

Artículo original

ISSN 1816-7713

## REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

### Social representations of nurses on the safety culture in patient care

María Del Rosario Oré Rodríguez<sup>1</sup>

#### RESUMEN

Objetivo. Caracterizar las representaciones sociales de las enfermeras acerca de la cultura de seguridad en el cuidado del paciente postoperado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital Nivel IV, situado en la ciudad de Lima, 2010.

Material y método: Enfoque cualitativo con la aplicación del método de representaciones sociales, el cual permite una aproximación al modo de producción cognitivo individual y de grupo en un contexto socio-histórico determinado. Para el análisis de los datos se aplicó el método de asociación de contenidos de Porto Setenta et al. Los sujetos de estudio fueron los enfermeros(as) del servicio de cuidados intensivos quirúrgicos cardiovasculares. La técnica de recolección de datos fue la entrevista a profundidad.

Resultados: Siguiendo el proceso de objetivación y anclaje emergieron elementos de fuerza, para luego establecer dos categorías de resultados: gestión de la seguridad en el cuidado y cuidado humano (comportamiento complejo).

Conclusiones: Las representaciones de la cultura de seguridad giran alrededor de las herramientas de gestión en el proceso de cuidado, las contradicciones de la práctica de enfermería y la complejidad del error.

Palabras clave: seguridad, cuidados intensivos, control de riesgo, supervisión de enfermería.

#### ABSTRACT

Objective: To characterize the social representations of nurses about the safety culture in the postoperative patient care in the Intensive Care Unit (ICU) of a Level IV Hospital, located in the city of Lima (2010).

Material and Method: Qualitative approach for the application of the method of social representations, which allows an approach to the individual and group cognitive mode of production in a determined social historical context. For the data analysis was applied the content mapping approach of Porto Setenta et al. The study subjects were nurses of the Cardiovascular Surgical Intensive Care Unit. The data collection technique was in-depth interviews. The data collection technique was in-depth interview.

Results: Following the process of objectification and anchoring, elements of strength emerged, then were established two categories of results: security management in the care and human care (complex behavior).

Conclusions: Representations of the safety culture revolves around the management tools in the process of care, the contradictions of nursing practice and the complexity of the error.

Palabras clave: safety, intensive care, risk management, nursing supervisory.

<sup>1</sup> Enfermera. Docente Universidad San Martín de Porres FOE-USMP, Lima, Perú.

#### INTRODUCCIÓN

La OMS<sup>1</sup> afirma que la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Agrega que mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano. Requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio y para

encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema.

El Consejo Internacional de Enfermeras, CIE<sup>2</sup>, en su Declaración sobre Seguridad de los Pacientes, afirma que las enfermeras se ocupan de la seguridad de los pacientes en todos los aspectos de los cuidados que prestan. La pronta identificación del riesgo tiene una importancia primordial para prevenir daños de los pacientes y depende de que se fomente una cultura de confianza, sinceridad, integridad y abierta comunicación entre los pacientes y los dispensadores de cuidados en el sistema de atención de salud. El CIE es firme partidario de un

planteamiento global, basado en la transparencia y en la comunicación – y no en culpar y avergonzar al dispensador de los cuidados– y de que se incorporen medidas para tratar los factores humanos y del sistema en los acontecimientos adversos.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI) ingresan los pacientes en riesgo de vida inminente; necesitan de apoyo tecnológico y de profesional especializado. Se ha observado que en estas unidades predomina un modelo impulsado por el paradigma positivista, dando énfasis al órgano enfermo y los procedimientos técnicos medibles. El cliente es evaluado objetivamente, no hay espacio para la subjetividad, el significado de lo que está viviendo. Desde un punto de vista holístico la hospitalización en la UCI rompe claramente con la forma de vida del cliente,.

Clifford Geertz<sup>3</sup> afirma que el hombre sólo es capaz de vivir en un mundo que tenga significados. En ese sentido, señala que la cultura es la producción de los sentidos de esos significados, en cuyos términos los seres humanos interpretan su experiencia y guían su acción. La cultura constituye una serie de mecanismos de control que gobiernan la conducta del hombre. De manera que esos símbolos no son meras expresiones o instrumentos o elementos correlativos de nuestra existencia biológica, psicológica y social, sino que son requisitos previos de ella. Sin seres humanos no hay cultura e igualmente sin cultura no hay seres humanos.

Define Cooper<sup>4</sup> la cultura de seguridad como una propiedad emergente de los grupos sociales, el producto de los objetivos múltiples dirigida por interacciones entre los a) factores psicológicos, personales, internos y subjetivos; b) los comportamientos observables relacionados con la seguridad y c) las características situacionales objetivas. La cultura imperante se refleja en la dinámica de las relaciones recíprocas entre las percepciones de los miembros y las actitudes hacia la operacionalización de los objetivos, el comportamiento dirigido y la calidad de los sistemas y subsistemas para apoyar la seguridad.

La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersecta lo psicológico y lo social acerca del cotidiano quehacer. Aborda la manera en que los sujetos sociales aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras

experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. En otros términos, “se trata de un conocimiento práctico” (Jodelet<sup>5</sup>). Desde esta perspectiva se justifica abordar las representaciones sociales de la cultura de seguridad en las enfermeras, porque permiten identificar la significación establecida en la seguridad en el cuidado del paciente crítico, las que toman forma de acuerdo con la experiencia del grupo frente a situaciones de riesgo, pues es sabido que el pensamiento humano es fundamentalmente social. El pensar consiste en un tráfico de símbolos significativos: palabras, gestos, sonidos, señales que son usados para imponer significación a la experiencia y están dados por el grupo y entorno en que se desenvuelve.

## MATERIAL Y MÉTODO

Sigue un abordaje cualitativo, aplicando el método de representaciones sociales, tomando la teoría de Sergio Moscovici, el cual no sólo incide en la visión de la realidad social sino también en su construcción efectiva, en la que el sujeto aporta algo creativo, se construye en función del contexto, o sea de los estímulos sociales que recibe, y en función de valores, ideologías y creencias de su grupo de pertenencia, ya que el sujeto es ante todo social. Comprende la objetivación: primera operación formadora de imagen, fase de construcción selectiva, estructuración y naturalización; la segunda es el anclaje, proceso de acomodación, el cual permite una aproximación del modo de producción cognitivo, correspondiente a una persona y grupo en un contexto sociohistórico determinado.

Los sujetos de estudio fueron los enfermeros del servicio de cuidados intensivos quirúrgicos de un hospital de cuarto nivel en Lima, Perú. La población estuvo conformada por 26 enfermeros quienes accedieron a participar de forma voluntaria. La técnica de recolección de datos usada fue la entrevista a profundidad acerca de cómo se logra la seguridad en el cuidado del paciente crítico.

Para el análisis de los datos se aplicó el Método de Asociación de Contenidos de Porto Setenta et al<sup>6</sup> que comprende cinco pasos: a) lectura y recorte del texto, b) identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación en temas, c)

montaje del mapa de las asociaciones de contenido, d) identificación del elemento polo y finalmente e) elaboración del esquema de asociaciones. Los elementos de acuerdo con su posición, en relación al elemento polo, de mayor frecuencia guardan diferentes niveles jerárquicos. Así, los otros elementos presentes en los esquemas son: (a) elementos esenciales: aquellos que se vinculan directamente al elemento polo; (b) elementos agregados: elementos que se ligan indirectamente al elemento polo, a través de los elementos esenciales y los (c) elementos complementarios: vinculados indirectamente al elemento polo, a través de los elementos esenciales y agregados.

Se consideraron aspectos éticos para asegurar la confiabilidad de este estudio, así como también la confidencialidad de la identidad de los participantes.

## RESULTADOS

A través del método de análisis de contenido se generaron dos categorías de resultado, identificándose el elemento polo, de superior jerarquía por presentar mayor frecuencia de asociaciones y luego los elementos esenciales. La primera categoría se denominó:

1. Gestión de la seguridad en el cuidado. Los elementos emergentes involucran todas las estrategias que contribuyen al logro de la seguridad en el cuidado integral. Participan el profesional, los grupos y el entorno físico y administrativo. El elemento polo fue la supervisión de enfermería, seguido por cuatro elementos esenciales que se muestran a continuación:

GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN EL CUIDADO	
• Supervisión de enfermería	Elemento polo
• Medidas correctivas	Elementos esenciales
• Capacitación continua	
• Trabajo en equipo	
• Asignación de recursos	

### Supervisión de enfermería

En enfermería la supervisión tiene metas y objetivos basados en la promoción del trabajo en equipo, desarrollo óptimo del uso de recursos, máxima calidad. Desarrollar el rol de supervisor implica procurar el bienestar del usuario interno y externo, como lo expresan los testimonios.

"...Las coordinadoras en la mañana y las líderes supervisan en los diferentes turnos, ellas observan el trabajo y cualquier punto que ven te dicen... E2

"...Las jefas supervisan en todas las áreas, la jefa siempre se acerca, ve cómo has movilizado al paciente, si está ventilando bien. En el reporte dice: ¿porqué no lo han extubado? Pregunta: ¿cuál es el criterio para que no lo extuben?"...E22

El supervisor de enfermería actúa como veedor, observa lo que sucede a través del proceso de atención y luego compara estas observaciones

con los estándares de lo esperado. En su rol de solucionador de problemas toma decisiones.

### Medidas correctivas

Las enfermeras priorizan una actitud de concertación y de coordinación de los cuidados para que el actuar esté basado en la reflexión participativa de los miembros del equipo cuidador y el desempeño se realice con valores éticos dirigidos a proteger el ser de cuidado, tal como lo mencionan:

"...Si uno se equivocase, es bueno informar al momento, ver y dar la solución en el momento, no esperar mucho tiempo, porque esa equivocación, puede influir posteriormente"...E23

"...No es que se pueden solucionar fácilmente los errores, pero en el caso de darse, ser leales, ser sinceras y tratar de subsanar ese error dentro de lo posible"...E24

El manejo del error tiene dos componentes básicos: la reducción del error; es decir, limitar la ocurrencia del error, y la contención del error, o sea limitar sus consecuencias o efectos. Lo fundamental es reconocer que existen errores.

### Capacitación continua

El aprendizaje constante del enfermero es una actividad permanente en el personal de enfermería en sus distintas dimensiones: científica, actitudinal y afectiva acerca de cómo comprender las respuestas humanas.

"...La capacitación es uno de los factores que contribuyen a conocer más sobre el paciente y hablar el mismo idioma entre todos"...E13

"...Parte de la competencia depende de la capacitación, lo que tú estudias, lo que tú lees"... "cada quien busca esa competencia científica, en toda fase"...E17

Hablan de un conocimiento unido a un objetivo social, que se expresa en las acciones duales en relación con el paciente y las interrelaciones de grupo.

### Trabajo en equipo

La seguridad humana es un fin social y el enfermero encuentra su fortaleza ante situaciones de contingencia en el apoyo del grupo; así lo expresan en los discursos:

"...El apoyo del grupo es muy importante en la UCI, porque si hay un trabajo en equipo es excelente"... "Es mucho mejor la atención para el paciente"... E11

"...Yo creo que somos un equipo, la coordinadora y la jefa están constantemente cuidando la integridad del grupo"...E20

La UCI es una unidad con muchos factores estresantes donde el trabajo en conjunto ayuda a reducir la vulnerabilidad para el error de las tareas particulares.

### Asignación de recursos

Definir las necesidades de recursos humanos, las funciones de los profesionales y los requerimientos materiales y equipos para una unidad de cuidados críticos es el punto de partida de todo plan de cuidados de enfermería; es la fase de implementación de todos los elementos propicios para un cuidado seguro.

"...Lo más importante es la distribución por crónicos y la ubicación del paciente"... Se trata de equilibrar las actividades al distribuir los pacientes por grado de complejidad"...E13

"...No tenemos todos los recursos. En algunas ocasiones tú no puedes usar mandilones (de tela), porque se supone que debes cuidar no solamente la integridad física del paciente sino también tu integridad...E4

Es indudable que la seguridad es una condición preventiva de adelantamiento a las circunstancias de riesgo en el proceso de atención y es a la vez una responsabilidad compartida entre asistenciales y gestores de los servicios sanitarios, el cual constituye la fase de planificación la cual es continua y dinámica.

2. Cuidado humano: comportamiento complejo. Esta segunda categoría comprende la conducta aplicada durante el proceso de atención de enfermería, cuyos elementos pertenecientes fueron:

CUIDADO HUMANO: COMPORTAMIENTO COMPLEJO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación continua</li> <li>● Error humano: condición inevitable</li> <li>● No cuidado</li> <li>● Administración correcta de medicamentos</li> </ul>	Elementos esenciales
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Culpa y castigo al error</li> </ul>	

### Evaluación continua

En el cuidado continuo que ofrece el enfermero intensivista, la evaluación se torna en una actividad de seguimiento y control del proceso de

cuidado, donde él es el principal vocero y responsable de su registro.

"Seguridad del paciente es hacer el chequeo, en cuanto a patrón ventilatorio, registro hemodinámico, evaluar continuamente el estado del paciente y proteger su seguridad"... E21

"Nosotros ya tenemos un plan establecido, evaluamos desde que llega el paciente, el tubo endotraqueal, la vía periférica, evaluamos la sonda Foley, es un protocolo"... E5

Esta función es clave para la continuidad exitosa del tratamiento. El enfermero requiere ejercitar una observación e interpretación acertada de las respuestas humanas para poder valorar efectivamente las necesidades bio-síquicas-socio-espirituales y brindar un real confort al paciente crítico.

#### Error humano

La vulnerabilidad del hombre es una cualidad que nos hace susceptible de riesgos del entorno y frente a los resultados de nuestras propias acciones.

"Somos humanos, trabajamos con otros seres humanos y podemos equivocarnos... pero no debemos"...E4

"La enfermera es un ser humano y como ser humano tiene equivocaciones como cualquier profesional que se desempeña en el equipo multidisciplinario"...E20

La condición humana nos atribuye la característica de ser falibles, seres imperfectos con fallas en el raciocinio, comprensión y ejecución de las obligaciones; por tanto ello demanda un auto reconocimiento de las debilidades, alto grado de conciencia preventiva, propio de un desempeño altruista.

#### No cuidado

La alta tecnificación de las unidades de cuidados intensivos estaría alejando de alguna manera al enfermero de la valoración del paciente. Esto daría lugar a la generación de una rutina del cuidador, como se evidencia en los testimonios.

"Quizás por la falta de tiempo, todo lo ponemos, nos volvemos como una máquina, simplemente brindamos los cuidados, cumplimos con el tratamiento médico"...E24

"Cuando hacemos la rutina diaria, a veces no valoramos al paciente, lo realizamos como

rutina porque sabemos que esto es así, esto es primero, qué es lo segundo ..." E10

Un paciente crítico, con el sistema neurológico comprometido, no puede comunicarse verbalmente de forma fluida, aun cuando otros sentidos pudieran ser usados, es difícil comprender sus mensajes. El enfermero, entonces estaría tendiendo hacia la automatización o deshumanización en la atención sanitaria en las unidades altamente tecnificadas.

#### Administración correcta de medicamentos

Son múltiples los factores que pueden contribuir a fallas en la administración de los medicamentos, desde el etiquetado, la similitud de la presentación, las abreviaturas en la concentración. Por ello se requiere de un estado de alerta máximo. Las enfermeras intensivistas reconocen ese riesgo potencial:

"Seguridad del paciente es saber administrar apropiadamente los medicamentos, porque incluso se puede atentar contra la salud"...E4

"Cuando tú administras algo, verificas al paciente, el número de cama, la dosis que le vas a dar, yo creo que cada uno tiene la obligación y la moral de autoevaluarse"...E3

La identificación de errores de medicación es una primera medida para prevenirlos y es un proceso complejo, sistémico que requiere una comunicación eficaz, escrita de consenso con los miembros del equipo multidisciplinario.

#### Culpa y castigo al error

Es uno de los elementos más gravitantes en la cultura de seguridad. Las respuestas reactivas al error que los sistemas verticales aplican, con tendencia punitiva, tal como los testimonios lo expresan:

"Existe la política como de la destrucción, salir adelante, sobresalir de los errores de los demás"... "por eso no crecemos"...E12

"Al detectar un error hay que verlo con mucho tino. Es algo que hay que decirlo de tú a tú, algo más discreto, que no malogre la iniciativa"...E26

Un clima de vigilancia y temor refuerza comportamientos de zozobra, estrés y contribuye a conductas disfuncionales de ocultamiento, rechazo, evita los controles, lo que resulta en una doble moral cuando son observados y cuando no.

## DISCUSIÓN

Las representaciones sociales existen tanto en la cultura como en la mente de las personas, y no pueden existir sin ser colectivamente percibidas y sentidas. Toda representación tiene un proceso de elaboración cognitiva y simbólica que orienta los comportamientos. Jodelet<sup>7</sup> sostiene que “las representaciones sociales son la manera en que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas”. Entonces toda conducta grupal es producto de la cultura y su representación social, en un determinado tiempo y lugar, lo cual ocurre también en las unidades de atención al paciente.

Estefo<sup>8</sup> expresa que la conducción o gestión del cuidado de enfermería es el ejercicio profesional de la enfermera sustentado en su disciplina, la ciencia del cuidar, y es el resultado de la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución. Esto no implica que exista una forma única de gestionar los servicios; es más un proceso creativo en el que se movilizan los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona.

Es fundamental estimular la creación de modelos de cuidado basados en un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería. La supervisión es una de estas estrategias siempre y cuando sea un espacio de consenso y reflexión, más que una relación de poder como lo reconocen Waldow<sup>9</sup> y Colliere<sup>10</sup>.

La enfermera gestora de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados. No obstante la nueva tendencia de la promoción de la salud replantea el poder, no como el “poder sobre” otros, sino como el “poder

para” hacer cosas o como el “poder compartido” en un eje transversal.

El rol que juega la capacitación del trabajador es sumamente importante para procurar un programa de protección exitoso, e implementar una cultura de seguridad en un grupo ocupacional sanitario. Colliere<sup>10</sup> afirma que la competencia profesional requiere un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos que se desprenden de un conjunto de conocimientos organizados. Reitera Estefo<sup>8</sup> que “seleccionar el personal con formación, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería, genera un clima de trabajo favorable”. La gestión de los recursos humanos es la más ardua tarea de los gestores. En el actual siglo XXI el avance científico es tan rápido que los profesionales de la salud requieren marchar a la vanguardia del crecimiento de la ciencia en un mundo globalizado.

La cultura de seguridad es aquella en la que todos los miembros de la organización tratan la seguridad como una prioridad frente a cualquier otro tipo de interés o cuestión, y lo hacen a través de un compromiso genuino, que se traduce en la aplicación continua de medidas a nivel individual y organizacional, cuyo fin es prevenir la ocurrencia de fallas. La cultura de seguridad resulta ser una disposición social en la que el centro no es el bienestar individual sino el del equipo. Procura una acción y un entorno con las mejores condiciones para el desarrollo y mantenimiento de la vida. Esto conlleva la seguridad humana, principio de supervivencia, seguridad ontológica, existencial, lo que genera participación, fomento del trabajo en equipo; sentimientos de confianza en otros por la seguridad en sí mismo; aplicándose el principio hologramático de un sistema complejo: la parte está en el todo y el todo en las partes.

Waldow<sup>9</sup> explica que los riesgos se inician desde la programación de actividades por los directivos cuando se adoptan decisiones en la planificación de recursos. Definir las necesidades de recursos humanos, las funciones de los profesionales y los requerimientos para acceder a cada puesto de trabajo son puntos inherentes a la seguridad. Sin embargo, a veces los riesgos no se asumen conscientemente y suelen ser resultado de la

toma de decisiones sin relación directa con la seguridad, influyendo involuntariamente en las condiciones de un funcionamiento inseguro. Por lo tanto, los directivos responsables de la toma de decisiones de alto nivel son más propensos a tolerar situaciones de riesgo, quizás porque no ven de cerca la potencialidad de peligro ante la falta o escasez de recursos en la implementación del proceso de atención.

Colliere<sup>10</sup> analiza que en el proceso de los cuidados de enfermería la evaluación participa en todos los niveles y se lleva a cabo a través de un constante análisis de la situación. Asimismo, contribuye al reajuste de los cuidados a medida que se confirma el conocimiento de las posibilidades que tiene la persona cuidada para afrontar su problema de salud, y también a medida que se aclara la naturaleza de su enfermedad. La determinación del nivel de seguridad en el paciente requiere de una evaluación de la aceptabilidad de su probabilidad y resultado. Cuando se emite el diagnóstico de enfermería existen también problemas potenciales. En lo que se refiere a la aceptación de un riesgo, se debe entender que ninguna situación está libre del mismo. Aun cuando se piense que el porcentaje es infinitesimal, el riesgo siempre está presente. Por tanto, la evaluación de las intervenciones, y en conjunto del plan de cuidado, es constante en el proceso de enfermería que se retroalimenta con la participación del equipo.

El comportamiento humano es extraordinariamente complejo y los factores que hacen que un comportamiento aparezca, desaparezca, aumente o disminuya son tanto de naturaleza externa observable como interna. Meliá<sup>11</sup> expresa que el error humano es un comportamiento; es una desviación significativa de un patrón de realización establecido que tiene como resultados fallos o eventos adversos. El fallo debe ser entendido como el producto de una combinación socio-técnica. James Reason<sup>12</sup> define el error humano como una consecuencia, no como una causa. Los errores están determinados y provocados por factores organizacionales y puestos de trabajo inadecuados.

Meliá<sup>11</sup> explica que los comportamientos inseguros no son consecuencia de que la persona

carece de información, tampoco a que no ha comprendido o asimilado bien la formación, ni a que no tiene una auténtica actitud positiva hacia la seguridad. Más aún, sorprendentemente, la inmensa mayoría de estos comportamientos inseguros no son irracionales, ni errores de comportamiento. Resultan de no utilizar los métodos seguros, utilizar atajos, saltarse los protocolos de seguridad. No podemos conseguir seguridad prescindiendo del comportamiento humano. A través de la concepción del error humano se introduce un mecanismo de intervención implícito debido a la posibilidad que tiene el sujeto de reducir el error. De allí que la minimización del error humano sea el centro de todos los modelos de factores humanos de la causación de incidentes durante la práctica laboral.

Torralba<sup>13</sup> dice que "la vulnerabilidad es la fuerza motriz del cuidar, la causa indirecta de dicha actividad; pero precisamente porque somos vulnerables, nuestra capacidad de curar y de cuidar no es ilimitada, sino que tiene unos contornos que debemos conocer". No siempre cuidamos como querríamos a nuestros enfermos, porque existen límites de carácter infraestructural, organizativo, de recursos humanos y de disponibilidades personales. La vulnerabilidad constitutiva del ser humano es a la par la condición de posibilidad del cuidado, pero también el límite insuperable del cuidar, lo cual genera un espiral recursivo como parte de un fenómeno complejo: el comportamiento humano.

Una de los cuidados al cual se aboca la enfermera intensivista es la administración de fármacos por vía sistémica, es decir accesos centrales mediante el uso de dispositivos invasivos. Cabe resaltar que el sistema de medicación de un hospital es abierto y complejo, compuesto de varios procesos, que desarrollan entre 60 y 70 pasos diferentes durante los procesos de prescripción, dispensación y administración de medicamentos, involucrando siempre a varios profesionales, lo que puede conllevar errores de medicación (Bortoli et al <sup>14</sup>). El error puede ocurrir en cualquier momento, ya que el proceso de medicación ocurre en varias etapas secuenciales, dependientes una de otra y ejecutadas por un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, farmacéuticos, enfermeras/ros y técnicos. Es imperativo actuar y

liar con la problemática de la identificación de errores de medicación en los hospitales, a fin de proponer estrategias para su prevención. Bortoli et al<sup>14</sup> recomiendan el reporte de eventos centinela y la notificación voluntaria por el personal sanitario para poder disminuir las situaciones de riesgo.

Pinho<sup>15</sup> sostiene que “en algunas ocasiones, en las unidades de cuidados intensivos las formas de cuidado pueden presentar contradicciones, en contraste con su manera de ser y del acto de la atención profesional”. La asistencia de enfermería en unidades de terapia intensiva, en cierto modo, es paradójica. Precisa o provoca dolor para poder recuperar y sostener la vida. Ocurre que el paciente inconsciente a veces no da señales de percibir la atención que recibe. En tal caso, no parece participar de una relación de intercambio, debido a la inmovilidad o la falta de diálogo y la interacción con los demás. Por lo que, en la profesión de enfermería es posible que se desarrolle una robotización o mecanización de las acciones, una deshumanización en las prácticas de atención.

El no cuidado, expresado por Halldorsdottir Sigridur, citado por Coelho de Souza<sup>16</sup>, observa que existen cinco modos básicos de relacionarse con el paciente, según relato del propio usuario: a) vida-destrucción, entendido como el modo en que uno despersonaliza al otro, destruye la apreciación de la vida, y aumenta la vulnerabilidad del otro; b) vida-represión, el modo en que uno es insensible o indiferente al otro; c) vida-neutralización, el modo en que uno no afecta la vida del otro; d) vida-sustentación, es el modo en que se conoce la personalidad oculta del otro, en la cual se estimula y reafirma al otro; y e) vida-donación, es el modo en que hay crecimiento y potencialización del aprendizaje de la salud, resultando el cuidado un acto de paz, seguridad para el paciente. Los tres primeros modos constituyen las formas del no cuidado o desinterés contrarios al cuidado humanizado de relación transpersonal, que recomienda Jean Watson.

Foucault (en Sánchez<sup>17</sup>) explica acerca del poder liberador, cuando apoyándose en las fuerzas y capacidades presentes, se liberan otras posibilidades o permiten que las capacidades

existentes se desarrollen y se utilicen. Esto sucede cuando se devuelve o aumenta el poder de existir, de tener autonomía, aumentando la capacidad de respuesta en el paciente, este análisis conlleva a la siguiente expresión: “el poder se ejerce, más del que se posee”, un privilegio que ya no pertenece con exclusividad a la clase dominante, sino que es fruto de las posiciones estratégicas y que es legitimado por los propios dominados cuando exploran las condiciones favorables de las situaciones. Luego el actuar de enfermería tiene toda la capacidad de transmitir ese poder liberador que necesita el enfermo para salir de su condición de limitación por la dolencia que lo aqueja. Corresponde a la enfermera ser la facilitadora de energía vital a través de la interrelación con el paciente, utilizando todos los sentidos en la comunicación visual, auditiva, y corporal que puedan generar confianza y seguridad en el paciente/cliente.

El resultado de un comportamiento humano no ajustado se ha querido entender muchas veces desde una visión reduccionista o fragmentaria de la realidad, lo que constituye un problema e impedimento que obstaculiza su estudio. Esto ocurre porque la formación de los valores en lo individual, no es lineal y mecánica, sino que pasa por un complejo proceso de elaboración personal, en virtud del cual los seres humanos, en interacción con el medio histórico-social en el que se desarrollan, constituyen sus propios valores.

Cooper<sup>4</sup> aborda la complejidad de la cultura de seguridad cuando señala que la bidireccionalidad de las influencias de los medios permite que las personas sean tanto los productos y los productores de su entorno; lo que indica que las personas autorregulan su propio comportamiento, en la medida en que se basan en el apoyo cognitivo y en el sistema de la gestión institucional, siguiendo el principio recursivo de la complejidad.

Morin<sup>18</sup> afirma que “el ser humano es un ser complejo y contradictorio; es a la vez físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico”. Forman parte de su esencia la experiencia, las emociones y los sentimientos, lo lógico y lo racional, así como lo irracional”. Esta es la unidad compleja de la naturaleza humana.



Siendo el cuidado y el error dos formas contradictorias, antagónicas del comportamiento humano constituyen a su vez fenómenos complejos producto de la actividad humana. Entendida la complejidad como un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. Por lo que un desarrollo lineal no es suficiente para explicar la paradoja del comportamiento humano. Luego es pertinente la apreciación de Edgar Morin, cuando hace referencia al "paradigma perdido" mencionando la falta de preguntas y de investigación sobre los elementos fundamentales de la vida, la energía, el espacio, el tiempo, la información, la relación y también la forma que tiene la persona de entender su cultura, en su relación con el mundo, en su forma de existir.

Finalmente, las representaciones sociales sobre cultura de seguridad en el cuidado giran alrededor de la gestión del cuidado como un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno, donde las herramientas de gestión son: la capacitación, el trabajo en equipo, la supervisión y las medidas de control. Una seguridad reactiva estaría haciendo prevalecer lo procedimental, el tecnicismo, deshumanizando la atención y desviando el verdadero sentido del cuidado humano. Las contradicciones intervienen en las conductas éticas, tornándose en un fenómeno dinámico, ambivalente, pasivo e intrigante, constituyendo un fenómeno complejo, alimentado por nuevas contradicciones que influyen en los comportamientos y decisiones (Morin<sup>18</sup>). Por ello se precisa que las enfermeras adquieran una capacidad de pensar, "reflexionar con su propia inteligencia" (Colliere<sup>10</sup>), basada en una preparación integral altruista que contribuya a un desempeño seguro.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Consejo Ejecutivo. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. Informe de Secretaría. OMS: 2001.
2. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición del CIE. Seguridad de los pacientes. Hoja informativa. 2002.
3. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1997.

4. Cooper MD. Hacia un modelo de Cultura de Seguridad. Ciencia de la Seguridad 2000; 36: 111-136.
5. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, S. Psicología social II. Barcelona: Paidós, 1986.
6. Porto I et. al. Método de Asociación de Contenidos: una alternativa para el análisis de datos textuales en las investigaciones de Enfermería. Revista Enfermagem UERJ 2003 (Rio de Janeiro); 11(3).
7. Jodelet D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. Cultura y Representaciones Sociales 2008; 3 (5).
8. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc. enferm. 2010; 16 (3).
9. Waldow R. Cuidado humano: o resgateneccessario. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto; 1999.
10. Colliere, M.F. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Ed. Interamericana, McGraw Hill; 1993.
11. Meliá J. Seguridad basada en el comportamiento. En: Nogareda C. et al. Perspectivas de intervención en riesgos psicosociales. Medidas preventivas. Barcelona: Foment del Treball Nacional; 2007.
12. Reason, J. Human Error. Cambridge: CUP; 1990.
13. Torralba F. Esencia del cuidado: siete tesis. Sal Terrae 2005; 93: 885-894
14. Bortoli S et al. Identificación y análisis de los errores de medicación en seis hospitales brasileños. Cienc. enferm. (Concepción) 2010; 16(1).