos que toman parte en la situación (por ejemplo: paciente, enfermera, familiar, cuidador principal, etc.) y que igualmente son seres únicos y complejos.

b) En el *ámbito docente*, el Estudio de casos tiene unas indudables potencialidades como método pedagógico, pues incorpora en el alumnado diversidad de competencias, tanto en el trabajo clínico-asistencial (observación, juicio clínico y otras en gestión de cuidados), como en el desarrollo del trabajo intelectual (capacidad descriptiva, análisis-síntesis, pensamiento crítico, manejo de teorías, búsquedas bibliográficas, técnicas de investigación, comunicación científica, etc.). Por ello, el Estudio de casos es un diseño de especial utilidad como opción para el alumnado en las prácticas de determinadas asignaturas o como Trabajo de Fin de Grado o Posgrado.

Cuando, de manera tutorizada, el estudiante aborda un caso en el que interviene la enfermera responsable del proceso asistencial del paciente, en el desarrollo del mismo, se hace partícipe de la experiencia de esa persona que se está enfrentando a los conflictos de la práctica asistencial con

todo su bagaje profesional y personal. Según Esteve, “el caso nos muestra como otros han construido una situación, construcción que depende de sus sistemas apreciativos, sentimientos, valores y conocimientos. Todo ello es conocimiento experiencial enormemente útil para la futura enfermera”.<sup>13</sup> A lo que Schön añade: “Un profesional en acción se acerca al problema que ha de resolver como un caso único, de tal manera que el contexto en el que ha de desenvolverse es percibido como una situación particular, con características únicas, cambiantes, inciertas y ambiguas”.<sup>14</sup> Desde esta perspectiva, un caso podemos analizarlo en un momento dado y reanalizarlo más adelante de nuevo, contando con que el investigador, en este caso el estudiante, como persona única y cambiante, también habrá adquirido nuevos conocimientos, nuevas destrezas y habilidades y quizás todos estos factores y sus emociones le lleven a reflexionar sobre el caso de una forma nueva cada vez.

Además, el Estudio de casos se considera básico para la formación de profesionales reflexivos porque fomenta la capacidad de resolver problemas mediante pensamiento crítico, potencia el diálogo entre profesionales y estudiantes, se comparten formas de comprensión y se permite reconstruir significados.<sup>15</sup> De esta forma, el investigador incorpora el aprendizaje experiencial y reflexivo al estudio, favoreciendo que los estudiantes de Enfermería y enfermeras se familiaricen con la reflexión sobre la práctica, identifiquen más fácilmente los focos asistenciales conflictivos y se decidan a revisarlos para ofrecer una mejor atención, recurriendo a la teoría para aplicarla en la acción. Esto resulta ser especialmente interesante para el aprendizaje del alumnado, ya que la dificultad que supone articular la teoría con la práctica suele ser un motivo de queja habitual por su parte. Por ello, es una herramienta a tener en cuenta para fomentar el pensamiento crítico y reflexivo, tanto de estudiantes como de enfermeras.

## Los componentes del Estudio de casos

Como toda investigación, el Estudio de casos necesita de unos componentes para poder llevarse a cabo y es al integrarlos cuando surge el potencial explicativo del estudio. Naturalmente nosotros los vamos a situar en escenarios donde se da intensamente la Relación de Cuidado, de manera que la enfermera o el estudiante de Enfermería puedan reflexionar sobre su práctica

# METODOLOGÍA CUALITATIVA

e identificar si sus acciones favorecen el bienestar de la persona, además de tomar conciencia sobre la gestión de esos cuidados. Los componentes son tres:

1. El *Marco teórico*. El investigador deberá posicionarse en el referencial teórico acorde con el análisis que posteriormente realice. Si el anclaje teórico del estudio es sólido, el caso escapará a la crítica sobre la supuesta subjetividad del investigador ante su elección o sobre el componente anecdótico que pudiera tener. En la Enfermería hay un amplio espectro de teorías de mediano rango pero con una gran capacidad explicativa sobre la práctica clínica,<sup>16</sup> además de los numerosos referenciales teóricos que desde la Filosofía o desde las Ciencias Sociales tienen capacidad de generar modelos explicativos en la investigación en salud. Por otra parte, el marco teórico forma parte de la mochila intelectual que el investigador deberá desvelar para garantizar el rigor de su estudio.<sup>17</sup>

2. El *Caso*, en su contexto. Se trata de la unidad de análisis, que puede ser una persona, una familia, una asociación de pacientes, una unidad clínica, una comunidad, etc. Cuando se refiere a grupos sociales, estos han de tener una identidad antropológica, en el sentido de que no pueden ser una mera suma de individualidades, como ocurre en los estudios convencionales, sino que han de compartir un espacio y una historia de interrelación. Pero también puede ser un individuo, elegido entre otros individuos por el potencial de su historia para ilustrar el fenómeno a estudiar. La descripción de la vivencia del informante o de la situación observada ha de completarse con la descripción del entorno en el que sucede el caso, pudiendo ser de interés abordar aspectos como los discursos de las personas, sus relaciones, las conductas y comportamientos, la ocupación del espacio, la sucesión de los acontecimientos, el discurrir del tiempo en situaciones ordinarias y extraordinarias, la utilización de objetos, etc.<sup>18</sup>

Como nuestra propuesta está orientada particularmente al escenario clínico-asistencial, será importante considerar la valoración de las necesidades humanas, la planeación de cuidados desde una perspectiva holística, considerando las necesidades psicológicas, emocionales, espirituales y sociales; el establecimiento de objetivos (gestión de emociones, fomento del autocuidado, educativos, etc.) considerando las creencias de la persona, etc. Pero como en

cualquier otro estudio cualitativo, la descripción del caso ha de involucrar necesariamente la experiencia y percepciones del investigador, en la medida en que sean significativas para comprender el fenómeno estudiado. Particularmente interesa detallar la interacción enfermera-paciente, así como aspectos de la comunicación verbal y no verbal.

3. El *Análisis*. El planteamiento es establecer un diálogo entre lo sucedido (la descripción del caso) y lo recomendado por la teoría (marco teórico), lo que orientará la identificación de estrategias, soluciones o propuestas de mejora desde la práctica asistencial. Como se trata de una interpretación del caso en su contexto, el procedimiento se desarrolla desde dos planos complementarios. El primero es en realidad un microanálisis que se centra en categorizar el caso, a partir de las temáticas insertas en la descripción del mismo, que sirven para identificar los conceptos y proposiciones que nos permitirán explicarlo.<sup>19</sup> El segundo recupera la visión de conjunto e intenta contextualizarlo en el marco del modelo teórico elegido, incorporando la autorreflexión crítica (influencias del investigador en el escenario, de los propios supuestos teóricos, etc.).<sup>19</sup> El análisis culmina con la formulación de conclusiones, que han de responder a la pregunta sugerida por el marco teórico e inducir acciones dirigidas a la práctica.

## Estructura del Estudio de casos para publicación

Lo que presentamos a continuación es una propuesta de estructuración del Estudio de casos para darle forma de artículo susceptible de publicarse en una revista científica. En este sentido adoptamos y adaptamos los ingredientes de una forma de comunicación que se basa en los principios de claridad, concisión y corrección.<sup>20</sup> Sin embargo, cuando el Estudio de casos se realiza como memoria de trabajo académico, que ha de ser defendida ante un tribunal, el estilo tenderá a expandirse, incorporando numeroso material accesorio, adaptándolo a las especificaciones exigidas en cada caso. Parafraseando a Wolcott, el estudiante hará lo que tenga que hacer.<sup>17</sup>

Como todo artículo científico, el Estudio de casos se estructura sobre dos grandes apartados: los datos preliminares, que tienen la función de presentación del trabajo y también de facilitar su tratamiento documental; y el cuerpo del artículo, que

contiene la descripción de la investigación de una manera estructurada (ver Tabla 1). Dadas las limitaciones de espacio, nos detendremos en las tres secciones más específicas del Estudio de casos, a sabidas de que el resto ha de adaptarse al estilo esperado en la comunicación científica.<sup>20</sup>

a) *Introducción*. Se trata de conceptualizar el problema de investigación, explicando su importancia y la perspectiva desde donde se aborda. Al menos debería contener los siguientes elementos:

-*Justificación del caso*, explicando la razón de su elección, que ha de estar en consonancia con el problema o fenómeno que pretende ilustrar. En este apartado se espera una descripción detallada del problema de estudio y sus implicaciones para el campo de los cuidados. Para defender su importancia puede ser de interés aportar datos sobre morbi-mortalidad, ritmo de crecimiento, consecuencias de una no intervención, etc.

-*Antecedentes bibliográficos y lagunas de conocimiento*, reconociendo de forma crítica las contribuciones de estudios previos publicados que puedan utilizarse como referentes para establecer comparaciones y, consecuentemente, identificando los aspectos novedosos que el caso pueda contribuir a aclarar.

-*Marco teórico*, expresado en términos del convencimiento teórico que ha llevado al investigador a plantear el caso. El marco teórico anticipa el resultado esperado y a menudo puede formularse en una sola frase ("Este caso se plantea desde el convencimiento de que el escaso reconocimiento del cuidado familiar está socialmente determinado por la obligatoriedad moral de la mujer como cuidadora"). La perspectiva teórica puede completarse con el apoyo de teorías de rango superior que expandan la comprensión del fenómeno de estudio (en el caso anterior, las teorías sobre género).

-*Objetivo* que se persigue con la publicación del caso, que obviamente está en consonancia con el deseo de responder a la pregunta de investigación planteada en su momento.

b) *Descripción del caso*. De forma narrativa, se presentará el caso de manera exhaustiva y detallada. Se ha de presentar la persona participante o la situación estudiada, mostrando información sobre la selección, el contacto, los instrumentos utilizados, las cuestiones éticas, etc. A pesar de que algunos participantes no tendrían inconveniente en desvelar su identidad el investigador

# METODOLOGÍA CUALITATIVA

debe preservarla, así como la de otras personas o entidades que pudieran aparecer en el relato del informante.

Se espera una descripción densa, aportando datos suficientes obtenidos a través de entrevistas y de la observación para ilustrar la discusión y sostener las conclusiones. De especial importancia es la descripción del contexto, incorporando detalles suficientes para una comprensión adecuada del caso (dimensión espacial, temporal, interacción, etc.). Se narrará en tercera persona, salvo aquellos detalles que involucren directamente al investigador, que podrán narrarse en primera persona.

La descripción puede ayudarse de información complementaria en forma de cuadros, diagramas, u otro tipo de ilustraciones, haciendo llamadas desde el texto. Por ejemplo, puede ser interesante aportar el plan de cuidados implementado a un paciente según taxonomías NANDA-NIC-NOC, pero ha de procurarse no interrumpir la narración del caso con una información tan densa y estructurada, siendo preferible colocarlo en forma de anexo.

La narrativa del caso puede adoptar un estilo netamente descriptivo, limitándose a exponer los datos de una manera pulcra, estricta y exacta. Otros investigadores prefieren enriquecer la descripción utilizando recursos retóricos (símil o comparación, analogía, repetición, etc.) que otorgan un gran poder narrativo, asemejando textos literarios, con la salvedad de que todo lo narrado es real, no hay nada inventado. Los recursos narrativos pueden ser idóneos para la descripción de las relaciones interpersonales, la anotación de sentimientos y emociones observados, y en general para “deshacer el nudo de la subjetividad humana”. En todo caso, la elección del estilo estará en consonancia con las preferencias del investigador y sus competencias narrativas.

c) **Discusión.** La palabra clave es “significado”. Se trata de mostrar las relaciones entre los hechos narrados en la descripción del caso, interpretándolos para el lector.<sup>20</sup> La Discusión supone una transición desde el análisis del caso hasta la síntesis del conocimiento expresado en forma de conclusiones. Entre los componentes de la Discusión se pueden considerar: destacar los hallazgos más relevantes del caso, en términos de las categorías de análisis que emergieron

**Tabla 1.** Estructura del Estudio de casos

DATOS PRELIMINARES	
1. Título	En 15 palabras que describan el contenido del artículo de una forma clara, concisa y correcta (aprovechar el poder evocador de la narrativa del caso).
2. Autoría	Hasta un máximo de 6 autores según el orden de importancia de su contribución en el Estudio de casos.
3. Filiación institucional	Identificar la institución donde se realizó el estudio con todos los datos que permitan la correspondencia a otros autores e instituciones (al menos una dirección de e-mail del autor responsable).
4. Resumen	Preferiblemente estructurado, entre 150 y 300 palabras, que identifique el contenido básico del artículo.
5. Palabras clave	Entre 3-7 descriptores, obtenidos de lenguajes controlados (DeCS, MeSH).
CUERPO DEL ARTÍCULO	
6. Introducción	Conceptualizar el problema de investigación, explicando su importancia y la perspectiva desde donde se aborda: Justificación del caso, Antecedentes bibliográficos y lagunas de conocimiento, Marco teórico, Objetivo.
7. Descripción del caso	Narrativa exhaustiva y detallada en la que se presenta el informante participante o la situación estudiada (selección, contacto, instrumentos utilizados, las cuestiones éticas, etc.), y se muestran los resultados de las entrevistas y la observación, así como del contexto (dimensión espacial, temporal, interacción, etc.).
8. Discusión	Exponer: hallazgos más relevantes del caso (categorías de análisis), comparaciones con otros estudios, limitaciones contextualizando y relativizando, posibilidades de transferencia, consecuencias teóricas, nuevas preguntas, etc. Conclusiones del caso: respuesta a la pregunta de investigación e implicaciones para la práctica clínica.
9. Bibliografía	Enumerar las referencias según orden de mención en el texto y solo obras: publicadas, importantes y recientes.
10. Anexos	Información relevante que por su extensión o configuración no encuadre dentro del texto (Ej.: plan de cuidados según taxonomías NANDA-NIC-NOC, transcripciones de entrevistas, etc.).

del mismo; establecer comparaciones con otros hallazgos contenidos en la literatura científica; señalar las limitaciones y dificultades encontradas en la gestión del caso, contextualizando, relativizando, incluso exponiendo las medidas adoptadas para garantizar el rigor; determinar las posibilidades de transferencia del conocimiento hacia otros contextos o hacia otras poblaciones; señalando consecuencias teóricas; estableciendo nuevas preguntas, etc. La Discusión finaliza expresando las conclusiones del caso, respondiendo a la pregunta de investigación y sugiriendo, en forma de recomendaciones, las implicaciones para la práctica clínica.

Acorde con el estilo, para algunos no tanto trasgresor, de los informes cualitativos, merece la pena destacar también algunos otros aspectos de otras secciones. Con frecuencia observamos que los investigadores tienden a titular los casos de manera efectista, elevando a la categoría de título una expresión elocuente obtenida del discurso de los participantes, que sintetiza la línea argumental del caso (Ej.: "Cuando la

familia lo vive, las palabras sobran. El modelo de cuidados compartidos en la fase terminal del paciente crítico"). En este sentido puede ser de interés conocer las recomendaciones ya publicadas para el Relato Biográfico.<sup>21</sup> En cuanto al resumen, se aconseja de tipo narrativo, en lugar de estructurado, de no más de 250 palabras, con al menos el siguiente contenido: temática general del estudio, descripción breve del caso, categorías de análisis, y conclusión principal.

## Consideraciones finales

El Estudio de casos es un método de investigación cualitativa que resulta de especial utilidad para la comunidad enfermera, principalmente porque contribuye a hacer visible los cuidados humanizados y holísticos. En primer lugar, favorece la actitud reflexiva e indagadora sobre situaciones problemáticas en la práctica y favorece la conciencia de la complejidad, la unicidad y la singularidad del cuidado y su relación con las consecuencias que suponen en quien lo recibe.

En segundo lugar, conscientes de que los conocimientos sobre los aspectos biofisiológicos y la destreza en los procedimientos técnicos están muy integrados en la comunidad enfermera, consideramos que es un método útil para explicitar e incorporar los Cuidados Invisibles y así favorecer los cuidados integrales y la atención enfermera de calidad. De esta forma, en los casos que se analicen se pueden detectar situaciones en las que se hayan realizado unos cuidados integrales y personalizados y otras en las que haya una omisión de los mismos, por lo que habrá que proponer estrategias de mejora según proceda.

Por último, no se nos escapa el potencial que el Estudio de casos tiene para transferir conocimiento en entornos de aprendizaje. La combinación de competencias clínicas y de trabajo intelectual que activa durante su planeación, ejecución y publicación, le convierten en un diseño a tener en cuenta como componente pedagógico en ciclos de grado y posgrado.

## Bibliografía

- Huércanos Esparza, Isabel; Anguas Gracia, Ana; Martínez Lozano, Francisca. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Tesela* 2012; 11. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela-ts11/ts1106.php>

[acceso: 11/07/2014].

2. Waldow, Vera Regina. Cuidar: expresión humanizadora. México: Palabra, 2008.
3. Benner, Patricia. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. New Jersey: Prentice Hall Health; 2001, commemor. ed.
4. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. Index de Enfermería 2013; 22(3):124-126.
5. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. La relación de Cuidado. Paraninfo Digital 2013; 18. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n18/v004.php> [acceso: 29/06/2014].
6. Dossey, Barbara Montgomery; Keegan, Lynn. Holistic Nursing. A Handbook for Practice. Burlington: American Holistic Nurses Association, 2008 (5ª ed.).
7. Zamarrá San Joaquín, María Pilar. El valor de la visión holística para la enfermería en el alivio del sufrimiento. Educare21 2007; 37. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/> [acceso: 26/07/2013].
8. Amezcua, Manuel; Carricondo Guirao, Antonia. Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. Index de Enfermería 2000; 28-29:26-34.
9. Mucchielli, Alex. Diccionario de Métodos Cualitativos en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis, 2001; pp. 102-6.
10. Kérouac, Suzane; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquette, André; Major, Francine. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 2007 (4ª reimpr.).
11. Muñoz P, Muñoz I. Intervención en la familia: estudio de casos. En Pérez Serrano P (coord.). Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Madrid: Narcea: 2001; 224.
12. Coller, Xavier. Estudio de casos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Cuadernos Metodológicos nº 30, 2000; p. 29.
13. Esteve JM. El concepto de Educación y su red nomológica. En A.A.VV. (comp.). Teoría de la Educación. Madrid: Anaya, 1979; 11-25.
14. Schön, Donald A. La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós, 2008.
15. Medina, José Luis. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes psicopedagogía, 1999; 249-250.
16. Marriner Tomey, Ann; Raile Alligood, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier Science, 2008.
17. Wolcott, Harry F. Writing Up Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage, 2009 (3ª ed.).
18. Amezcua, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la Observación Participante. Index de Enfermería, 2000; IX(30):30-35.
19. Amezcua, Manuel; Gálvez Toro, Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española de Salud Pública, 2002; 5(76): 423-436.
20. Day, Robert. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
21. Martín Muñoz, Begoña; Gálvez González, María; Amezcua, Manuel. Cómo estructurar y redactar un Relato Biográfico para publicación. Index de Enfermería 2013; 22(1-2): 83-88.

MISCELÁNEA

## Cartas al Director

## ¿Por qué no evalúan lo que producimos las enfermeras?

**Sr. Director:** Me ha llamado la atención la afirmación que aparece en DEGRA sobre el compromiso de “Defender los procesos naturales de generación de conocimiento enfermero y su puesta en valor para que pueda ser transferido a la práctica profesional en el menor tiempo posible”.<sup>1</sup> Está claro que la Declaración de Granada sobre Conocimiento Enfermero no ha sido tenida en cuenta por las autoridades chilenas. En mi país los artículos de Enfermería solo son valorados si son publicados en los repertorios JCR de Thompson-ISI, donde no existen revistas de enfermería chilenas ni de otros muchos países de habla hispana. Las profesoras de Enfermería inculcan en las egresadas con vocación docente e investigadora<sup>2</sup> la necesidad de publicar en inglés y en revistas con alto Factor de Impacto (FI), aunque eso suponga renunciar a publicar en revistas enfermeras para hacerlo en otras disciplinas mejor posicionadas. Ellas no tuvieron que hacerlo. Tampoco consideran las dificultades que las enfermeras clínicas están teniendo para acceder a ese conocimiento.

Esto ocasiona que en mi país se esté dando el fenómeno que Amezcua calificó de *Papiro-latría*,<sup>3</sup> donde el mérito en papel vale más que la competencia profesional. Lamentablemente el Factor de Impacto-JCR ni garantiza la calidad de los trabajos ni su utilidad práctica.<sup>4</sup> En profesiones tan aplicadas como la Enfermería hace mucho daño porque debilita el conocimiento en lugares no representados como es Chile.

Lo que resulta extraño es que nuestras autoridades académicas no utilicen repertorios alternativos, como es el caso de Cuiden Citación, único especializado en Enfermería, a pesar de informar del impacto bibliométrico de las revistas enfermeras iberoamericanas desde el año 1993.<sup>5</sup> Cuiden es en la actualidad la base de datos más consultada por las enfermeras iberoamericanas,<sup>6</sup> pero en los estudios de Enfermería en Chile apenas si se menciona, como tampoco se enseña la importante actividad que el GED de la Fundación Index realiza para difundir el conocimiento enfermero.<sup>7</sup>

Esto no ocurre en otros países como Brasil, donde las propias enfermeras definen los criterios de evaluación de sus publicaciones (CAPES), y donde tienen en cuenta todo recurso útil para clasificar el conocimiento que producen las enfermeras brasileñas, entre ellos Cuiden Citación.<sup>8</sup> Mientras las enfermeras chilenas somos penalizadas por publicar en revistas de enfermería chilenas o en nuestra lengua, las brasileñas son incentivadas a hacerlo, siempre que aparezcan bien posicionadas en Cuiden Citación y otros repertorios. La enfermería brasileña tiene hoy una mayor repercusión que la chilena y de otros países que utilizan criterios de evaluación tan restrictivos para la profesión enfermera. Esto debería hacernos reflexionar y modificar una actitud incoherente con nuestros intereses como profesión, que según se nos inculca cuando estudiamos Enfermería aspiramos al mayor logro de autonomía profesional.

Por el bien de la Enfermería iberoamericana y de los ciudadanos a los que atendemos, sería deseable que nuestras autoridades académicas suscribieran los principios de DEGRA, ya que con ello se promovería la principal función del conocimiento: “Generen sistemas de evaluación contextualizados e incluyentes, que valoren en su justa medida el compromiso social del conocimiento enfermero, evitando penalizarlo en función de los mecanismos y el idioma que utilice para su difusión, o del contexto cultural donde se desarrolle”.<sup>1</sup>

Nerea MARTÍNEZ VÁSQUEZ

Joven Investigadora. Santiago de Chile, Chile

Correspondencia: calonsolorente@yahoo.es

## Bibliografía

1. Reina Leal LM; Amezcua M; Red Internacional de Centros Colaboradores de la Fundación Index. Comentarios a DEGRA. Declaración de Granada sobre Conocimiento Enfermero. Index de Enfermería 2013; 22(4): 246-247.
2. Hernández Zambrano SM. Formación de espíritus científicos en Enfermería: gestando líderes de una transformación necesaria. Index de Enfermería 2014; 23(3): 121-123.
3. Amezcua M. Papirolatría: Cuando el papel vale más que el talento. ENE. Revista de Enfermería. Dic. 2013; 7(1). Disponible en [http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/375/pdf\\_21](http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/375/pdf_21) [acceso 18/6/2014].
4. Amezcua M. ¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista? Index de Enfermería. 2010; 19(2-3): 83-87.
5. Gálvez Toro A; Amezcua M; Hueso Montoro C. CUIDEN Citación y la valoración de las publicaciones científicas enfermeras. Index de Enfermería 2005; XIV(51):7-9.
6. Mesa Melgarejo L; Cenit García J; Galindo Huertas M; Vico Arrabal A; Mesa Hernández MT. Cobertura y caracterización de las bases de datos bibliográficas de enfermería del espacio científico iberoamericano. Desarrollo Científ Enferm -Méx-, 2007; 15(3):122-130.
7. Reina Leal LM; Amezcua M; Gómez Urquiza JL; Amezcua González A. Producción y repercusión de revistas enfermeras en el Espacio Científico Iberoamericano en 2012. Index de Enfermería 2013; 22(4):259-266.
8. Erdmann AL, Marziale MHP, Pedreira MLG, Lana FCF, Pagliuca LMF, Padilha MI, Fernandes JD. Evaluation of scientific periodicals and the brazilian production of nursing articles. Rev Latino-am Enfermagem 2009; 17(3):403-9.