

Cuidar al paciente sin estar con él: invisibilidad del cuidado de enfermería en servicios de hospitalización.

Alex Mauricio Lopera Arango

Asesora
Martha Adíela Lopera Betancur. PhD

Trabajo de grado para optar el título de
Magister en Enfermería

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Medellín
2018

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG.
LISTA DE FIGURAS	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. Pregunta orientadora	16
5. MARCO CONCEPTUAL.....	17
5.1 La enfermería como disciplina y profesión.....	17
5.2 El cuidado como núcleo de la enfermería.....	19
5.3 El cuidado invisible de la enfermería en el quehacer diario en los servicios de hospitalización.	21
6. OBJETIVOS	25
6.1 Objetivo general.....	25
6.2 Objetivos específicos.....	25
7. METODOLOGÍA.....	26
7.1 SELECCIÓN DEL ESCENARIO	29
7.2 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	30
7.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	31
7.3.1 La Entrevista.	32
7.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	34
8. CRITERIOS DE RIGOR	36
9. CRITERIOS ÉTICOS	37
10. COMPROMISOS Y ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	40
11. RESULTADOS.....	41
11.1 Contexto del estudio.....	41
11.2 Categorías y subcategorías resultantes	42
11.3 Labor de la enfermera en un marco de invisibilidad:	44
11.4 Transformación del rol:.....	45
11.5 Desencuentro de prioridades.....	54
12. DISCUSIÓN	66
13. CONCLUSIONES.....	80

14. RECOMENDACIONES	82
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
16. ANEXOS.....	93
16.1 Anexo 1. Consentimiento Informado	93
16.2 Anexo 2. Consentimiento informado para observación.....	95
16.3 Anexo 3. Guía para la entrevista etnográfica.....	97
16.4 Anexo 4. Guía para la Observación etnográfica.....	98
16.5 Anexo 5. Cronograma	99
16.6 Anexo 6. Presupuesto general	100
16.7 Anexo 7. Formato de carta de presentación instituciones.....	101
16.8 Anexo 8. Aval Comité de ética Facultad de Enfermería.....	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa conceptual general de categorías.....	43
Figura 2. Labor de la enfermera en el marco de la invisibilidad.....	45
Figura 3. La transformación del rol.....	54
Figura 4. Desencuentro.....	65

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación pretende comprender el significado del cuidado invisible para las enfermeras (*) en los servicios de hospitalización; este se puede definir como esas acciones de cuidado dirigidas a aspectos no tangibles de la atención como la comodidad y la educación pero que no aparecen en los registros clínicos que ellas realizan.

Aún con lo anterior, la enfermera realiza actividades en las que también interactúa con los pacientes y sus familias, las cuales involucran aspectos como la preparación al alta hospitalaria o la asesoría frente a la enfermedad y que por factores institucionales o personales se hacen también invisibles.

Una característica importante de este tipo de cuidado, que es bien valorado por los pacientes y los familiares, pero en muchas ocasiones no lo es para las instituciones de salud.

Para dar cuenta de esta problemática, se podrían mencionar algunas de las causas por las cuales este cuidado pierde relevancia, entre las que se destacan la multiplicidad de tareas delegadas por las instituciones a las enfermeras como consecuencia de un modelo biomédico que da mayor importancia a la enfermedad y, que pudiesen influir en que el cuidado directo que brindan las enfermeras sea encomendado a otros.

Este trabajo, cobra interés puesto que permitirá comprender el significado que le dan las enfermeras a ese tipo de cuidado y de esta manera poder identificar cuáles son los factores que explican la invisibilidad del mismo tales como el poder institucional y del modelo económico, la carga laboral, la reasignación de funciones, entre otras.

De igual forma, este trabajo posee un interés académico al permitir reconocer que este tipo de cuidado puede ser esencial en el fortalecimiento de la disciplina y la consolidación del ejercicio de la profesión. Además, surge también de un interés personal como enfermero y estudiante de maestría, pues se pretende hacer un aporte a la profesión mediante la formulación de nuevas estrategias que permitan un mejor cuidado de enfermería.

Los resultados permitieron identificar el cuidado invisible, el significado que las enfermeras le dan y poder elaborar propuestas que busquen transformarlo en actos de cuidado visibles dentro del ámbito clínico del ejercicio de la enfermería, y como parte del desarrollo social y profesional.

* En esta investigación el autor hace uso del término *enfermeras* para referirse a un concepto universalmente reconocido para la profesión de enfermería, no como una denominación de género.

Esta investigación, se hizo con un enfoque cualitativo y herramientas del método etnográfico; se realizaron entrevistas a enfermeras que tuvieran experiencia asistencial clínica en el área de hospitalización, además de observación participante con el fin de poder identificar las acciones de cuidado invisible que ellas realizaban en su quehacer diario.

El objetivo principal del trabajo fue comprender el significado del cuidado invisible para las enfermeras en su práctica en los servicios de hospitalización.

Este informe contiene una revisión del concepto de enfermería y del cuidado como núcleo de ésta, además se analiza el concepto de cuidado invisible desde varias perspectivas y teorías, de igual manera se describe la ruta metodológica que se utilizó para llegar a los resultados. En estos se presentan parte de los hallazgos, y posteriormente el contraste con la literatura, y al final las conclusiones y algunas recomendaciones.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo de la enfermería ha dado pasos agigantados en su construcción como disciplina, a partir de los trabajos en torno al cuidado propuestos por Florence Nightingale pionera de la enfermería moderna, muchas otras teóricas de la enfermería a partir de la década de los cincuenta han logrado incorporar diversos conceptos epistemológicos, filosóficos y teóricos propios y de otras disciplinas, buscando el fortalecimiento de la profesión (1) (2). Como profesión, se ha ido consolidando como una de las más importantes del sector de la salud, en este sentido, en palabras de González y compañeros, la enfermería es representativa porque “ayuda a satisfacer las necesidades de las personas durante todo su ciclo vital, de hecho, proporciona cuidados esenciales, pero también enseña el autocuidado y a afrontar el proceso salud-enfermedad, además de las consecuencias que muchas veces trae ligadas” (3)

Es así como las enfermeras (*) no solamente han brindado cuidado a las personas y sus familias, sino también en el contexto actual, asumen una gran representatividad por su polivalencia y flexibilidad, además, no solo realizan acciones de cuidado, sino también actividades docentes, investigativas y de gestión, sumadas a las que impongan las instituciones de salud y a las que surgen de las necesidades sociales (4).

No obstante, los esfuerzos al interior de la disciplina por consolidar su cuerpo propio de conocimientos, la enfermería también se ha construido ligada al desarrollo tecnológico y a la dinámica de las organizaciones de salud y que han influenciado en la autopercepción de ser enfermera lo cual repercute en el significado que ella asume sobre sí misma y sobre el cuidado que brinda (5).

Así, el desarrollo de la enfermería ha estado marcado por el poder y la evolución de la medicina con una gran influencia del modelo biomédico, el cual en muchas ocasiones, ha sentado las bases de cómo se debe brindar el cuidado, situación que restringe la autonomía de las enfermeras y limita su capacidad crítica y argumentativa pues se le asignan tareas que se cree hacen parte del cuidado de enfermería y que por el contrario, distorsionan su rol y la alejan de las acciones del cuidado directo de los pacientes y sus familias (6). Este aspecto es importante, porque denota la forma en la que otras disciplinas intentan definir cuál es el objetivo y tareas de las enfermeras. Un ejemplo es que en el cuidado de enfermería desde la perspectiva biomédica, gran parte de la responsabilidad adicional a las actividades de cuidado, recae además otras administrativas y de gestión, situación por la que se hace necesario realizar más investigaciones en los cuales las enfermeras definan el quehacer profesional.

* En esta investigación el autor hace uso del término *enfermeras* para referirse a un concepto universalmente reconocido para la profesión de enfermería, no como una denominación de género.

Al respecto se refieren Salazar y Martínez (7) cuando expresan que a pesar del enfoque particular-determinístico en el cual se presenta una reducción del sujeto a un objeto fragmentado y cada parte se analiza de manera independiente con diversas variables y resultados numéricos, la enfermera ha comenzado a integrar valores esenciales en el proceso de cuidado humano y que el reconocimiento del otro en un contexto específico va más allá de lo medible y observable, dando importancia a componentes incontables visibles e invisibles de la relación enfermera-paciente-familia y en el cual la enfermera asume un papel protagónico por las acciones de cuidado que brinda.

De tal manera que el cuidado de enfermería trasciende más allá de meras actividades pragmáticas, que pretendan el beneficio de partes o sistemas, con el auge tecnológico y medidas costos efectivas, que dan gran importancia a un cuidado instrumentalizado y volcado a la realización de procedimientos. Pero el cuidado se convierte en una herramienta transformadora de la existencia de las personas y también de las enfermeras puesto que es en la interacción que se establece el núcleo de la disciplina y donde además “producto del intercambio y la interacción se puede entender y definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte” (8).

Lo planteado hasta aquí denota un problema en el contexto actual, en el cual la enfermera por las razones antes descritas limita sus encuentros con los pacientes y familias, lo que ha dado lugar a que su cuidado se vuelva invisible. Y aunque pareciera que son diversas las causas de esta invisibilidad del cuidado, en muchas ocasiones, las instituciones hospitalarias han reducido lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de la visión humanista y holística del cuidado, por las múltiples tareas delegadas principalmente al campo administrativo (5) con poco respaldo por parte de las instituciones para brindar cuidado (9), quedando relegadas acciones como la comunicación eficaz y la interacción con el paciente y familia en forma cercana (10).

En este sentido, Schneider (11) afirma, que la enfermería, ha encontrado serias dificultades en el quehacer de la profesión, porque los cuidados en muchas ocasiones, son menospreciados por las instituciones y otras profesiones, lo que conlleva a la pérdida de validez frente al acto médico, puesto que la satisfacción de las necesidades básicas aunque no es un acto sencillo, no es trascendental en el contexto actual de las organizaciones de salud.

Por su parte, Kerouack (12) argumenta que en la actualidad, sigue siendo para las enfermeras una gran dificultad el poder desligarse de los orígenes de la medicina, puesto que la profesión, ha sido concebida como una prolongación del acto médico.

Así mismo, Katz (6) en la década de la sesenta, ya expresaba su preocupación frente a como la enfermería se encuentra atrapada por diferentes avatares, ya que

pareciera que la medicina, las instituciones y los sistemas de salud, relegaron a la enfermera al campo administrativo, sabiendo que el cuidado directo al paciente es su gran legado.

Los cuidados de enfermería entonces, se enfrentan a un contexto en que prima el criterio económico en la atención y como lo expresa Hernández (13), es probable que se disminuya la calidad, la cual además, va de la mano con una crisis de valores y en el que muchas organizaciones sustituyen el verdadero significado del cuidado por relaciones costo-efectivas y de productividad (14)

Con lo argumentado hasta ahora, se muestra porque los cuidados de enfermería se encuentran en una etapa crítica, debido a que algunas situaciones del contexto institucional, social y político actual, los ha reemplazado o los ha hecho actos invisibles de la atención en salud.

Es así como muchas instituciones de salud han distorsionado el papel de la enfermera y con esto también el cuidado de la vida y la salud de las personas (6). En este sentido, De la Rosa y Zamora (15) sostienen que el cuidado directo, se hace invisible por no ser representativo en las instituciones y por la necesidad de especialización de las enfermeras, a pesar de que pareciera que esa misma necesidad, pudiera llevar a la pérdida de la interacción y la comunicación con los pacientes y familia y con esto su reconocimiento profesional, pues paradójicamente la especialización del cuidado debería llevar a cuidar mejor, esto es, a cuidar con más interés hacia el sujeto de cuidado.

Otro aspecto radica en que el poder político influye en el ejercicio de las profesiones, tal como lo dice Fernández (16) cuando afirma que el Estado interviene en la regulación de las profesiones y en su ejercicio liberal, lo que permite que se identifique detrás de la legislación una serie de normativas que limitan o crean jerarquías entre las mismas profesiones. Sumado al poder político, afirma el autor que también las profesiones dependen de un poder tecnológico y del desarrollo de la cultura.

Así pues, aunque en la etapa del desarrollo profesional se intenta separar a las profesiones del poder político, la realidad es que en el contexto actual, el Estado establece modelos de control que como afirma Fernández (16), se mueven en dos ejes principalmente: el primero que corresponde al control sobre el trabajo técnico, los aspectos financieros, los poderes alternos e incluso la construcción de la realidad social. Y el segundo eje, gira en torno a cómo el Estado regula la ubicación de los profesionales en el mercado laboral y en el que intervienen los criterios políticos, sociales y económicos. Esto sin mencionar al mismo sistema de salud que de alguna manera influye en los roles de los profesionales y los usuarios del servicio. Además para el autor, la disciplina de enfermería se enfrenta a la presión social por tener y mantener unas condiciones laborales justas y equitativas

en un ambiente adverso y con una imagen profesional subvalorada por las instituciones y los pacientes.

La importancia del desarrollo profesional según Torres y Sanhueza (17), es que la enfermería aunque continúa teniendo una marcada influencia de los valores morales y religiosos, además de la rigidez de la disciplina y la obediencia, comienza a incorporar en la enseñanza el método científico y las técnicas de investigación.

Por su parte y según Collière (18), el fenómeno globalizador ha influido con fuerza en la disciplina puesto que permite el fortalecimiento de las técnicas de investigación y el hiperdesarrollo de las tecnologías, que permiten aunar esfuerzos en la curación de la enfermedad, cambiando así la configuración de los hospitales y la manera jerárquica como se dan las relaciones entre los cuidadores y las personas cuidadas.

En este sentido, la transformación de la enfermería en las últimas décadas da cuenta de los cambios en elementos esenciales de fondo y de forma, puesto que trae consigo una revolución en el paradigma que como lo cita Torralba i Roselló (19), constituye la modificación de viejos roles asignados, donde la enfermería no es asistente de la medicina y donde más importante aún, es un cambio en la perspectiva de cómo se brinda el cuidado, la autonomía profesional y la interdisciplinariedad del ejercicio en las ciencias de la salud.

Pero en este cambio de paradigma e influenciado por los diversos contextos político, social y económico, pareciera ser que la enfermera se rige por las directrices institucionales y de las normas de calidad que buscan una sistematización de los datos, labor que las enfermeras han asumido, alejándolas del cuidado directo a las personas y sus familias (20).

De igual manera, Meleis (21) expresa que la enfermería como profesión, se mueve en un devenir que genera una serie de tensiones internas dadas según ella, por el resultado de una enfermería moderna que quiere sobresalir en un medio cargado de barreras personales, profesionales, culturales y científicas. Explica ella, que a partir de la década de los 80 que surge el concepto de Práctica Avanzada de la Enfermería, la necesidad de la teoría como apoyo al desarrollo disciplinar y el impulso de los programas de doctorado en enfermería, parece dan un avance importante a la construcción del conocimiento disciplinar, pero también, al parecer, alejan la enfermera de la relación directa e interacción con el paciente, familia y hasta con el resto de colegas y profesionales de la salud. De manera paradójica afirma Meleis, en estas barreras profesionales, también existen otras enfermeras que quieren volver al cuidado integral y holístico de los orígenes, a la denominada "enfermería de Nightingale, situación que da lugar a esa tensión profesional antes descrita.

Así pues y de manera importante, las políticas neoliberales han permeado el sistema de salud, situación que para la enfermera no ha sido ajena y la ha alejado de su objeto que es el cuidado, para convertirla en mano de obra operativa cualificada que lleva el control administrativo al interior de las instituciones de salud tal como lo expresa Romero (22) pues la enfermera es constantemente auditada, puesto que lo que no se encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) queda excluido del cuidado de la salud, el desarrollo de la informática y la apertura de nuevos mercados ha influido para que la disciplina deba adaptarse a estos cambios y pueda abordar las acciones de cuidado con el apoyo de equipos más avanzados, mejor cualificación del personal y más interdisciplinariedad en el campo de las ciencias de la salud. No obstante pareciera que la tecnificación de los procesos, sumado a las demandas institucionales y del sistema de salud han alejado a las enfermeras del cuidado directo.

En este sentido, Romero (22) argumenta que un aspecto esencial para que el cuidado de enfermería integral y directo se haga invisible es la forma como son contratadas las enfermeras, la sobrecarga laboral con un mayor número de personas a cargo, múltiples funciones administrativas y más horas laborales, han disminuido de manera importante, el tiempo de contacto con los usuarios hospitalizados.

Aún con los factores descritos anteriormente que influyen en el ejercicio liberal de la enfermería, también surge un interrogante frente a como las enfermeras dan cuenta del cuidado que brindan por breves y limitados que sean los encuentros cercanos con pacientes y familias. Con estas preocupaciones, Germán et al (23) invitan a la reflexión y se preguntan acerca de la responsabilidad de las enfermeras en la invisibilidad de su cuidado, en cuanto que pocas veces registran sus acciones de cuidado, más allá de las que la institución les demanda.

Por otro lado, pareciera que las mismas enfermeras identifican los cuidados invisibles que brindan, pero no le dan la importancia que se merecen. Y esta condición, se apoya en lo enunciado por Tapp et al (24) cuando afirman que las enfermeras citan muchos ejemplos de intervenciones relacionadas con la enseñanza o el apoyo psicológico, el control del dolor y la comodidad, acciones dentro del ejercicio autónomo de la enfermería, pero que parecen ser subvaloradas y se vuelven aspectos invisibles del arte de cuidar, lo que podría llevar a cuestionar si las mismas enfermeras han menospreciado este tipo de cuidado.

Para Romero (22) el trabajo de enfermería en muchas ocasiones se ve limitado por las situaciones del ambiente de cuidado, de tal manera que ellas, se ven obligadas a callar y no oponer resistencia alguna a las directrices institucionales; así pues: “las enfermeras obedecen a las funciones que las instituciones les impone sin defender para lo que fueron formadas, por miedo a perder sus empleos

y con una conciencia doblegada por la impotencia y que las hace ser en ocasiones, sujetos pasivos conscientes de cómo se desvirtúa la profesión”. (22)

De igual manera Hernández (13) expresa que, el nuevo sistema de salud ha llevado a que el paciente sea para muchos profesionales de salud, un enemigo jurídico potencial debido a una relación condicionada so pena de ser demandada por la mala praxis del cuidado. Esto cambia la relación que debería ser de confianza por una de desconfianza en el cual según Hernández “si prima el criterio económico en la atención, lo que hace probable que se disminuya la calidad” (13). Esta afirmación hace referencia a que de la misma manera en la que las enfermeras se enfrentan a un cambio, muchos usuarios han hecho lo mismo y exigen el cumplimiento de sus derechos, uno de los cuales es recibir un servicio humanizado por parte del personal de enfermería.

Parece ser entonces, que el sistema de salud actual lleva a que muchas enfermeras puedan tener conflictos éticos, sin embargo no siempre se cuestionan si esto está mal o no, puesto que muchas de ellas han dejado de preocuparse por los pacientes y tienen más una sincera preocupación por las finanzas de la empresa, si no más bien a dejar constancia de las acciones de las cuales la empresa les pida como los indicadores, pues pueden pensar que es poco probable que los familiares o pacientes demanden por asuntos que tienen que ver con el arte de enfermería que serían los invisibles (25).

Es paradójico que siendo el cuidado el núcleo de la disciplina, son muchos los factores que alejan a las enfermeras de poder brindarlo de manera directa, o que cuando se brinde, no sea visibilizado ni por ellas mismas, ni los pacientes, las familias y las instituciones.

A modo de resumen se puede decir, que existen elementos que favorecen el desarrollo de la enfermería y su razón de ser que es el cuidado tales como, el cambio hacia la tecnificación, la especialización del talento humano, el desarrollo científico e investigativo en la disciplina y la necesidad de ejercer su profesión de una manera autónoma; pero también, aspectos que amenazan estas pretensiones, como el énfasis en los indicadores económicos, la falta de reconocimiento por parte de otros profesionales u organizaciones que no valoran aspectos del cuidado importantes para los pacientes y familiares y que comprometen la calidad de los cuidados que brindan, la reaparición de una visión determinística con énfasis en la separación y la medición, la existencia de algunas enfermeras que participan de este modelo sin poder hacer cambios o sin cuestionarse la necesidad de los mismos, la sobrecarga laboral, la desmotivación e insatisfacción laboral, entre otros aspectos.

Hasta aquí entonces, es importante resaltar que diversas realidades afectan las prácticas del cuidado de enfermería y muchas de esas acciones se han transformado en un cuidado invisible que aunque ha sido definido desde la

literatura, con lo revisado hasta ahora en el contexto colombiano, no se ha encontrado la descripción que las enfermeras hacen de este cuidado invisible en los servicios de hospitalización.

3. JUSTIFICACIÓN

La enfermería moderna, se adapta al cambio de las incansables demandas del medio, tal como afirma León (26) cuando señala que la enfermería perdura durante las diversas épocas y se ajusta a un sinnúmero de roles y responsabilidades, situación que no es del todo desventajosa, puesto que asienta la importancia de los cuidados de enfermería, además que fortalece los conocimientos en función de la demanda social.

Así pues, las prácticas de cuidado se remontan a muchos años atrás, pero cuando se habla del concepto de enfermería, como una disciplina joven se argumenta que su avance epistemológico obtenido hasta ahora. La realidad, es que la enfermería como disciplina moderna en palabras de Morse (27) sigue siendo inmadura y debe trascender del cuidado del maniquí o del simulador en el que ya ha demostrado ser bueno, pero que en lo referido a las relaciones sigue dejando muchos vacíos. Para ello, la enfermería moderna se mueve rápidamente en el desarrollo técnico, la investigación y la práctica basada en la evidencia que permite un mejor ejercicio profesional, de mejor calidad, con mayor conocimiento científico, ético y de cuidado directo. Y aunque desde la academia se hace énfasis en la importancia de la relación enfermera – paciente, la realidad es que los diversos contextos siguen presentando ambientes desfavorables y mecanismos que permitan el ejercicio de una enfermería como profesión interpersonal.

De esta manera, la disciplina de enfermería se sustenta en actos de relación directa e indirecta con los pacientes, respaldados por conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, favoreciendo así el desarrollo del otro como resultado de la actitud profesional de la enfermera, (28)

No obstante, el cuidado de enfermería se ha distorsionado en el área hospitalaria, donde la delegación de funciones administrativas ha alejado a la enfermera de la práctica directa del cuidado a las personas por lo que los cuidados de enfermería requieren de la restauración de sus objetivos. (4)

En contraste, algunos estudios plantean que ponerse en la subjetividad del paciente (3) y estar atentos al confort, la confianza y la seguridad, ser sensibles atentos y afectivos, genera mejores resultados y satisfacción de los pacientes (8). Estos cuidados que autoras como Huercanos Esparza han llamado invisibles cobran importancia para enfermería (29); también Collière (18) plantea que este tipo de cuidado puede influir de manera positiva en la forma como los pacientes y la familia tratan y evalúan la enfermera. Por su parte Briñez (30) expone que para los pacientes hospitalizados, son importantes aquellos cuidados que para ellos son visibles, así no lo sean para las instituciones.

Molinier en entrevista para Wlosko (31), plantea que los hospitales son mundos inciertos, donde el cuidado invisible no se puede contar, porque el cuidado

moviliza las relaciones individuales y subjetivas; más aún, en el acto de cuidar, el trabajo está bien hecho cuando se convierte en cuidado invisible, ya que tiende a desaparecer o pasar desapercibido y solo cuando el cuidado se hace visible, suele aparecer con rasgos negativos. Se podría decir incluso, que el cuidado se anticipa a las necesidades de los pacientes, característica típica de cuidado que no es visible y que es muy poco reconocida, lo cual plantea un vacío en el conocimiento de enfermería.

Con este panorama, la enfermería requiere acciones encaminadas a la resignificación de esos cuidados que se hacen invisibles por diversos motivos ya enunciados en el planteamiento del problema. La necesidad de cambio ha sido reconocida y un ejemplo lo muestran Mantzoukas y Jasper (32) quienes encontraron que las enfermeras en su práctica cotidiana hospitalaria, reflexionan sobre las acciones e interacciones que tienen con los pacientes, pero la jerarquía dentro de las organizaciones impide que las enfermeras asuman cambios sobre las técnicas y la manera de brindar cuidados.

La importancia de este trabajo, radica en que la enfermería debe investigar el cuidado desde la praxis dado que tiene influencia directa y decisiva en la salud de las personas, pero que por alguna razón permanece invisible (8); por lo tanto es importante escuchar la voz de las enfermeras que lo brindan, como una manera de enfrentar el reto grande de ser visibilizado y aunque en la literatura se identifican diversas definiciones de lo que es el cuidado invisible, no se encontró literatura que dé cuenta de los significados que tienen para las enfermeras ese cuidado invisible en el contexto colombiano, lo cual le dará la pertinencia cultural necesaria para transformar parte de la realidad de enfermería en el país.

Lo presentado hasta ahora, hace pensar que estos cambios en los diversos ámbitos han favorecido de manera positiva y sustancial la forma como hoy las enfermeras brindan el cuidado; pero la realidad da cuenta de otros cambios subsecuentes y que demuestran otra realidad y aunque no pueden ser generalizables al contexto mundial o latinoamericano, es posible que en Colombia tenga influencia en la práctica del cuidado.

Con base en lo anterior, Alcaraz et al (33), en un estudio encontraron que aunque la enfermera da en ocasiones cuidado directo a los pacientes, también debe gestionar el servicio, cumplir las funciones médico-delegadas, dar educación, acciones que deberían estar en equilibrio, de manera que el cumplimiento de una de éstas, no interfiera en las otras; sin embargo, la dinámica institucional implantada con la reforma del sector salud, no les permite a las participantes cumplir con dichas funciones eficientemente, y hacerlo implicaría correr el riesgo de perder el trabajo, situación que ninguna quiere vivir y que resuelven privilegiando la parte administrativa, usando la cortesía como forma de comunicación, delegando el cuidado en las auxiliares de enfermería y dando un mínimo de cuidado directo.

En este sentido Germán et al (34), afirman que el fenómeno de la globalización ha inclinado la balanza y no precisamente del lado positivo del mejoramiento del cuidado, y por el contrario, pareciera que las enfermeras han abandonado el cuidado directo de las personas especialmente en el entorno hospitalario, lo que genera un impacto negativo en el acto de cuidar. Falta entonces preguntar a las enfermeras qué significado le dan a esta situación y si de alguna manera intentan hacer un acercamiento al cuidado, mediante acciones que no se han reconocido.

Por otro lado, este trabajo se justifica en la medida que con los resultados se pueden formular recomendaciones pertinentes al contexto con la intención de hacer visible el cuidado y las estrategias que las enfermeras han incorporado en el día a día, lo cual es coherente con lo planteado por Schneider (11) quien afirma, que la enfermería, en un vertiginoso y complejo entorno médico, ha encontrado serias dificultades frente al quehacer de la profesión, porque los cuidados son menospreciados y pierden validez frente al acto médico, ya que la satisfacción de las necesidades básicas aunque no es un acto sencillo, no es trascendental en el contexto actual de las organizaciones de salud, pero sí para los pacientes y familiares, razón por la cual es necesario convertirlo en un acto visible.

Lo dicho hasta aquí hace pensar que el cuidado de enfermería, está respaldado por abundante literatura que destaca atributos como la interacción, la ayuda, la presencia, el respeto por la dignidad y la espiritualidad, entre otros. No obstante, también enfrenta unos retos para llevar estas características a la realidad del día a día en la práctica profesional, lo que finalmente puede llevar a que dicho cuidado profesional no sea reconocido en toda su dimensión, lo que conlleva a su vez, a una pérdida de representatividad como profesión. Los resultados de este trabajo aportarán al concepto del cuidado de enfermería, al fortalecimiento de nuevas teorías en la disciplina y a la reflexión frente a los modelos educativos de la enseñanza e investigación en enfermería y poder enfatizar en aquellos aspectos que son importantes para el ejercicio profesional.

4. Pregunta orientadora

¿Cuál es el significado del cuidado invisible para las enfermeras en su práctica en los servicios de hospitalización?

5. MARCO CONCEPTUAL

Con el fin de dar un marco de referencia a algunos elementos esenciales de este trabajo, se van a revisar los conceptos de enfermería, cuidado de enfermería y cuidado invisible, con el fin de aclarar la perspectiva que orienta el trabajo.

5.1 La enfermería como disciplina y profesión

La enfermería es una disciplina y una profesión, cuyo eje central es el cuidado, el cual se brinda esencialmente a individuos y colectivos. En éste sentido para poder definir la enfermería y de manera casi indiscutible se debe abordar el cuidado como núcleo central de la profesión, y aunque posteriormente se ampliará este concepto es importante reconocer que cuidar, en palabras de Collière (18) involucra también ser cuidado y cuidarse, puesto que es un rasgo propio del ser humano y es por sí mismo, una función esencial y vital para la supervivencia de todos los seres vivos; cuidar, como lo dice Lobato (35) no debería verse solo como un acto accidental producto del desarrollo biológico e instintivo de las especies, sino por contrario, constituye un acto vital para la existencia humana.

Surge entonces la enfermería como profesión y como disciplina, esta última la aborda más allá de un simple oficio y define el cuidado de las personas como su principal centro de interés (12) (18). Pero como otras tantas, la enfermería en la dinámica actual de evolución social, también se ha visto sometida a un sinnúmero de cambios y adaptaciones para lograr su consolidación como disciplina y profesión.

Uno de esos cambios importantes es la característica de enfermería a la cual King (36) hace referencia, cuando postula que ésta más que una simple denominación de profesión, involucra un proceso de interacción y transacción personal, y que producto de la misma se fortalece el proceso interpersonal, lo que permite mejorar la salud de la persona como un sistema de las vivencias de los pacientes en el proceso salud enfermedad.

La evolución de la profesión de enfermería ha dado pasos en su conformación, en lo que Castrillón (37) denomina, como las tres corrientes que han influido en la construcción del conocimiento enfermero: la primera, se centra en la técnica en la cual la enfermería solo cumple un rol de auxiliar del médico y de funciones delegadas por este. En la segunda, la relación cuidador – persona cuidada, el abordaje y la influencia de las corrientes sociológicas y la aplicación de la investigación cualitativa, dio pie para que la enfermera pudiera tener un acercamiento a la subjetividad del enfermo. La última que hace énfasis en el desarrollo de la salud y cobra interés la relación con la salud pública, los aspectos socioeconómicos y políticos en el que se da la interacción de cuidado. Es de resaltar, que todas estas corrientes en la cual el ejercicio de la profesión de

enfermería ha estado presente, están apoyadas en tesis epistemológicas de la antropología cultural, la sociología, la psicología, la demografía, la filosofía y la biología.

Dentro de esos cambios ya mencionados, se encuentra también la regulación de la enfermería como profesión mediante la Ley 266 de 1996, la cual define a la enfermería como “una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y la enfermedad” (38)

Otro aspecto importante frente al concepto de la profesión de enfermería lo plantea Fernández (16), y lo hace puesto en el papel que juega el prestigio, pues según el autor, éste ha sido considerado un determinante en la manera como los individuos se integran en la sociedad y como hacen uso de la profesión para adquirir un reconocimiento. Lo realmente importante para la profesión de enfermería, es que toda esta discusión frente al prestigio se enmarca en la importancia funcional que tienen las profesiones para producir un bien o un servicio puesto que le permite no solo un reconocimiento profesional, sino también, el empoderamiento de las acciones de cuidado, el acercamiento a los pacientes y el desarrollo de la autonomía en el ejercicio de su profesión.

De manera paradójica, para algunas enfermeras el lograr adquirir una posición o algún nivel de prestigio en las organizaciones, también ha abierto una brecha entre la teoría y la práctica, puesto que para algunas, ese prestigio involucra el distanciamiento del cuidado directo para ser delegado a las auxiliares de enfermería. (16)

Por otro lado, a pesar de que la enfermería lleva más de un siglo practicándose y de los desarrollos científicos y epistémicos que ha conseguido especialmente a partir de los años 50, está en una fase de evolución, que no solo la consolida como ciencia y arte, sino también que tiene a su vez, otros factores agregados a su desarrollo como son los políticos, económicos y de las organizaciones y que al día de hoy son determinantes en la manera como las enfermeras asumen el cuidado como el núcleo fundamental de la disciplina. No obstante, es importante acortar la brecha entre la teoría que habla del cuidado que valida su ser profesional y la práctica en la cual pueden encontrar obstáculos como los que ya se mencionaron.

Es de resaltar que es la misma disciplina quien deberá marcar con avances en la investigación y el conocimiento científico, los límites de la práctica, es decir, de la profesión.

5.2 El cuidado como núcleo de la enfermería

La regulación de la enfermería en Colombia está plasmada en la Ley 266, ésta afirma que la meta principal de la profesión es el cuidado integral, el cual se brinda a las personas, familias y comunidades, afianzando los aspectos de autocuidado, fortaleciendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en todas las etapas del ciclo vital.

En consonancia con la ley mencionada, se promulga la ley 911 de 2004 (39) la cual ratifica como eje central de la disciplina el cuidado, el cual debe estar basado en el desarrollo de las teorías y tecnologías propias, además de la consolidación del conocimiento biológico, social y humanístico.

El cuidado constituye el pilar esencial de la enfermería, su núcleo fundamental, y como tal, el principal mecanismo con la cual cobra representatividad el trabajo de la disciplina en los diferentes contextos donde se desarrolla.

La polisemia del concepto de cuidado, está dada por las diferentes perspectivas por el cual sea abordado, pero es la interacción, un rasgo casi general en la infinidad de definiciones teóricas. Así pues, la enfermera se convierte en un elemento terapéutico, y la interacción constituye en sí misma, el mecanismo para poder lograr su objetivo de cuidar (40). Dentro de esas definiciones el diccionario de la Real Academia de la Lengua define el cuidado como “solicitud y atención de hacer algo bien. Asistir, guardar y conservar. Recelo, preocupación, temor” (41). Watson (42) por su parte, define el cuidado con el concepto de *caritas*, el cual en realidad, es la asociación de diez factores de cuidado que dan lugar al acto de cuidar. Para esta autora, el cuidado tiene componentes únicos que conforman las acciones transpersonales e intersubjetivas, los cuales permiten a la persona dar un significado a la salud y la enfermedad, el dolor y el sufrimiento y poder adquirir autocontrol (41).

Así mismo, el cuidado posee un rasgo moral que trasciende más allá de la disciplina de enfermería para incorporarse al campo del valor social, de la interacción con el otro, del respeto por su dignidad y de los significados que le asigna a su enfermedad (42).

Como ya se planteó, el cuidado de enfermería es un proceso que involucra la interacción, y en este sentido Peplau (43) con su teoría de las interrelaciones define la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico, en el cual el cuidado tiene algunas características definitorias como la comunicación, la actitud profesional y la educación.

Por su parte Waldow, presenta una amplia definición del cuidado puesto que lo plantea en términos de “una forma de vida, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con el estar en el mundo y

contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades y de la dignidad humana y de la espiritualidad; es contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida” (45)

También Meleis (21), propone una definición de cuidado, en la cual asume que la enfermería como disciplina, da cuidado como una forma de ayudar a las personas, en un proceso de interacción. Para la autora, la interacción ha sido un concepto trascendental de construcción de la profesión, puesto que la atención a las necesidades relacionadas con el confort, la intimidad y las relaciones humanas, es un foco prioritario del desarrollo disciplinar.

Por otro lado, Newman et al (1) introducen el concepto de *caring* en la experiencia humana de la salud que busca favorecer el desarrollo, la autonomía, la empatía y la confianza, características que sumadas a la interacción solidifican la relación entre el cuidador – paciente.

Así también, Paterson y Zderad (46) ven en el cuidado de enfermería una transacción humana, y por lo tanto involucra a todos los humanos con sus limitaciones, emociones y potencialidades, como un intercambio que afecta la enfermera, que a su vez responde a través de su perspectiva y ser auténtico.

Otra autora, Rivera (47) afirma que el cuidado de enfermería adquiere un componente importante además de la interacción; para ella el cuidado debe ser comprensivo puesto que involucra una mirada holística; implica entender los significados que representa para el paciente la experiencia actual, entendida ésta como la unidad de sentimientos y emociones del contexto total, y así, la enfermera mediante este cuidado, puede ayudar al paciente a ampliar su conciencia frente a la vivencia actual. Para la autora (47), el cuidado comprensivo, incluye los diversos contextos y redes sociales de apoyo de los pacientes para incorporarlos al proceso de cuidado.

También McCance (48) hace una revisión del concepto de cuidado y encuentra los siguientes atributos: atención seria, compromiso, proporcionar (sinónimo de ayudar y proporcionar los medios para), dedicar tiempo a la relación con el paciente para conocerlo y saber lo que es importante para él, respeto por la persona e intención para cuidar.

Podría entenderse que “el elemento diferenciador del cuidado no es lo que se hace, sino cómo se hace” (42) y en este sentido para Waldow (45), el cuidado se caracteriza por ir acompañado de comportamientos y actitudes que le dan un toque distintivo y terapéutico como la compasión, la solidaridad, la escucha y el respeto.

Con lo anterior, la enfermería sustenta su trabajo en actos de relación directa e indirecta con los pacientes y sus familias, en el cual se comparten una serie de

conocimientos específicos, que ameritan de destreza científica y técnica, y que favorecen así el desarrollo del otro como resultado de la actitud profesional de la enfermera. (16)

Así mismo, Amezcua (9) señala que las acciones de cuidado de enfermería al involucrar relaciones directas, sensibles y cargadas de gestos, posturas y miradas, son las que más satisfacción generan a los pacientes y sus familias al interior de las instituciones de salud. Esas características del cuidado, se podría decir, son el fundamento de la enfermería y no puede hablarse de enfermería real cuando no se brinda un cuidado excelente. (34)

5.3 El cuidado invisible de la enfermería en el quehacer diario en los servicios de hospitalización.

Como se expuso, el concepto de cuidado tiene diversos atributos que lo caracterizan, sin embargo, muchos de estos son invisibles porque involucran la presencia de intermediación que restringe o limita la interacción; de esta manera el reto se encuentra en poder disminuir esas barreras limitantes en la interacción, para que los cuidados invisibles se conviertan en actos visibles, es decir para que sean tangibles, reconocidos y por consiguiente valorados.

Así pues, se debe entender que el cuidado trasciende más allá de acciones técnicas de la práctica hospitalaria y como lo argumenta Huércanos, se debe comprender que “los cuidados invisibles son las acciones intencionadas de cuidado de las enfermeras que no son registradas, sea por lo inadecuado de los sistemas de registro, o por el escaso valor que le dan ellas mismas a esas acciones, dicho de otra forma constituyen según lo expresan las autoras, estas acciones de cuidado como la relación terapéutica, el estar ahí, la escucha activa, el cuidar de la intimidad, entre otras, que son las más valoradas por los pacientes.” (49)

Para Balzano (50) el cuidado se hace invisible porque son acciones que buscan resguardar la intimidad y la dignidad del paciente, preservando la privacidad del propio cuerpo. Los diversos cambios en la dinámica económica, política y social han derivado en la manera como la prácticas cuidantes adquieren una forma de invisibilidad o intangibilidad.

Pero de manera lamentable, muchas instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reducen lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. En este sentido, para Poblete (51) las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delegadas de tipo biomédico, quedando

relegadas acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana.

En consonancia, los cuidados de enfermería parece que se enfrentan a múltiples dificultades, puesto que la disciplina, afronta un panorama complicado en ambientes que no facilitan su adecuado desarrollo; es así como en palabras del humanista Boff (14) el cuidado se enfrenta a una crisis económica, que va de la mano con una crisis de civismo y en la cual muchas organizaciones sustituyen el verdadero significado del cuidado por relaciones costo-efectivas y de productividad.

En esta línea, Beltrán (52) afirma, que el cuidado cobra especial importancia en el momento actual, debido a las condiciones sociales, laborales y especialmente las imperantes en las áreas laborales del sector salud, que han ocasionado la reasignación de funciones entre los profesionales, la distorsión en la identidad de la disciplina y el alejamiento de la práctica del cuidado.

Y es que para Waldow y Figueiró (53), en los hospitales confluye la enfermedad, la cual es traumática para el paciente, pero el estar hospitalizado y alejado de su ambiente natural puede hacer más penosa la experiencia. Es ahí, donde cobra importancia el cuidado de enfermería puesto que favorece la disminución del estrés y constituye por sí mismo un efecto terapéutico importante; como lo cita Lobato (35) quien argumenta que en el hospital, convergen tantos sentimientos que la enfermera debe hacer uso de la hospitalidad, el arte de cuidar, la espiritualidad y la ciencia, con perfección técnica y compromiso ético, para respetar y participar de la atención de la persona vulnerable.

Así también, el cuidado en el contexto actual como lo dice Riquelme (54) se centra en el uso de la tecnología, las técnicas, los procedimientos y hasta las máquinas, desestimando en gran parte, la interacción que se surge en el proceso salud enfermedad y enfermera – paciente.

De esta forma Razavi y Staab (55) refiriéndose a las acciones que la enfermera hace las cuales van más allá de simples tareas operativas, explican, están caracterizadas por relaciones interpersonales que coadyuvan al desarrollo de las capacidades humanas de quienes reciben los cuidados.

En este sentido González (3) sostiene que ponerse en la subjetividad del paciente y estar atentos al confort, la confianza y la seguridad, ser sensibles atentos y afectivos, genera mejores resultados y satisfacción de los pacientes (9).

Para Kerouack (12), pareciera que son menos visibles las intervenciones que enfermería hace mediante el uso de recursos internos o intangibles como la escucha, el tacto o la comunicación, a aquellas que utilizan recursos externos o instrumentalizados, dando lugar a un tipo de cuidado denominado cuidado

invisible, tal como lo expresa, Huércanos (18) cuando dice que estos constituyen las acciones de enfermería que son bien valorados por los pacientes, pero que rara vez son registrados. En este sentido dice ella que “las relaciones de poder en las que está inmersa la enfermería, los criterios de calidad de las organizaciones de salud, la concepción de los propios profesionales de lo que la labor conlleva, la historia de la profesión, la formación de los estudiantes, entre otras, promueven mucho más la invisibilidad o intangibilidad del cuidado” (15)

En contraste con lo anterior, la relación terapéutica no aparece, no se plasma y el acompañamiento, el tacto, la escucha activa, el cuidar de la intimidad y la privacidad, pierden validez ante la mirada de las instituciones y de las mismas enfermeras. (15)

En consecuencia, Cortés de Téllez (5) expresa que ante esta pérdida de reconocimiento en el cuidado que brindan las enfermeras en actividades cotidianas, del confort, comunicación y de interacción directa, son las instituciones de salud las responsables de la distorsión del papel de la enfermera y con éste, el cuidado de la vida y la salud de las personas.

De forma paradójica afirman De la Rosa y Zamora (15) el cuidado directo se hace invisible por un afán de las enfermeras por ser representativas en las instituciones y por la necesidad de especialización, lo cual lleva a pensar que el cuidado de enfermería en su intención de ser reconocido, ha perdido terreno.

El cuidado sin lugar a duda, tiene expresiones simples y perdurables, y es que para Collière (18), el cuidado es invisible y trae consecuencias positivas en la forma como los pacientes y la familia tratan y califican a la enfermera.

Tapp et al (24) argumentan que las enfermeras citan muchas intervenciones relacionadas con la enseñanza o el apoyo psicológico, el control del dolor y la comodidad, acciones todas estas, dentro del ejercicio autónomo de la enfermería, pero parecen ser subvaloradas y se vuelven aspectos invisibles del cuidado.

Para Díaz (56), la disciplina requiere hacer un alto en el camino y de manera reflexiva analizar cuáles han sido los determinantes externos que de una u otra manera han limitado su autonomía y restringen el desempeño de destrezas técnicas del cuidado de enfermería a labores administrativas.

De manera importante Amezcua (57) argumenta que, el lenguaje técnico, estandarizado y codificado, no contribuye a mejorar el problema del cuidado; por el contrario, la enfermería vive anclada en el día a día, inmersa en pequeños gestos y discursos, en un universo de detalles que parecen sin importancia, pero que sustentan su propia existencia. Por lo anterior, es que la enfermería debe indagar en lo habitual y rutinario, lo intangible y banal, que surte trascendentales efectos en la existencia de la gente.

En esencia, el cuidado de enfermería en el actual contexto de sistema de salud requiere afrontar con vehemencia, la lucha de poderes que ponen en entredicho la labor de la enfermera e invisibilizan su cuidado; en otras palabras, la enfermera debe buscar poder superar lo que Ortiz-Pommier (58) denomina la “doble agencia” de cuidar cuidando el gasto y manejando recursos, que lo único que provoca es limitar su autonomía, la somete a conflictos éticos y aumenta el poder limitador de las instituciones. De esta forma, las enfermeras pierden la alianza con el paciente para crearlas con las instituciones y adaptarse para sobrevivir en el medio. (59)

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Comprender el significado del cuidado invisible para las enfermeras en su práctica en los servicios de hospitalización.

6.2 Objetivos específicos

- Comprender el significado que la enfermera le da a su deber ser, en los servicios de hospitalización.
- Comprender el significado que la enfermera le da a las funciones que le asigna la institución frente al cuidado en los servicios de hospitalización.
- Comprender el significado que las enfermeras dan lo que hacen en su práctica hospitalaria en los servicios de hospitalización.

7. METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos, se planteó una investigación de enfoque cualitativo con herramientas del método etnográfico.

La importancia de la investigación cualitativa radica en que permite ver a la persona como un ser holístico, inmerso en una cultura, que le puede dar un significado a sus experiencias tal como lo afirma Geertz (60) puesto que la naturaleza humana, no se debe concebir independiente de la cultura dado que el desarrollo del ser humano depende en gran parte de la interacción con la misma.

Igualmente, la investigación cualitativa en palabras de Taylor y Bogdan (61), se caracteriza por ser inductiva al permitir que las categorías emerjan del análisis progresivo durante la recolección de la información; corresponde a un proceso dinámico, flexible y se centra en la comprensión de significados, puntos de vista o perspectivas de los actores de la forma más amplia posible; busca identificar e interpretar las acciones y actividades cotidianas para construir un sentido alrededor de la problemática o fenómeno estudiado.

Por su parte, Goetz y Lecompte sostienen que el método cualitativo “no acepta la separación de los individuos del contexto en el cual se realizan sus vidas y, por tanto, sus comportamientos, así como tampoco acepta ignorar el punto de vista de los sujetos investigados, de sus interpretaciones de las condiciones que deciden sus conductas, y de los resultados tal y como ellos mismos los perciben” (6)

Por lo anterior, la investigación cualitativa es importante en este trabajo ya que es una manera esencial para la construcción del conocimiento de enfermería, puesto que el interés de esta investigación era conocer los significados que las enfermeras le dan al cuidado invisible en el contexto específico de las salas de hospitalización.

Por otro lado, Flick (63) aconseja el uso métodos cualitativos para el estudio de las relaciones sociales y afirma que en la actualidad se requieren narraciones limitadas local, temporal y situacionalmente. Además es importante considerar que desde esta perspectiva, se pueden reconocer algunos sucesos que era intangibles en este trabajo y donde se requería “evitar la mirada aséptica, para darle paso al diálogo de emociones y perspectivas” (64)

En concordancia con esta perspectiva, para enfermería, la investigación cualitativa se articula con una visión interpretativa, puesto que como disciplina se considera como “una ciencia humana, debido a que reclama la conceptualización unitaria del ser humano y se interesa tanto en la teoría como por la práctica y en la experiencia vivida por las personas” (65). Además, la finalidad de la investigación en enfermería es generar una base empírica de conocimiento que sirva como guía a la práctica (66), mucho más, si el asunto práctico que se pretende investigar ha

mostrado en otros contextos y en la práctica cotidiana ser problemático y su estudio puede contribuir al fortalecimiento de la disciplina.

En este sentido, Newman et al (1) plantea que en la investigación en enfermería ha sido común considerar que sólo son adecuadas las manifestaciones observables de salud; bajo esta perspectiva un fenómeno como el cuidado, considerado por las autoras mencionadas en el marco conceptual, como la esencia de enfermería, siempre tendría que ser sacado de su contexto y darle una definición operacional, con lo cual se podría perder su esencia real.

Newman recomienda llegar a una visión del mundo integrativa - transformativa en la cual el cuidado es realmente multidimensional y contextual, y parte de que el conocimiento es relativo y dependiente del contexto. Además esta visión, incluye la naturaleza recíproca de las interacciones enfermera-paciente, las respuestas culturales, así como las características específicas en el proceso salud-enfermedad de los pacientes y su familia. Por tal razón era importante considerar un método cualitativo para el abordaje de la pregunta de investigación.

Por otra parte, Munhall (67) considera que la persona debe entenderse como un ser holístico, pero además, como un ser que está inmerso en el mundo de los otros, en interacción con un mundo de experiencias; la investigación cualitativa no considera la reducción del ser humano o sus experiencias para realizar la investigación, el enfoque de la investigación cualitativa le da interés a la subjetividad y la intersubjetividad.

Por lo tanto, esta investigación pretendió estudiar las acciones de cuidado de las enfermeras, sin desligarlas de su rol en el contexto de trabajo y la forma en que su componente personal, profesional, laboral y social se articula para definir las prácticas de un cuidado que ellas pudieran considerar como invisible. Así también, la investigación cualitativa resalta la interpretación de la conversación cuando permite la comprensión de los significados dados por las enfermeras, sin riesgo al juicio de valor o demérito de su trabajo, y que articulado con la observación, permite la comprensión del tema de investigación, lo que se ajusta aún más, a la característica holística de la investigación cualitativa.

Para ello se parte de un paradigma naturalista, que según Guba (68) no pretende dar leyes universales como sí lo haría el paradigma racionalista, por el contrario, este paradigma centra su atención en la diferencia de cada individuo que aunque puede tener aspectos comunes con otro, no se deben generalizar en todos los contextos y también porque enfatiza en lo que se refiere a las relaciones que se van suscitando entre las personas que comparten un mismo contexto, tal como lo argumenta Goetz y Lecompte (62). El problema no está en determinar la veracidad de los supuestos, sino más bien, cómo estos se acomodan al fenómeno de estudio. Lo más importante de este paradigma y como base de la investigación cualitativa, es que la idea es desarrollar conocimiento, haciendo énfasis en las diferencias y similitudes así como su frecuencia.

En relación a lo anterior, Guba y Lincoln (68), conceptúan que el paradigma naturalista da buenas bases epistemológicas para la construcción de nuevo conocimiento y permite al investigador enfrentarse a múltiples realidades, con una característica divergente en vez de convergente, pero que en la construcción del conocimiento todas los elementos están interrelacionadas entre sí; además desde el paradigma naturalista, estas no solo se refieren a las generadas entre los eventos, sino también, la que se da entre el investigador y los participantes.

Por otra parte, este trabajo partió de la perspectiva de Guber (69), cuando expresa que la comprensión de la etnografía ocurre a tres niveles: el reporte en el cual se describe qué pasa; la explicación o comprensión secundaria que alude a las causas y la comprensión terciaria, se ocupa del significado de lo ocurrido para las personas.

Según lo anterior, el uso del método etnográfico, que para Guber (70) corresponde a una serie de actividades que el investigador realiza en el marco de lo denominado “trabajo de campo” y que da cuenta de los resultados de la descripción. Así también, los fundamentos y características de flexibilidad de la etnografía dan relevancia a los actores y no a los investigadores, privilegiados por expresar en palabras y prácticas, el sentido de su vida, su cotidianidad, sus acontecimientos importantes y hasta su devenir.

Otro aspecto importante de la etnografía que se tomó en cuenta es el argumentado por Boyle, cuando afirma que ésta “se centra en un grupo de personas que tienen algo en común” (71), en este caso la misma profesión y el ámbito de ejercicio del cuidado asistencial hospitalario.

Con lo anterior Brewer (72) afirma que la etnografía es el estudio de las personas en su contexto o campo natural, por medio de métodos que capturan su significado social y las actividades ordinarias y además agrega, que la etnografía da importancia a la capacidad de construcción de la realidad, que tienen las personas y de dotar de significado la realidad social. Este mismo autor sostiene que, el trabajo etnográfico convierte a la cultura en un objeto de estudio y análisis; además “una de sus metas es hacer explícito lo que es implícito en una cultura” (73), o como lo diría Geertz (60), el análisis de la cultura no es una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones.

Se partió que el centro del enfoque etnográfico es la cultura, entendida por Geertz (60) como estructuras de significación socialmente establecidas. Por lo tanto, la etnografía permite describir y comprender los procesos culturales dentro de un contexto determinado; dado que, “la etnografía es el proceso de descripción densa de la cultura y depende de la mirada de los actores mismos que viven los procesos *emic*” (60), que para este caso correspondió a enfermeras que se desempeñan en los servicios de hospitalización, por ello se realizaron entrevistas que aportaron elementos y conceptos con los cuales describieron su quehacer

diario de cuidado y que consideraron por algún motivo, ser invisibles para otros. Además, esos elementos que emergieron de la conversación fueron respetados por el investigador y se mantuvieron a cabalidad las palabras y sentimientos expresados con el fin de encontrar los significados culturales de sus aportes. Así también, la observación participante como herramienta esencial en la investigación etnográfica permitió la interpretación de los significados que las enfermeras construyen en su práctica asistencial hospitalaria.

Es importante anotar, que el interés de este trabajo se centró en la visión de las personas en la realidad que viven y que lo reconoce Galeano (74) cuando afirma que es en ahí en el cual se reconoce la subjetividad y la intersubjetividad que viven las personas.

7.1 SELECCIÓN DEL ESCENARIO

Con base en los argumentos anteriores, es importante considerar que el trabajo de campo en la investigación etnográfica, posee una serie de condiciones con las cuales el investigador garantiza el cumplimiento de los objetivos. En este sentido, Taylor y Bogdan (61) señalan que la investigación que utiliza como técnica la observación participante, adquiere un rasgo de flexibilidad que permanece de principio a fin.

Debido a que en esta investigación se realizó observación es importante resaltar las condiciones esenciales del proceso observacional como fueron: tuvo flexibilidad en todo el proceso, como lo aconsejan autores antes citados (61), se eligió el mejor escenario posible para los objetivos del estudio y se buscó el rapport con los participantes como lo afirman Polit y Hungler (75). Más adelante se ampliarán estas consideraciones.

Un aspecto importante es el que señala Babbie (76) cuando argumenta que el valor del trabajo de campo en la investigación etnográfica, está dado por la perspectiva amplia que da al investigador, puesto que cuando se sitúa directamente en el fenómeno de estudio y puede observarlo de la manera más completa posible, se adquiere un conocimiento más profundo y cabal.

Atendiendo las anteriores recomendaciones, la selección del escenario se hizo de acuerdo a los objetivos de la investigación mediante carta de presentación del investigador y de su proyecto refrendada por la facultad, al igual que la aprobación del comité de ética, a dos instituciones hospitalarias de cualquier nivel de complejidad con servicios de hospitalización y se desempeñaran enfermeras. Estas cartas explicaban los propósitos de la investigación de forma general, y se hizo énfasis que tenía algún carácter particularista con la institución, sino más bien, que pretendía comprender el fenómeno de manera colectiva. A su vez, se hizo hincapié en que la observación no entorpecería las actividades del personal,

que su justificación era netamente académica y que las notas de campo que fueron recogidas no tendrían nombres o identificaciones que pudieran comprometer la confidencialidad de la organización o los participantes.

Otro aspecto importante para algunos autores (61) es como acceder a los escenarios y poder conseguir el rapport. En este sentido definen los autores que los porteros son cruciales, puesto que desempeñan cargos estratégicos en las organizaciones o tienen injerencia y conocimiento de los procesos internos.

Conseguir este portero es esencial como dicen Hammersley y Atkinson (77) cuando enfatizan que del permiso de los porteros depende en gran medida el éxito de la investigación.

De igual modo, la participación constituye un mecanismo crucial en el establecimiento del rapport de la investigación cualitativa y en el trabajo de campo, el establecimiento de éste, es considerado un elemento fundamental en la investigación en instituciones. Con base en los argumentos propuestos por Taylor y Bogdan (61), para esta investigación y como estrategias para lograrlo se priorizó el respeto por las rutinas de trabajo de los participantes; se compartieron experiencias en común que dieron lugar a la empatía y los intereses comunes; se mantuvo la humildad como garante del respeto por el otro, a sus comentarios, acciones o reacciones; prevaleció el rol de novato o también denominado de incompetencia aceptable descrita por Lofland y lofland (78), entendida como la ignorancia del tema y la necesidad de ser enseñado. Adicionalmente, los autores (61) recomiendan que los participantes aunque debían conocer que la investigación se estaba llevando a cabo, no sabrían exactamente lo que se estaba estudiando.

Se hicieron acercamientos previos a la institución donde se realizó la observación con el fin que las personas que allí laboran se familiarizaran con la presencia del investigador, se les explicó que el objetivo no era realizar evaluaciones o auditorias acerca de su trabajo, ni mucho menos la forma como llevan los registros. Para lograr lo anterior, fue importante la ayuda de la coordinadora de enfermería que hizo las veces de portero de la investigación, es decir, facilitó al investigador las rutas de acceso a algunos lugares se necesitaron en la observación y a la vez ayudó a la relación con sus colegas y el resto del equipo.

7.2 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

La selección de los participantes para las entrevistas, se realizó mediante muestreo intencional, expresado por Taylor y Bogdan (61) como la selección de los participantes sin importar su número, más bien, se centra la atención en la potencialidad de cada caso que le permita lograr las comprensiones del tema de estudio, es decir que se seleccionaron las personas que más pudieran dar información acerca del tema de estudio.

Para esta investigación los criterios de inclusión fueron de acuerdo con las siguientes características: enfermeras con experiencia mínima de un año en el trabajo asistencial en servicios de hospitalización, en cualquier nivel de atención independiente del carácter público o privado de la institución y que cuiden pacientes de cualquier edad. Cabe aclarar que los participantes de las entrevistas no fueron los mismos de la institución en la que se realizó la observación. En el apartado de las técnicas de recolección de la información se hace con más detalle una caracterización de los participantes.

Todos los participantes dieron su consentimiento para ser entrevistados; los criterios de exclusión fueron enfermeras que no tuvieran experiencia en la práctica asistencial en servicios de hospitalización o experiencia inferior a un año en servicios de hospitalización.

Los primeros participantes se captaron por contacto social y posteriormente por la técnica de bola de nieve (79), es decir un participante refirió a otro que viviera la misma situación.

No hubo un número preestablecido de personas para entrevistar o de entrevistas para realizar porque los datos se recolectaron hasta lograr la saturación teórica, esto sucede cuando el investigador noto que en el análisis no emergen propiedades y dimensiones nuevas de las categorías y que éste explica gran parte de la variabilidad como acota y Morse (80) con la saturación de las categorías.

Un aspecto importante fue la permanencia en el campo durante la observación, especialmente durante las primeras semanas de trabajo de campo y con base en la recomendación de Taylor y Bogdan (61), se estuvo el tiempo prudente en el escenario, para evitar la acumulación de información que pudiera abrumar al investigador o entorpecer las actividades de los participantes. Posteriormente y con el establecimiento de relaciones de confianza, se pudo extender los tiempos de observación considerando también, que la permanencia excesiva en el campo pudiese dar lugar al olvido de los datos o la falta de tiempo para tomar las notas adecuadas (61).

Una manera de favorecer el trabajo de campo y evitar los riesgos como la pérdida de confianza por parte de los participantes o el entorpecimiento de las actividades, el investigador conservó una distancia respetuosa con los participantes, y que pudieran dar lugar a interpretaciones erróneas.

7.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Históricamente, tal como lo cita Guerrero (81), en la etnografía desde la concepción de Malinowski, la observación y la entrevista son técnicas esenciales del método etnográfico. En este sentido Boyle (71) encuentra que las características de la etnografía son: ser holística y contextual, su carácter

reflexivo, el uso emic y etic y el producto final que se llama etnografía. La autora opina que al ser holística exige poner los datos recolectados en un contexto. A su vez De la Cuesta (82) aclara que los resultados de las etnografías son descripciones comprensivas de las prácticas culturales en sus contextos y se hace necesario advertir, que el contexto no es solo el medio físico, este puede ser el soporte de la acción. Contexto, se refiere también a intangibles que explican comprensivamente el comportamiento humano; intangibles tales como creencias, valores y situaciones, que como en esta investigación, correspondieron a los que las enfermeras se enfrentan en el quehacer diario de los servicios de hospitalización y para lo cual, se utilizaron las herramientas etnográficas de la entrevista y la observación en la búsqueda de esos significados del cuidado invisible para ellas.

También Wolcott (83), opina que la investigación etnográfica se debe orientar a la interpretación de la cultura y no la compone por si sola una técnica de campo o pasar mucho tiempo en el campo, más bien aconseja que “es mejor empezar con entrevistas y las oportunidades para hacer observación participante se presentaran con posterioridad con el fin de comprobar percepciones y explorar temas en profundidad” (83)

Por último, Apud subraya que “la etnografía como investigación multitécnica implica entender la relación método-técnica en su articulación medios-fines, argumento técnico de por medio. Y si bien la observación participante en cuanto técnica cualitativa resulta en la actualidad esencial para el acercamiento antropológico al trabajo de campo, no por ello debe definir en forma absoluta o fagocitar cognitivamente los potenciales del investigador, pudiendo éste extender sus herramientas metodológicas, para de esta manera ampliar su horizonte de preguntas y cuestionamientos” (84)

En este trabajo entonces las técnicas que se utilizaron para la recolección de la información fueron:

7.3.1 La Entrevista.

En esta investigación se utilizó la que Guber (70) denomina como entrevista etnográfica, la cual se concibe como una estrategia que permite que la gente hable acerca de lo que sabe, piensa y cree. Su importancia radica en que el sentido de la vida social se expresa particularmente a través de los discursos que emergen de la vida cotidiana.

Se realizó entonces, una entrevista abierta con una pregunta central en referencia a “*Hábleme de su experiencia de cuidar en servicios de hospitalización*”, además de otras que en la conversación fluida fueran emergiendo. Otros temas adicionales fueron los dirigidos a caracterizar a los participantes, además de expresarse en sus términos y de la realidad que viven en su práctica profesional, concretamente en lo que refiere a aquellos cuidados que realizan y que creen que no se

reconocen, por lo cual puedan parecer invisibles, el papel que juega la institución y los demás contextos; así como también hablaron de los factores visibilizan e invisibilizan el cuidado de la enfermera y que estrategias mecanismos utilizan ellos para hacerlos visibles en los servicios de hospitalización.

En este sentido y tal como lo argumentan Restrepo y Tabares (85) debe ser flexible y dinámica, dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los individuos acerca de su vida, experiencias o situaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizaron siete entrevistas a enfermeras, cinco mujeres y dos hombres con experiencia en trabajo asistencial hospitalario, las cuales hubiesen trabajado como mínimo un año en unidades de cuidado de hospitalización de adultos o pediátrico. Todos los participantes eran procedentes de la ciudad de Medellín, Colombia. Su edad promedio fue 32 años, tres de ellos casados, uno separado y tres solteros. Todos con experiencia en el área asistencial hospitalaria pública y privada siendo esta última la más común. El menor tiempo de experiencia era de 13 meses y el mayor de 9 años. Estas fueron grabadas previo consentimiento de los participantes. Las entrevistas fueron realizadas por el investigador y se llevaron a cabo en el lugar que los participantes desearon, pero se sugirió al participante realizarla fuera de su sitio de trabajo para evitar interferir con su tiempo laboral, en un sitio que cumpliera con requisitos mínimos de privacidad y además, que permitiera la grabación sin ser interferida por otras personas o ambiente. Se intentó que la duración de cada entrevista no fuera superior a una hora y de ser necesario, se solicitó mejor un nuevo encuentro con el participante.

Una condición importante es que para poder realizar estas entrevistas se debió realizar un contacto previo con los participantes, de tal manera que cuando se les realizara la entrevista tuvieran la suficiente confianza y claridad sobre el objetivo, los contenidos y los compromisos, tanto de los participantes como del investigador.

Se realizaron 2 entrevistas a manera de estudio exploratorio, con el fin de detectar errores en las preguntas. No obstante, el carácter exploratorio y la utilidad en encontrar dichos errores, se analizaron y usaron en los resultados.

7.3.2 Observación participante.

Como lo argumentan Hammersley y Atkinson (77), la observación ha sido desde hace mucho tiempo, una herramienta esencial en el trabajo etnográfico. Y es que la observación científica tal como lo afirma Polit y Hungler (75) constituye la manera como se selecciona, observa y se registra de manera clara y sistemática el comportamiento, los eventos y los ambientes que son esenciales para cumplir los objetivos de la investigación.

En este trabajo se realizaron 30 horas de observación, en una institución de tercer nivel de atención, en varios servicios de hospitalización (pediatría, medicina interna, neurología, ortopedia y cirugía), la cual se centró en aspectos del cuidado

en distintos momentos del día y jornadas laborales, (mañana, tarde y noche). Ésta permitió la saturación de las categorías que emergieron de las entrevistas y se centró en aquellos aspectos del cuidado invisible que se han sido definidos desde la literatura y en la interacción que las enfermeras con los pacientes los cuidados que brindaban y los registros que hacen de estos. La descripción del escenario en el cual se realizó la observación se amplía en el apartado de resultados, página 41.

7.3.3 Diario de Campo.

Tal como lo define Alzate (86), el diario de campo permite evidenciar el nivel y desarrollo del sentido crítico. Los diarios de campo son pensamientos sobre el trabajo a realizar, son el intento literario e intimista con un interlocutor inexistente y constituye en sí mismo el diálogo interno entre lo que observó, sintió e interpretó; y tal lo define el autor, corresponde a la discusión interna que se lleva a la letra.

En éste, se registraron los encuentros con los participantes y se tomaron los aspectos importantes, comentarios y demás aspectos que ayudaran a la comprensión del fenómeno.

Así también, sirvió para anotar aspectos metodológicos que se llevaran a cabo con el fin de poder dar un reporte exacto de cómo se llegó a los resultados, se anotaron ideas o dudas que pudieran surgir durante el trabajo de campo o el proceso de análisis y que requirieron una aclaración posterior en otra entrevista o en la observación.

7.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis, se consideraron los cuatro niveles descritos por Morse (80) los cuales son esenciales en la investigación cualitativa: comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar. Fue desde el nivel de comprensión, cuando el investigador comenzó con el proceso de clasificación de la información y tal como lo argumenta.

El análisis etnográfico descrito por Boyle (71) fue la técnica usada para esta investigación en relación y que va en con el método seleccionado.

Este comenzó de manera temprana con la transcripción de las entrevistas. A cada una de esas se le realizó una lectura detallada renglón por renglón en búsqueda de unidades de significado y se hicieron fichas manuales en las cuales se pegaron los fragmentos de cada una de las entrevistas transcritas y las observaciones, con códigos respectivos.

A cada una de esas fichas se les hizo el respectivo memo o nota analítica que sirvió como guía para la categorización.

Finalmente, con cada una de fichas se le hizo una lectura minuciosa, en búsqueda de nuevos códigos que pudieran aparecer en los relatos de los participantes o en

aquellos códigos en los cuales se debía enfatizar en las próximas entrevistas u observaciones. Cada una de las fichas tuvo la respectiva identificación y se clasificaron en un archivador destinado para tal fin.

Con las subcategorías se dio lugar la formulación de las categorías las cuales en esencia, dieron explicación a los fenómenos significativos. Algunas categorías se nombraron con códigos in vivo.

Para poder llegar a este proceso se consideró la saturación teórica, es decir que no hubo en los datos más información nueva sobre el tema. (79)

En el proceso final del análisis, después de tener las categorías, se hizo un mapa conceptual el cual permitió relacionar las categorías obtenidas y las diferentes subcategorías alrededor del significado que emergió.

Para este proceso final, se utilizaron herramientas informáticas que favorecieron la organización de la información tales como Excel y Cmap tool.

8. CRITERIOS DE RIGOR

Se aplicaron los criterios de rigor.

- **Credibilidad:** Castillo y Vásquez (87) dan recomendaciones para el cumplimiento de este criterio al afirmar que la credibilidad se logra cuando los participantes reconocen los resultados preliminares como una verdadera aproximación a lo que piensan y sienten. Este criterio a su vez, requiere de la formación de lazos de empatía, escucha activa y reflexión continua. Así pues, como estrategia para cumplir con el criterio de credibilidad, se transcribieron las entrevistas lo más pronto posible para luego analizarlas y posteriormente se presentaron los resultados preliminares a los participantes, con el fin de corroborar la información y de enriquecer la existente. Otra forma de reforzar la credibilidad involucró la divulgación de resultados en eventos académicos y con los diversos grupos de investigación en enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
En el diario de campo se dio cuenta de manera sistemática de los encuentros y el desarrollo metodológico de la investigación.
De igual forma se respetaron las normas institucionales y académicas y tuvo el aval del comité de ética en investigación.
- **Auditabilidad:** Según lo acotado por Guba y Lincoln (69), la auditabilidad da cuenta de la trazabilidad del trabajo investigativo, del recorrido que se hizo para obtener los datos, permitiendo que otros investigadores pueden entender cómo se llegaron a esos resultados. Con lo anterior, este trabajo, fue sometido a revisión por investigadores expertos en investigación cualitativa y al igual de la verificación de los respectivos comités de ética en investigación. Por otro lado, se detallaron todos los pasos dados por el investigador para llegar a los resultados como fueron la captación de los participantes, cómo se llevaron a cabo las entrevistas en términos de describir el dónde, cuándo, cuál fue la guía de entrevista y el contexto en que se desarrolló, lo mismo que los pasos para el análisis.
- **La transferibilidad:** para este criterio es importante señalar, que permite la aplicabilidad que pueda darse en otros contextos de los resultados obtenidos; y tal como lo afirman los autores señalados (69); así pues, se compartieron los resultados del trabajo en detalle con la comunidad científica para que pudieran acercarlos a sus propios contextos. En la discusión se contrastó la información obtenida con las propuestas de los investigadores y teóricos disponibles en la literatura. El análisis se realizó con suficiente abstracción para que los resultados sean válidos para enfermeras que trabajan en hospitalización en Medellín y en otros contextos.

9. CRITERIOS ÉTICOS

Este proyecto de investigación tuvo en cuenta lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 (88), la cual contempla los aspectos éticos en la investigación en salud. Tomando como fundamento el artículo 5 de la resolución, se veló por el respeto a la dignidad de las personas y la protección del bienestar y sus derechos. Con base en ésta, el estudio fue clasificado como una investigación de riesgo mínimo para los participantes, puesto que la única intervención propuesta fue la entrevista y el diálogo podría evocar recuerdos y suscitar diversas emociones en los participantes en lo que podría ser necesario algún tipo de intervención. Sin embargo, en ninguna entrevista se presentó este caso, al contrario, los participantes se mostraron motivados a compartir su perspectiva y estas fluyeron de manera amena.

Así mismo este estudio no tuvo consecuencias sobre el medio ambiente.

En relación con las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (89) y el Informe Belmont (90), se veló por el mantenimiento de los tres principios esenciales que son: el respeto por las personas, especialmente, en su componente de autonomía para participar libre y de manera informada de la investigación, además de poder retirarse en el momento que así lo consideraran.

El principio de la beneficencia, el cual es entendido como el respeto por las decisiones y opiniones, el favorecimiento del bienestar y la protección al daño. En relación a la protección del daño, se refiere a que ante la eventualidad de si alguno de los participantes durante las entrevistas sufriera algún tipo de descompensación física o psicológica producto de sentimientos o recuerdos de un hecho que desate una crisis emocional, ésta sería atendida por el investigador, pues por ser enfermero cuenta con las competencias para hacer la atención en la crisis, se escucharía a la persona y se permitiría que expresara libremente, y de ser necesario se le haría la remisión correspondiente a su sistema de salud o entidad promotora de salud (EPS) para que fuera valorado y recibiera tratamiento de manera integral. En este sentido, se buscó que las preguntas no contemplaran aspectos de la intimidad del participante, ni de carácter acusatorio, no se hicieron juicios por lo que se diga, ni se dio a conocer la identidad de los participantes, la cual fue totalmente anónima de manera que la información se reportó de manera impersonal, usando códigos o seudónimos.

Por último, el principio de justicia definido como el trato equitativo sin discriminación por su condición personal, social, política o laboral, situación por la cual se definieron unos criterios de selección de los participantes y en los cuales no hubo discriminación en este sentido.

Se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los participantes en el cual se especifica de manera clara y según las recomendaciones de la Declaración de Helsinki del 2013 (91) los objetivos y justificación de la investigación, los

beneficios, riesgos o incomodidades que pudieran presentarse, fuentes financiación y estipulaciones posteriores a la investigación.

La información será resguardada por el autor por dos años después de publicados los resultados en un espacio protegido de actores biológicos y ambientales, que será conocido solo por el investigador.

Por ser una investigación académica, se ciñó a las directrices dadas por la Resolución Rectoral 40455 de 2015 (92) de la Universidad de Antioquia, en la cual se define que será el Comité Central de Ética en Investigación y el Comité de Ética de las facultades o áreas, los que se encargará de velar porque los aspectos éticos de la investigación se reflejen en las normas y prácticas universitarias.

Es importante aclarar que no se ofreció contraprestación por la entrevista, su único beneficio fue hablar con respeto y ser escuchados con atención.

Siguiendo los criterios de conducción ética de Emanuel (93), este trabajo posee:

- **Valor social y científico:** dado que fue sometido a revisión por evaluadores y expertos asignados; además recibió el aval ético y científico por parte de comité de investigación y ética de la facultad con acta de aprobación CEI-FE 2017-6 y la institución donde se desarrolló el trabajo de campo con código IN26-2017. Adicionalmente, tiene valor social pues en el contexto colombiano no se encontraron estudios con las mismas características y, por lo tanto, se espera que los resultados puedan brindar nuevos elementos para el mejoramiento del cuidado de los pacientes, de la práctica profesional y de la disciplina de enfermería. Es de anotar, que para la ejecución se utilizaron los recursos económicos del investigador.
- **Validez científica:** Los objetivos y metodología fueron planteados de manera clara y viable para su realización; además, se aplicó el rigor ético y científico de la investigación con seres humanos y se respetaron los compromisos académicos e institucionales adquiridos para su ejecución.
- **Elección de los participantes:** Los participantes fueron elegidos de acuerdo a los criterios de inclusión descritos en la metodología y en ningún momento se discriminaron por su género, religión, grupo político y estrato social o económico.
- **Proporción del riesgo-beneficio:** como ya se especificó antes, esta investigación no representó ningún riesgo para los participantes. Primó la beneficencia y no la maleficencia, puesto que era más importante el ser humano que la información, la autonomía y la justicia. A su vez, se espera que los resultados obtenidos puedan contribuir al mejoramiento profesional.
- **Evaluación independiente:** El investigador no tiene ningún conflicto de interés. Su trabajo no estuvo respaldado por empresas privadas, ni percibió contraprestaciones económicas para la realización de éste.

- **Consentimiento informado:** Para la investigación cada uno de los participantes firmaron el consentimiento informado el cual fue claro y de ser necesario, se explicó para aclarar las dudas que pudieran surgir. Así mismo, se incluyeron en éste los objetivos, riesgos e incomodidades y el manejo de la confidencialidad, además se veló por la protección de los datos de los participantes.
- **Respeto por los sujetos:** los informantes que aceptaron participar de la investigación y firmaron el consentimiento informado participaron libremente y podían retirarse en el momento que lo desearan sin consecuencia alguna para ellos; no estuvieron en condiciones de vulnerabilidad física, mental, ni laboral. Igualmente, se mantuvo el anonimato y podían corregir o retractarse de lo que dijeron en las entrevistas. Pudieron conocer los resultados obtenidos mediante la devolución individual.

10.COMPROMISOS Y ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Los resultados del trabajo se presentarán en conferencias, ponencias y demás eventos académicos y de investigación del área de la salud, a nivel nacional o internacional según la disponibilidad y apoyo recibido para tal fin.

Así mismo se compartirá con la comunidad universitaria y de la facultad, en sus diversos grupos de investigación y en la institución o instituciones que fueron partícipes y facilitadores de la realización de este proyecto. Por último, se escribirá un artículo para publicación.

11.RESULTADOS.

11.1 Contexto del estudio

Las entrevistas se realizaron a enfermeras que trabajan o trabajaron en instituciones del departamento de Antioquia con diferentes niveles de complejidad, públicos y privados. Este es el sexto departamento más grande del país con aproximadamente 6`500.000 habitantes en sus 125 municipios. Según datos de la Gobernación de Antioquia a 2016, el departamento contaba con 949 instituciones prestadoras de salud (IPS) de las cuales 590 se concentraban en el municipio de Medellín.

- **Escenario institucional**

El trabajo de campo comenzó después del respectivo aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y el aval del Comité de Ética e Investigación de la institución de salud en la cual se realizó la observación.

Este es un hospital de alta complejidad. Atiende a pacientes afiliados a diferentes empresas promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado, no obstante, estas contrataciones varían según las negociaciones entre las empresas, de manera que en un cierto momento pueden suspender la atención a las personas de una determinada EPS y se reanude el contrato en pocos días. La institución es de referencia para pacientes del Departamento de Antioquia y de otros departamentos cercanos y lejanos. Esta institución por ser de alta complejidad atiende pacientes de todas las edades, con diferentes enfermedades y de todos los niveles de atención. Posee especialistas en todas las áreas y tecnología para diagnóstico y terapéutica

En el desarrollo de este trabajo de investigación, durante la fase de la observación se reconocen diversos ambientes en los cuales se brinda el cuidado de enfermería. Desde el punto de vista organizacional, la institución es de tercer nivel de atención, presta servicios de hospitalización de diversas especialidades quirúrgicas y médicas. Aunque existe esa clasificación, es común que algunos servicios por la disponibilidad de camas se ocupan sin tener en cuenta las especialidades. En promedio, los servicios cuentan con 28 a 36 camas, en los cuales son dos enfermeras las que están al cargo del servicio.

En la misma institución existe una variación en la distribución del personal de enfermería, en la cual dos enfermeras asumen las funciones del servicio de hospitalización y las actividades se distribuyen en enfermera administrativa la cual se encarga de pasar la ronda médica, organizar las historias clínicas, realizar los trámites administrativos propios de ingresos, egresos o pruebas diagnósticas, además de mantener actualizada la información en el sistema informático, y la otra denominada enfermera de procedimientos.

En este sentido, la profesional en mención se encarga de realizar todos aquellos procedimientos especiales o que por protocolo institucional, deben ser realizados

por las enfermeras; estos incluyen las curaciones mayores, hemocultivos, sondajes vesicales, asistencia a procedimientos médicos.

En otros servicios aparece la otra forma de asignación en la cual la enfermera asume el cuidado integral de entre 12 a 16 pacientes. Cuando se plantea este cuidado integral se refiere a que la enfermera asume tanto las funciones administrativas como de los procedimientos antes descritos. En ambas formas de distribución, éstas tienen en promedio a cargo 4 a 6 auxiliares de enfermería. La asignación se hace tanto en la jornada diurna como nocturna, con variaciones en ésta para la enfermera de procedimientos quien en el turno nocturno debe asumir dos servicios de hospitalización, que por lo general están en el mismo piso del edificio.

Cada unidad de hospitalización sea especialidad clínica o quirúrgica posee un coordinador que cumple funciones esenciales de auditoría del logro de los objetivos institucionales, control de los estándares de seguridad y seguimiento de las políticas internas, así como las demás actividades administrativas delegadas por la institución. Adicionalmente, al existir un modelo de contratación tercerizado, el personal tiene un coordinador de la empresa que se encarga de su contratación y administración, cuadros de turnos y de rendir los informes necesarios a la institución contratante.

Por su parte las auxiliares de enfermería asumen el cuidado de 4 a 6 pacientes y realizan las actividades de administración de medicamentos, baño e higiene de los pacientes, arreglo de las camas, acompañamiento a procedimientos internos en la institución y procedimientos como pruebas de laboratorio, venopunción, electrocardiogramas o curaciones menores.

11.2 Categorías y subcategorías resultantes

Para las enfermeras el cuidado invisible es hacer todo por el paciente y no con el paciente, es propiciado por que las enfermeras realizan su labor teniendo en cuenta dos criterios: sus prioridades que giran en beneficio del paciente y las de las de las instituciones en las que prima el interés económico, reflejado en indicadores, para cumplir con estos criterios debe transformar el rol, lo que termina alejándolas de los pacientes y sus familiares

En últimas las enfermeras consideran que toda su labor la realizan en contextos adversos a los que ellas deben afrontar y frente a los cuales presentan unas propuestas

Es de aclarar que la relación entre estas categorías no se da, de manera lineal sino de forma cíclica y se puede ver de manera más clara en la **figura 1** que más adelante será descrita en cada una de las categorías y subcategorías que la componen.



Figura 1. Mapa conceptual general de categorías.

11.3 Labor de la enfermera en un marco de invisibilidad:

11.3.1 Lo que hace la enfermera

Las enfermeras consideran que toda su labor la realizan en marco de invisibilidad, el cual es así porque ellas realizan su trabajo para beneficio del paciente, pero no necesariamente esto implica una interacción directa con él, así esta condición de hacer cosas por el paciente, pero no con él, también termina alejándolas de los pacientes y sus familiares, lo que lleva a que ellas consideren que cuidado invisible es todo lo que hace la enfermera.

Esta condición de invisibilidad del cuidado según los participantes tiene una gran influencia debido a cuál sea el provecho económico que generan las acciones de enfermería a las instituciones o que tanto puedan afectar la dinámica institucional o el cumplimiento de los indicadores y los objetivos, tal como lo dice un participante: *“Si usted comienza a tener problemas en la demora del paciente para salir, si puso una queja de por qué no le entregaron los medicamentos o alguna otra razón, eso es ausencia de un profesional que esté ahí integrando todas esas cosas; o sea que la profesión si es visible a nivel profesional, aunque puede que para el paciente sea invisible porque no se da cuenta de eso; él no sabe quién le pidió la comida, si se le pidió sin azúcar, si va con oxígeno, él no sabe eso.”* E4P3-4

11.3.2 Beneficio del paciente: uno hace por el paciente y no con el paciente.

Para los participantes, las enfermeras realizan sus labores en beneficio del paciente, pero son conscientes que esto lo realizan lejos del paciente; que ni él ni su familia la ven realizando estas funciones. De esta manera ella visualiza sus necesidades y las de su familia, y de esta forma, se convierte en la mediadora para poder solucionarlas. Esta mediación de la enfermera se hace con los demás miembros del equipo de salud como médicos (especialistas – generales), auxiliares de enfermería, nutricionistas, psicólogas, administradores y coordinadores de enfermería, además de la mediación con ellas mismas. La dificultad que encuentran las enfermeras en esta mediación es que al igual que en muchas otras acciones, se hace invisible.

Entonces las enfermeras realizan acciones que buscan que tanto pacientes como familia tengan bienestar, que esté ausente de complicaciones, que vuelva a su entorno en las mejores condiciones y que sus familiares estén enterados y puedan realizar un acompañamiento efectivo.

Estas acciones las realizan sin que el paciente se entere, como lo muestra el testimonio: *“(…) yo puedo perder muchas horas de mi tiempo sentada en el teléfono gestionando una ambulancia, o gestionando que el paciente se vaya bien y nadie se da cuenta ¿quién se va a dar cuenta? De eso nadie se va a dar cuenta,*

absolutamente nadie, solamente las auxiliares y yo que hemos estado ahí yendo donde el paciente, venga intentemos sentarlo en una silla de ruedas, miremos, que no cabe en una silla de ruedas, venga sentémoslo en la cama, sacarla en camilla que ella se puede pasar, entonces cuánto tiempo pasa mientras yo hago todas esas cosas (...) llamando a la EPS, trabajo social y ¿quién ve eso? nadie porque eso uno si siquiera uno lo registra en alguna parte(...)" E6P11

A modo de síntesis se presenta la **figura 2** del mapa de esta categoría:

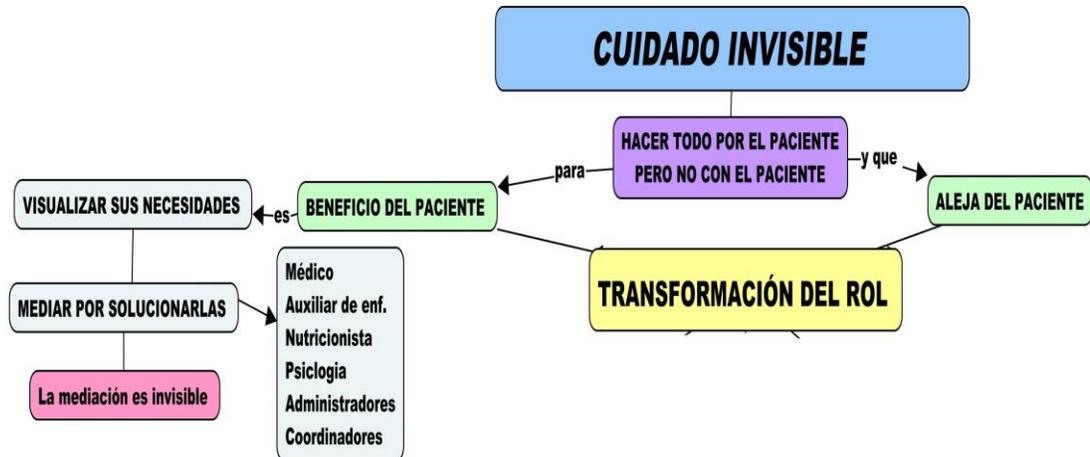


Figura 2. Labor de la enfermera en el marco de la invisibilidad.

11.4 Transformación del rol:

11.4.1 Prioridades de las enfermeras: “Lo que debe hacer”

En palabras de los participantes, la labor de las enfermeras en los servicios de hospitalización depende esencialmente de cuáles son las prioridades de estas, en definitiva, lo que esta debería hacer como enfermera, acciones que incluyen el poder defender su posición profesional, proponer ideas, desarrollar y valorar el arte del cuidado de la enfermería entendido por ellas como todas las habilidades para poder cuidar, tal como se relata “(...) es que el cuidado se refiere al vínculo que yo tengo con mi paciente y es un vínculo personal, de tú a tú, donde yo logro compenetrarme con mis pacientes y entender sus necesidades. El cuidado es un arte; podríamos compararlo como cuando usted dice, es que yo lo que necesito no es plata, es amor, así es más o menos como lo interpreto. Los pacientes en lo que se refiere al cuidado no necesitan artículos, actividades, jeringas o medicamentos; necesitan atención, necesitan que usted este ahí, que lo acompañe, que le pregunte si tiene hambre, ayudarle a comer, cosas así.” E4P7

En este relato se nota que el participante separa las prioridades de la enfermería que están enmarcadas en el cuidado de las que tienen que ver con el registro y control de actividades e insumos.

11.4.2 Prioridades de las instituciones: “Lo que tiene que hacer”

Por otra parte y como se mencionó, las enfermeras también realizan acciones que las alejan del paciente y que dependen especialmente de las funciones asignadas por las instituciones en las cuales se les delegan funciones dirigidas al control de indicadores, del recurso humano, de los costos o de otras delegadas y que limitan el contacto directo con los pacientes y familias.

De esta forma, las enfermeras en su labor diaria en los servicios de hospitalización se enfrentan a las prioridades de la institución o lo que tiene que hacer. Estas acciones podrían resumirse en aquellas que van dirigidas al control institucional y del personal, de los gastos, y diligenciamiento de indicadores, velar por la seguridad del paciente y mantener todos los sistemas de control pertinentes. Esto lo ilustra el testimonio: *“Es muy difícil porque muchas veces la institución nos está exigiendo actividades que para uno no son tan prioritarias, pero ellos están ahí “mire que tiene que hacer eso, tiene que hacer esto”, cuando para uno realmente son medidas que en el momento no son necesarias, que primero está el paciente, que primero está su familia, que primero están sus necesidades o está su atención a diferencia de muchas de las actividades que exige el hospital (...) por ejemplo, formatos, pues está bien, son medidas que son de registro que son preventivas la mayoría, pero que si estamos en una situación como decía de urgencia, pues realmente pueden esperar, o sea se pueden dejar para el final de turno o para después.” E2P2.* En este sentido, este relato da cuenta de cómo la enfermera hace énfasis en las prioridades de la empresa que están en contraposición con las suyas como profesional.

Los participantes reconocen que como resultado de la transformación del rol, las enfermeras han tenido que hacer un cambio en su objeto de cuidado y sin deseárselo, han pasado a cuidar insumos y dispositivos, asignación hecha por la institución.

Un ejemplo es este reporte de observación: *“Es un servicio de los clasificados como complejos, las actividades posreanimación de la enfermera y el enfermero se centran en reponer el carro de paros, hablar por teléfono y escribir en el computador; piden al médico las órdenes para reponer con prontitud los insumos que se gastaron del carro de paros. En el fondo del pasillo un grupo de personas más o menos unas 5 [las que parecen ser familiares del paciente de la parada cardíaca] lloran, mientras una de las auxiliares se acerca a una de las mujeres, pone su mano en la espalda y habla con ella” OBS2/HOSP.*

Para la institución, la labor de la enfermera se enmarca prioritariamente en alcanzar los indicadores que permitan la sostenibilidad y la calidad de la organización. El no cumplimiento puede comprometer no solo la integridad de la institución sino también de la enfermera, tal como se expresa en este testimonio: *“Hay veces que uno se empeña y se empeña y solamente con que pase un evento adverso, se me caiga un paciente por algún motivo, entonces ven más eso que lo que estoy haciendo por otro lado; eso como que lo desinfla a uno (...) es que a*

veces por una cosa borra uno todo lo que hizo bueno o lo que intenta hacer bueno.” E3P6

En este sentido, para los participantes la institución tiene unas prioridades económicas como se ha mostrado, y para cumplirlas cuenta con la labor de la enfermera para que sea ella quien diligencie indicadores y en muchos aspectos contenga el gasto; este afán de cumplir con el modelo económico lleva a que las instituciones midan la labor de la enfermera basándose en indicadores de diferentes tipos, según se muestra en este fragmento de entrevista: *“A mí la institución me mide la productividad por el número de complicaciones, de errores, de problemas que dentro de mis jornadas se generen.” E4P11*

Por lo anterior, los participantes consideran que el cuidado de enfermería se desplazó a un segundo plano por los intereses institucionales y del sistema, cuando estos perdieron importancia frente a los que pueden ser facturables y generar una ganancia para la institución, tal como se expresa en el siguiente relato: *“(…) ellos (la institución) no van a considerar como un acto de cuidado entre muchas actividades que se desarrolla desde enfermería pero ellos al no reflejarla como algo con beneficio económico para la institución pues no se cobra y no se reconoce a la enfermera.” E1P1*

11.4.3 Resultado del cambio: “La enfermera desconocida”

Los participantes expresan que son muchos los resultados que trae esa transformación del rol en su labor diaria en los servicios de hospitalización.

Una de ellas es el tener que alejarse del paciente delegando las acciones de cuidado directo para poder atender todas las funciones que la institución les impone con el resultado de invisibilidad relatado arriba.

En este sentido un participante relata: *“Sucede que dentro del saber disciplinar y la actividad del cuidado hay actividades que las enfermeras profesionales delegaron como la administración de medicamentos. La actividad de la enfermera ha estado delegada a la auxiliar porque la enfermera en la mayoría de los hospitales se le da una carga laboral o un tiempo diferente a otro tipo de actividades: elaboración de kárdex, cosas administrativas y lo que ellos (administrativos y coordinadores) mal llaman gestión de los servicios que es en lo que hemos terminado.” E1P2-3*

Otro resultado para los participantes es que sienten que adquieren un reconocimiento por actividades distintas a las que ellas quisieran que estén más cercanas con el cuidado y con su formación; situación que asocian con la transformación en su rol profesional tal como se expresa en este relato: *“Ellos (pacientes) ya saben, porque ellos con solo verle a uno la toca independientemente de si usted es joven o no, así las auxiliares sean mayores y lleven más experiencia, porque como saben que uno tiene la toca con la raya negra, deben aguantarse y dirigirse a uno.” E6P8;* como se ve la persona expresa

que el reconocimiento que adquieren se debe a un accesorio en su uniforme que las personas asocian con alguien a la cual deben dirigirse para resolver algunas cosas y no a la calidad del cuidado que han dado.

En este sentido, además del reconocimiento laboral, se piensa que las actividades que realizan en su quehacer diario van de la mano con la satisfacción laboral y la motivación, tal como se muestra en este testimonio: *“Yo pienso que las enfermeras serían más felices, tendrían más satisfacción porque uno hace el trabajo; pero a veces se ven tristes cuando se van para la casa porque sienten que nadie se dio cuenta de todo lo que usted hizo por ellos, porque aunque saben que uno hizo algo por ellos y los médicos también, pero las familias y los pacientes a veces se van sin ni siquiera saber cómo se llamaba uno y entonces sí, las veces que a uno lo reconocen eso a uno lo hace muy feliz y entonces uno quiere mucho lo de uno y lo haría mejor todos los días, pero en cambio cuando nadie se da cuenta de lo que tú haces, entonces uno es triste...” E5P27*

Las enfermeras refieren que sienten insatisfacción laboral, pues creen que su trabajo no es valorado a pesar que es la institución la cual las obliga a realizar tareas que no generan reconocimiento o son invisibles para los demás, tal como lo expresa el participante: *“(...) las enfermeras nos cansamos de los trabajos y hablo de mi experiencia personal y es por falta de motivación y porque uno tiene un montón de responsabilidades y cosas por hacer que la gente no valora y que uno en realidad se esfuerza por hacer y que finalmente no tiene como una esencia valiosa para el cuidado del paciente... por ejemplo puedo tener múltiples funciones en un comité, haga un acta, busque este papel, busque el otro, pero ¿quién reconoce eso en realidad?(...)” E6P28*

De igual manera, las enfermeras describen que a partir la transformación del rol aparece el descontento laboral y la desmotivación que las lleva a trabajar con las condiciones que le plantea la institución y no con el sueño que tenían inicialmente orientado hacia el cuidado.

Un participante cuenta: *“Finalmente terminamos trabajando donde mejor nos paguen, al mejor postor así me ponga a hacer cosas con las que no estoy de acuerdo (...) eso es ser un mercenario de salud; el mercenario se va donde le pagan, es una manera de adaptarnos para poder sobrevivir en el medio laboral que nos han impuesto y en el sistema de salud que se presenta. Entonces si uno no se adapta de acuerdo a las reglas uno termina por desaparecer, eso es evolución, así de simple.” E1P5*

De igual forma, consideran que la insatisfacción tiene una causa esencial, pues consideran que no pueden hacer lo que deben hacer, según su prioridad y deseo y se cuestionan el rol que se cumple a nivel profesional; al respecto un participante expresa: *“(...) a veces yo pienso cuando la gente te dice “ay no que lindo su trabajo”, usted como le ayuda a la gente y yo pienso ¿yo le ayudo a la gente?, yo a veces voy a mi turno ¿cómo le ayudé? Porque yo también he sido paciente he*

estado hospitalizada muchas veces y en todas esas veces, te puedo decir muy pocas he podido reconocer a la enfermera que ha estado ahí y siempre me veo en las mismas condiciones en las que te acabo de contar. Siempre termino dándole las gracias a la auxiliar, gracias por la paciencia, que pena por todo lo que yo gritaba, porque me dolía mucho; entonces siempre me quedo con en la incógnita ¿cómo le ayudo yo al paciente?” E5P11

En última dicen los participantes, los símbolos de la enfermería juegan un papel entonces en la interacción que tienen con los pacientes y familiares, puesto que es a partir de la identificación de estos que se asume la visibilidad o invisibilidad de la enfermera en el servicio de hospitalización, tal como se expresa en siguiente fragmento: *“En adultos la toca juega un papel muy importante porque diferencia en jerarquía. Entonces el paciente sabe que los que llegan con una bata son los doctores, pero la toca con una raya independiente del color que sea es la jefe y la auxiliar tiene una toca blanca sin raya; van al puesto de enfermería porque quieren algo y buscan es a la auxiliar, la identifican por la toca” E5P8*

Relatan los participantes que otro resultado del cambio es la realización de un sinnúmero de actividades para las que no fueron educadas en la universidad o de las que no recibieron ninguna preparación o entrenamiento por parte de la institución, en este sentido más que pedir preparación para realizar estas acciones que las instituciones le delegan a las enfermeras, consideran que las debería realizar otro personal y así ellas dedicarse al cuidado que es su prioridad y objetivo.

Esto se ve en el siguiente testimonio: *“Como yo te decía, o sea que le dan a uno una cosa muy bonita que uno dice yo voy a ser la superenfermera y voy a hacer todo por mis pacientes, pero cuando uno llega acá (institución) uno se encuentra que no es solamente el paciente, no solo es trabajar con la auxiliar, sino también que son otras cosas que le delegan a uno, entonces yo creo que puedo dar un poquito más por los pacientes pero hay otras cosas que no lo dejan como cumplir el objetivo...por la parte administrativa que yo creo que esas actividades la podrían hacer otras personas” E3P5*

Con relación a lo anterior, más allá de la preparación académica, las instituciones les exigen la realización de una cantidad de actividades que podían ser delegadas a otras personas, lo que daría más tiempo para el cuidado directo. En este sentido se dice: *“Tengo muchas otras funciones, que me asigna la institución, que no son tan...o sea que podía hacer otra persona (...) hacer la lista de dietas, eso me toca a mí, antes lo hacía la secretaria ahora yo lo hago y de cada lista tengo que imprimir stickers, etiquetas del paciente para que marquen el tetero (...) todos los días eso tranquilamente me toma dos a tres horas. Se imagina yo en esas tres horas bañaba tranquilamente unos cuatro niños o cinco, pudiera haberlos asoleado, pues muchas cosas (...) pasar una nómina, y yo tengo que pasar la nómina de las auxiliares, que lo haga gestión humana” E5P23*

Por otro lado, relatan que al interior de los equipos se han generado luchas por el protagonismo en el cumplimiento de las metas de las instituciones. Otras razones como el estrés laboral, la sobrecarga o la falta de tiempo, también podrían ser generadoras y potenciadoras de dificultades en el ambiente laboral al interior del equipo de enfermería. En este sentido se expresó un participante: *“(...)entre colegas nos tiramos muy duro y nos tiramos duro por bobadas, nos tiramos duro por el hecho de que si dejamos algo pendiente es un problema y si no lo dejó, buscamos qué se quedó pendiente para poner problema y eso a mí es lo que me da rabia porque yo considero que si una persona dejó algo pendiente tal cosa, ah bueno pues yo voy y lo hago; pero hay personas que son así, que si no dejaste nada pendiente buscan por ahí...”E2P11*

De igual forma, expresan que la transformación del rol que sufren las enfermeras, se debe a la falta de autorreconocimiento y del reconocimiento que padecen por parte de otros profesionales y demás personas. Así lo ilustra este fragmento: *“Yo pienso que ahora el trabajo de enfermería es muy mal reconocido y la falta de motivación obviamente existe por eso, porque son muchas las cosas que nosotras hacemos que son invisibles, que nadie ve, que nadie se da cuenta que uno en realidad hace. Si en realidad el trabajo de enfermería fuera más reconocido, el gremio sería más respetado y no solamente por nosotras mismas, porque nosotras...eh como decirlo, cuando uno mismo no valora lo uno hace, uno se cuestiona muchas veces, si lo que está haciendo sí (...); yo pensaría que si uno tuviera más reconocimiento tendría más motivación para hacer las cosas bien.”E2P28*

De igual forma, se encontró que las enfermeras reconocen que resultado de la transformación del rol, sus acciones se hacen visibles ante otros cuando se comete un error, cuando un indicador está lejano a la meta o un problema al cual se le debe encontrar una solución. Esta visibilidad ante las directivas de la institución, los otros profesionales y familias se debe a la representación común de que es la enfermera quien tiene que encontrar una solución. Por el contrario, si ese cuidado está bien hecho y dentro de un indicador de normalidad se hace invisible, lo cual es a su vez es causa de desmotivación e insatisfacción. Una participante relata: *“(...) en mi trabajo sí reconocen y que no hay quien más, porque la gente ya sabe que son mis funciones; ¿cuál gente? Los otros profesionales e incluso los familiares saben que esas funciones son mías; que ellos se acercan a nosotros es a ponernos el problema, aunque no siempre sea un problema de rabia, es de exponer el problema (...) y quien nos puede ayudar, la jefe. Después de ir donde mí, algo tiene que aparecer y esa solución la tengo que buscar yo” E5P20*

También es importante anotar, que para los participantes una de las consecuencias de la transformación del rol es el individualismo y la falta de colegaje de las enfermeras, pues cada quien cuida su interés individual, porque en

definitiva la medición de los indicadores no tienen en cuenta el nivel de solidaridad o la interacción con el paciente o con los familiares que tuvieron como equipo de trabajo, sino que miran un resultado tangible, al respecto se expresa un participante: *“Yo pienso que es como la zona de confort, yo hago lo que a mí me toca hacer y listo; para que me voy a complicar la vida ayudándole a otra. Eso tiene que ver mucho. Cada quien en lo suyo y listo.” E2P12*

Los participantes relatan que en el servicio de hospitalización existe una rutina monótona del trabajo y de las actividades; independiente de cual sea el modelo que la institución acoja para la distribución del personal y sus funciones, en los servicios de hospitalización, ellos laboran bajo los mismos esquemas protocolarios, tanto en el día como en la noche, que poco admiten algo que no esté contemplado, incluyendo un acercamiento al paciente, el cual puede verse como una complicación del turno, porque las enfermeras deberán cumplir con las prioridades de la institución por encima de sus propias prioridades centradas en el cuidado.

Así lo expresa un participante: *“Los servicios de hospitalización tienen como rutinas ya establecidas porque generalmente uno tiene una carga de pacientes bastante grande, entonces uno se tiene que ceñir a un plan de trabajo ya establecido para poder cumplir, porque cuando se sale de eso ya sea porque usted lo deseara por ir más allá con un paciente o porque el mismo trabajo se lo exige, entonces eso hace que se le complique todo.” E4P1*

En relación con la rutina de los servicios de hospitalización, hay un resultado del cambio adicional representado en una paradoja y es que para los participantes, la enfermera termina desconociéndolo todo ante la necesidad de saber de todos los pacientes, esto es porque sobre ella recaen todas las preguntas sobre el estado de los pacientes, pero al no tener tiempo para estar a su lado termina, con una sensación de desconocimiento. A lo anterior una participante expresa: *“(…) me pueden llegar tres especialistas al mismo tiempo, entonces yo no puedo estar con todos, pero generalmente los médicos también reclaman que uno esté ahí y siempre preguntan es a uno a pesar que la auxiliar está ahí y es la que conoce al paciente (…) siempre le preguntan a uno la opinión…” E5P4*

Adicionalmente se resalta que en el trabajo diario de los servicios de hospitalización la comunicación se rompió o ésta se volvió inefectiva y no es solamente por las enfermeras, sino por la misma dinámica que ha adquirido el trabajo, quizá porque el sistema sustituye la comunicación entre los profesionales o porque la invisibilidad no es solo de las enfermeras, sino que es común entre los trabajadores de la salud, pues esa comunicación no solamente adquiere esos rasgos entre las mismas enfermeras, sino también, con los otros miembros del equipo de salud (médicos, auxiliares, administrativos) y los pacientes, lo que complica aún más los procesos de interacción y visibilización de los equipos de trabajo ante ellos mismos y los pacientes.

En este sentido un participante dice: *“La comunicación con los demás profesionales en muchas ocasiones no es productiva ni buena, ¿por qué? Muchas*

veces va el médico, valora el paciente salió y se fue, entró, salió y ya. Usted a qué horas le dijo que esa paciente no estaba durmiendo bien, él nunca lo supo. Que el paciente no ha hecho deposición hace una semana. Nunca lo supo porque nunca preguntó, nunca habló, nunca lo vi.” E2P5-6

En relación a lo antes expuesto, para los participantes la comunicación se limita casi en su totalidad a que cada uno de los integrantes del equipo de salud elabore su plan de cuidados y que sea el sistema el que hable, siendo especialmente la enfermera quien se encargue de unificarlos todos sin que en muchas ocasiones se considere el suyo, lo cual es paradójico porque ella tiene en cuenta el plan de otros profesionales, pero su plan que reúne el de todos no es tomado en cuenta, de allí la queja por la invisibilidad, tal como expresa en el relato: *“El hecho de que usted tenga voz y voto en las actividades y en el plan de tratamientos de un paciente es darle valor a la enfermería. A diferencia de si cada uno va haciendo sus cositas por su lado, porque claro tenemos el médico va y hace su plan de tratamiento, el psicólogo va y hace su plan de cuidado, enfermería va y hace su plan de cuidado, pero ¿quién va y mira el plan de cuidados de enfermería? Nadie lo mira. Lo mira uno y hace sus propias actividades entre sus compañeras y con su personal a cargo, pero para muchas otras disciplinas eso no es importante (...) incluso se resume, están dando órdenes en vez de dar sugerencias de cuidado o complementando ese plan de cuidados de los pacientes y las familias.” E2P6*

Y es que según los participantes, en el trabajo diario de la enfermera, el cambio de rol, alejan del cuidado directo a la enfermera, invisibilizándola aún más y visibilizando la labor de otros miembros del equipo de salud. En este sentido lo expresa un participante: *“En la parte asistencial el personal auxiliar es más visible; el enfermero se hace visible cuando hay problemas en la cotidianidad, porque cuando el paciente pone un queja o hace una exigencia, ellos saben que esta persona que les está dando la atención directa (auxiliar), no es la encargada, el encargado es otro, ese el papel de enfermería, ahí es donde entra y se tiene que hablar con el paciente o con el familiar y mirar que problema hubo.” E4P4*

Un último resultado de la transformación del rol, es que muchas veces el cuidado directo de los pacientes además de delegarse en las auxiliares, se le delega a las familias o los cuidadores, haciendo aún más invisible el cuidado de enfermería, puesto que las enfermeras no dedican el tiempo para las acciones de cuidado básico y solo se ven en el ingreso o el alta de los pacientes, procedimientos especiales o situaciones de emergencias.

En relación a este asunto, un participante expresa: *“A mí por ejemplo me pasó con mi abuelo, cuando estuvo hospitalizado quien era la que estaba ahí, la auxiliar todo el tiempo. Nosotros fuimos una familia que le ayudamos mucho a mi abuelo y también a la auxiliar, vamos a bañarlo juntos, nunca le dejamos la carga sola, entonces eso juega una parte muy importante cuando los familiares están ahí pendientes o sea participantes, yo creo que ellas tienen otra actitud y agradecen más es que la que cuida es la que está ahí todo el tiempo con el paciente.” E6P14*

Como resumen se muestra la **figura 3** del mapa conceptual de esta categoría.

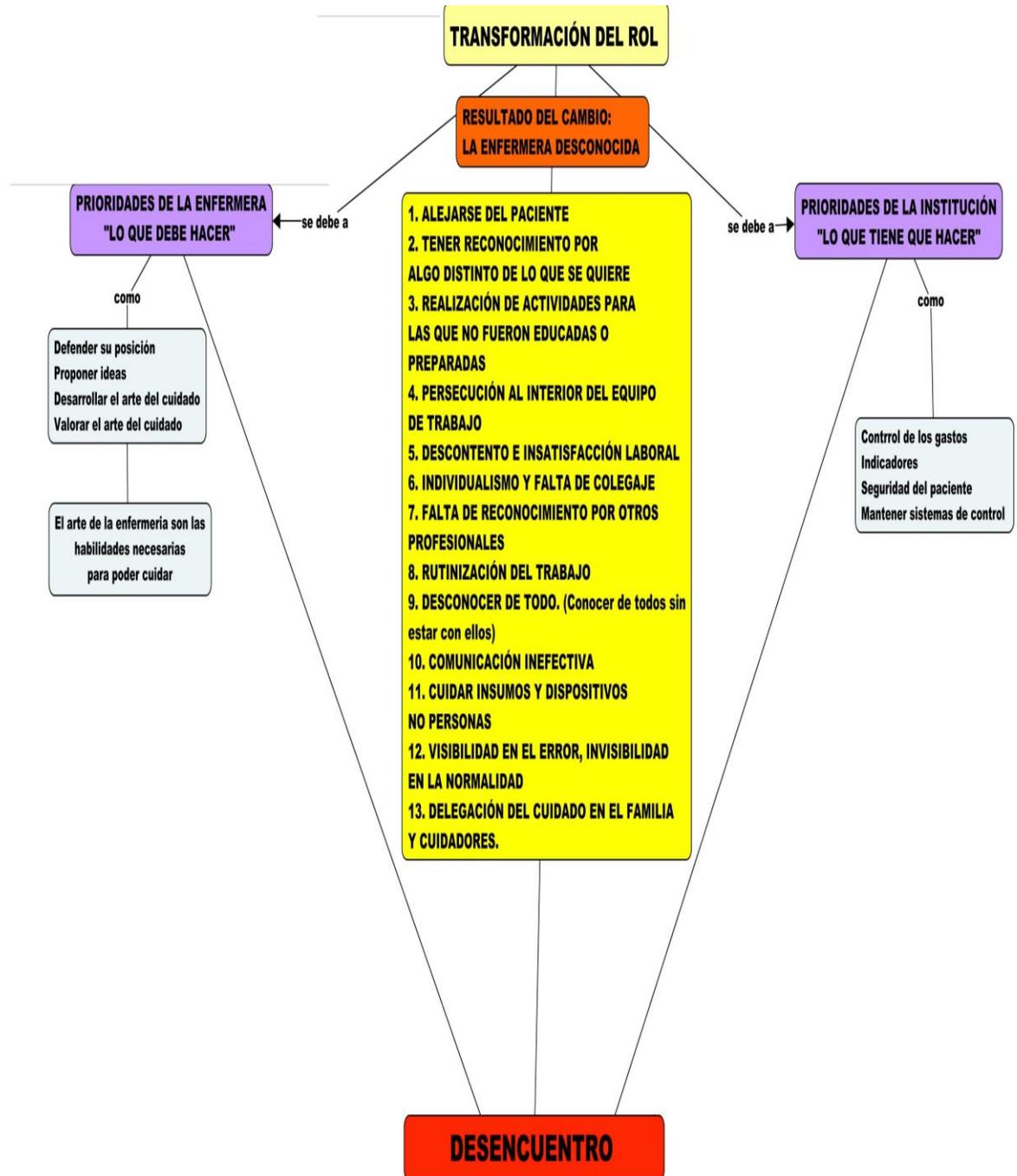


Figura 3. Transformación del rol

11.5 Desencuentro de prioridades

Entre las prioridades de la enfermeras o lo que deben y tienen que hacer se genera un desencuentro, entendido como el desconcierto que expresan los participantes, se da como resultado de su quehacer diario y se describió arriba; esta situación se expresa claramente en el siguiente relato: *“Muchas de las actividades que desarrolla enfermería son sobre los pacientes, son actividades encaminadas al cuidado, pero con miras a la prevención y la disminución del riesgo de invalidez o de la complicación. Ellos (institución) están muy enfocados en el modelo curativo intervencionista...ponen sobre cualquier cosa la viabilidad económica o los recursos o el manejo de estos...” E1P3*

Así pues, para los participantes este desencuentro tiene unos desencadenantes de la invisibilización, para los cuales las enfermeras planean y ejecutan acciones de negociación o estrategias de conciliación y por último convergen en unas propuestas que buscan lograr la utopía que es poder ejercer su profesión conforme a su prioridad; éstas se describen continuación.

11.5.1 Desencadenantes de la invisibilización: ¿Por qué me hago invisible?

Se encontraron varios desencadenantes del desencuentro de prioridades de la enfermera y de las instituciones, entre las cuales las ellas relatan existen diversos modelos que determinan la forma cómo deberían hacer las cosas y cómo en realidad las hacen.

Expresan que uno de ellos es el modelo educativo, puesto que consideran que hay una brecha entre la teoría y la práctica, de tal manera que ellos consideran que el conocimiento que se imparte en la universidad es distinto a la realidad que se vive en el campo hospitalario lo que causa un choque entre sus prioridades y las prioridades reales del medio. En este sentido relata un participante: *“La educación para mí está clara, siempre hubo una invitación hacia cuidar y hacia hacerlo por encima de tu personal a cargo para que te reconocieran por eso. Pero hay una ruptura entre lo que es la formación y lo que es la realidad.” E4P4-5.* Sin embargo, los participantes no llaman a un cambio en el modelo educativo o a que las eduquen para alejarse del cuidado, sino más bien a una posibilidad de acercar las exigencias de la empresa a este perfil educativo.

Un segundo modelo que causa el desencuentro para ellos tiene que ver con el modelo económico mundial y nacional, ligado a un modelo de salud que determina la manera como se mide el funcionamiento de las instituciones, por un lado, tendientes a la rentabilidad y la supervivencia económica, por otro lado, con la obligación de cumplir con algunos indicadores de ley. Adicionalmente, para los participantes esta prioridad institucional es una tarea delegada a la enfermera como parte de su labor.

Al respecto relata un participante: *“Hasta eso nos llevó la legislación en salud desde la Ley 100, creo que cambiaron muchas cosas. Me parece que antes había más humanidad en el trato del paciente, a uno lo miraban a la cara, le mostraban algo de interés por la realidad personal de uno y no solo de la patología, entendían que lo que uno estaba padeciendo en ese momento como una expresión patológica, podría provenir de otras situaciones como la parte social, la parte económica. Ahora si llega un paciente diabético descompensado a ellos no les interesa si tiene comida en la casa o qué tipo de alimentos (...) entonces el modelo de salud que se planteó es un modelo netamente económico.” E1P4*

En relación a la normativa, dicen los participantes otra causa importante de ese desencuentro, corresponde a lo que denominan el software puesto que algunos de estos programas no permiten un registro adecuado de aquellas acciones que realiza la enfermera y que no son facturables o no generan rentabilidad económica en las instituciones, por ejemplo, las actividades de educación o comodidad.

Un participante relata: *“La administración del servicio que redundante en la atención del paciente está llena de cuidados que son invisibles, porque esas cosas no hay donde registrarlas; algunas se quedan en los cuadernos porque el sistema no tiene espacio, se escribe en la entrega de turno, pero no todo lo que uno hace.” E7P2*

En esta misma línea, el desencuentro se produce cuando las acciones que realizan las enfermeras solo se reconocen si adquieren un valor monetario ligado al software o sistema de facturación y registro de la institución, problema que para ellas se agrava cuando no existe una manera de estandarizarlos, tal como se expresa en el siguiente testimonio: *“Lo que pasa es que las actividades son visibles en los hospitales porque están unidas o hacen parte de un software que es de historia clínica; pero en realidad ese software está ligado a un otro programa financiero de cobro, entonces tienen actividades para cada profesión del área y las actividades que están unidas a lo que es sujeto de cobro en enfermería son infinitamente menores.” E1P2*

Un tercer modelo corresponde al institucional, el cual para ellos influye directamente en las enfermeras pues las somete a sobrecarga laboral o las condiciona con el tipo de contratación y el salario llevando a que ellas quieran cumplir con lo que las instituciones les exige y que está expresado en los protocolos, normas internas, manual de funciones por cargo y distribución del personal.

Por ejemplo, un participante relata: *“Es que a mí la institución me obliga a hacerle unos procedimientos y a ponerle unos medicamentos y a cumplir unas órdenes médicas. A mí la institución no me obliga a detectar necesidades de la paciente, pues por decirlo así.” E2P3*

Para ellas, este afán de cumplir con lo que solicita la institución las puede hacer vivir cierta incertidumbre al cambiar de institución o de servicio en la misma institución, lo que lleva a que las enfermeras tengan que realizar inducción en

cada sala. A esta situación se refiere la participante: *“Me llama la atención como se puede trabajar muy diferente en cada servicio siendo el mismo hospital, yo creo que se deben unificar los protocolos, porque vas a otro servicio de hospitalización y no se trabaja igual (...) jefe es que así se hace acá y vas a otro servicio y así se hace acá y es una misma institución...” E3P1*

Así, consideran que es necesario que las instituciones aclaren sus funciones, obligaciones y derechos laborales. Uno de los participantes decía: *“La enfermería tiene mucho que ver en la invisibilidad porque nosotros hemos permitido que se nos pongan condiciones laborales donde no existen unas reglas claras, por ejemplo no está escrito el alcance de las actividades de enfermería o cuales son las acciones o actividades...” E1P5*

Por otra parte, la exigencia de tareas de las instituciones, en especial, las que se refieren a las administrativas y de gestión, influyen en el tiempo que tiene la enfermera para realizar sus tareas y priorizar sus acciones, puesto que la falta de éste da como resultado el que deban asumir diferentes roles en las instituciones lo que las aleja de los pacientes y sus familias. Un ejemplo de éste desencadenante que interviene en el modelo asistencial lo describe el siguiente participante en su relato: *“(...) yo pongo la vancomicina claro, yo debería de poner la vancomicina, debería de vigilar la complicación, yo debería vigilar si aparece el hombre rojo, yo debería de vigilar la flebitis, yo debería vigilar en que vamos a diluir ese medicamento, entonces yo debería vigilar en cuanto tiempo, yo debería vigilar que el acceso venoso este bien, eso debería vigilar yo; pero no, yo tengo que hacer en mi institución: mandar por el mensajero, pedir la vancomicina, llamar para que la despachen, mandar por ella y cuando la traen es la auxiliar la que la pone; entonces yo pienso que yo lo debería hacer y a mí me gustaría hacerlo, simplemente que esas son mis funciones, ya están establecidas para que yo haga y no puedo hacer más” E5P24-25*

En este sentido, los participantes reconocen que las instituciones también les exigen que deben brindar cuidados con calidad a los pacientes, pero no dan los elementos ni el tiempo necesario para poder brindarlo, debido a las actividades delegadas que las alejan del cuidado directo, tal como se expresa en el siguiente fragmento: *“Yo pienso que esas mismas actividades que nos demanda la institución, muchas veces hacen que nosotros no tengamos el tiempo suficiente para estar más pendientes de las actividades que hay que hacer con el paciente(...) hay necesidades que tienen los pacientes y que nosotros por enfermería sabemos que es muy importante suplirlas y muchas veces no tenemos forma ni de observarlas ni detectarlas. Podemos estar todo el día con el paciente y no darnos cuenta muchas veces ¿Por qué? Porque no tenemos tiempo para sentarnos con ellos” E2P3*

En relación a lo anterior, el factor tiempo es tan importante en la labor diaria de las enfermeras en los servicios de hospitalización que dependen en gran parte de los

sistemas informáticos para poder actualizar todos los datos de los pacientes y de esta manera poder mantener los registros e indicadores al orden del día, puesto que es relevante la información que se deja para el resto del equipo. Esta actividad que es de gran importancia para la institución y los miembros del equipo de salud les demanda mucho tiempo a las enfermeras. Así lo expresa un participante: *“Yo me siento en un computador y reviso paciente por paciente, no tan exhaustivamente como uno lo hace en el día pero reviso la última evolución y lo ordenado, pero uno a veces por el tiempo no le da, por estar haciendo otras cosas que tengo que entregar en la entrega de turno y no puedo dejar pendiente; la compañera se va a enojar si le dejo esto, eso es lo que uno más piensa” E3P6-8*

Por su parte, para los participantes es importante la estructura jerárquica de la institución, que en algunos momentos puede propiciar que las enfermeras se sientan maltratadas por otros profesionales o por personas de la misma profesión; este maltrato puede deberse a que las enfermeras sienten temor a defender lo que para ellas son verdaderamente sus funciones y que en ocasiones están en contravía con lo que necesita la institución.

En relación expresa: *“Yo pienso que el coordinador de enfermería vela por lo que quiera la institución y que al fin y al cabo se haga. No muchas, aunque también ha pasado, que nos defiendan, que están de nuestro lado o median con la institución las exigencias y eso, pero pienso que el papel de ellos es que nosotros seamos productivos.” E2P8*

Según lo anterior, un desencadenante de invisibilidad del cuidado y que genera ese desencuentro es que las enfermeras no tienen la fortaleza para defender sus prioridades y el empoderamiento que permita su afianzamiento en los servicios de hospitalización. A lo anterior un participante relata. *“Yo creo que la enfermería debería tener y respetar la antigüedad, porque de tantos temas que hemos hablado acá, muchas de ellas las de la antigüedad y que esas cosas se pierdan hacen parte de ser más novato en la profesión, no poder defender con ideas algunas cosas, ni defender tu posición, ni saber qué es lo que en verdad tienes que hacer ni el valor que tiene.” E4P9*

Por otra parte, los participantes también mencionan que una causa de las dificultades descritas, es la organización de la institución, en términos de infraestructura para referirse a la disposición de los servicios de hospitalización o el tamaño de los mismos, puesto que pareciera que el tamaño de las salas, la distancia entre las habitaciones y el puesto de enfermería, pudiera afectar el acercamiento de las enfermeras con los pacientes y cumplir con lo que creen que deben hacer y que es su prioridad.

Un participante relata: *“Yo considero que varía mucho entre hospital y hospital. Que he notado, que mientras más grande sea el hospital me parece que enfermería como que menos valor tiene. No sé si es mi impresión, pero mientras más grande sea el hospital cada quien va por su lado y el reconocimiento a las labores de cada uno es muy diferente.” E2P6*

A su vez, otra expresa: *“Mi servicio tiene una desventaja y es que es horizontal, porque cuando el puesto de enfermería es circular usted alcanza a visualizar a todos los pacientes y a escuchar lo que están diciendo o ver que está pasando, pero por ejemplo en el mío por ser largo y el puesto de enfermería está en el centro, entonces los pacientes de los finales yo no me doy cuenta, ni siquiera escucho que está pasando, a veces nunca. En la entrega de turno le pregunto a la auxiliar, al fin ¿cómo pasó el paciente del dieciséis? Es muy lejos el puesto de enfermería.” E5P10*

11.5.2 Negociación, estrategias o conciliación: Afrontando el reto

Ante la situación de desencuentro descrita, es preciso realizar una serie de estrategias o negociaciones para poder asumir sus labores diarias en los servicios de hospitalización, según la prioridad como se describió antes; estas estrategias son de varios tipos y aparecen como una posibilidad para poder afrontar el reto de cuidar en un contexto clínico que pone tantos obstáculos y así hacer lo que consideran que es su deber como profesionales al servicio del cuidado del paciente.

Los participantes refieren que las enfermeras intentan retomar el cuidado directo, lo cual implica que realicen la atención a los pacientes y omitan funciones delegadas por la institución o las aplacen a otro momento para dedicarse a aspectos importantes de los pacientes y de esta manera se deja a que las auxiliares colaboren en acciones específicas. En este sentido, relata un participante: *“Yo nunca enfoco eso como en los costos, yo en realidad nunca pienso en eso, no me interesa que si sería más barato o más caro, pues yo no soy contadora, no tengo idea de si vale más o menos, que serían más infecciones o menos, pues yo no soy la epidemióloga; a mí solo me gusta ser más feliz, brindar ese cuidado yo y que cuando la gente se vaya me diga gracias por los que tu hiciste por mi papá, por mi hija o por mi... gracias.” E6P27-28*

En este sentido, los participantes dan cuenta entonces de una actitud crítica frente a su quehacer diario y a la firme intención de retomar el cuidado directo como parte de su labor, tal como lo relató un participante: *“En mi institución la transfusión la instalo yo, pues la verifico yo, si éste es el paciente, si señor está usted de acuerdo, si firmó el consentimiento informado, le monto y ya me voy; pero yo no hago eso, las auxiliares más saben que yo no lo hago, la vigilo yo; ah jefe tranquila, no, yo soy la que tomo los signos vitales y los registro, pero viene mi institución dice: lo hace la auxiliar, mi institución dice que ella registra los signos vitales, mi institución dice que ella va y explica; entonces son cosas con las que me peleo con la institución y le digo y le pregunto ¿por qué me está quitando esta función?” E5P25*

Ellos consideran que con el fin de realizar una atención directa, deben hacer una valoración de las necesidades de cuidado que tiene el paciente estableciendo una relación terapéutica por lo menos con los pacientes que consideren con mayor prioridad, así lo manifiesta un participante: *“Acá por ejemplo hay un paciente con una osteomielitis muy complicada y el señor casi no duerme, está con la depresión más profunda; entonces uno le pregunta cómo se ha sentido o cómo ha estado o cómo ha dormido, porque no ha estado durmiendo bien; hay veces que no quiere hablar mucho, pero uno intenta tener esa relación” E3P7*

Ante este panorama, las enfermeras intentan aprovechar cada oportunidad que tienen para establecer contacto con el paciente, poder indagar sobre sus necesidades y de una manera muy limitada comenzar a interactuar de una manera más directa, así sea en situaciones muy específicas que puedan acercarse a él como lo es durante algún procedimiento; no obstante, reconocen que esta presencialidad es poca.

En este sentido un participante relata: *“Realmente la presencialidad del enfermero en un servicio de hospitalización con el paciente está en un 10%. Se limita al ingreso, dependiendo de las condiciones en las que llega el paciente, si es postquirúrgico, si viene de urgencias, si viene tranquilo o si es preoperatorio. O al menos que el paciente requiera de un procedimiento especial que implique la presencia del profesional: un sondaje vesical, administrar un medicamento especial, una transfusión, que implican la atención directa.” E4P2*

Con lo anterior, en ocasiones las enfermeras deben aislarse para poder tener encuentros cercanos y de intimidad con los pacientes. Consideran que estos momentos requieren de soledad y tranquilidad en los cuales pueden tener una comunicación personal y donde nadie les interrumpa; lo antes descrito da cuenta de que en los servicios de hospitalización las enfermeras desean tener momentos de interacción, acercamiento e intimidad y comunicación con los pacientes, aunque sean limitados por los factores ya descritos. En referencia a esto, un participante relata: *“De hecho si hay otras personas presenciándolo no funciona tan bien, porque usted para hacer este tipo de cosas necesita intimidad con el paciente, usted no se sienta a acariciar un paciente, a cogerle la mano y a intentar calmarlo con dos o tres auxiliares ahí, usted se sienta cuando está en soledad, en privacidad idealmente porque es el ambiente que se genera entre el paciente y usted.” E4P5*

Otra estrategia que utilizan, es enfocar sus tareas en el cuidado del paciente, es decir, centrarlo en aquellas que realmente les permiten la satisfacción personal y profesional, y así lo expresa un participante cuando afirma: *“vea yo pienso que la base del cuidado de nosotros es directamente el paciente y su familia, ni las instituciones ni nada de eso, para mi es el paciente”. E5P28*

Así mismo, los participantes consideran que las estrategias para enfocarse en el paciente son más beneficiosas que las otras impuestas por la institución al quehacer de la enfermera. Un participante relata: *“Yo tengo que garantizar que*

todas las cosas que se requieren para favorecer el cuidado del paciente estén ahí, entonces necesito que los insumos que el paciente necesita estén ahí, que si el paciente necesita un medicamento pues llegue a la hora que hay que poner el medicamento, que si necesita un medicamento pues que yo se lo consiga, si necesita una ayuda diagnostica la podemos hacer, todo eso o sea necesito gestionar las cosas y ver la prioridad de las cosas porque como que tengo la visión general.” E6P15

Igual de importante en el cuidado de los pacientes, es el que no solo se dirige al cuidado físico, sino que trasciende para convertirse en un cuidado más holístico que considere también su contexto. A esto se refiere el fragmento: *“Es que el cuidado se enfoca en todas las esferas del paciente, no solamente el paciente como tal en su fisiología y su enfermedad y en las órdenes médicas, pues el paciente en relación a su hospitalización, sino a también a sus otros ámbitos, mirar el paciente, si tiene posibilidad económica de estar ahí, si su familia puede comer mientras está ahí, si tienen como desplazarse y si cuando le den el alta, ese paciente si tiene como continuar con el cuidado” E6P18-19*

En contraste, también consideran que una manera de trabajar para el paciente así no esté con él, es cuando se dedican a todas las funciones administrativas y de gestión, acciones que son invisibles para los pacientes, pero esenciales para la institución.

Es así como un participante relata: *“Se está trabajando para el paciente, pero no con el paciente, se trabaja para que coma, se le den los medicamentos a tiempo, para que se pueda ir para la casa a tiempo. Pero él directamente no lo ve, ni sabe quién está detrás de todas esas cosas que van apareciendo” E4P2*

De esta forma para los participantes, la gestión que es una función asignada a la cual dedican casi la totalidad del tiempo en hospitalización necesita hacerse visible como una tarea esencial en el cuidado de la personas y sus familias y así lo expresan en el relato: *“Es que enfermería tramite una ambulancia o que garantice que el paciente se vaya con oxígeno para la casa, eso no lo exige la institución eso lo exige la situación del paciente, uno está obligado a que el paciente se le continúe el tratamiento. No es una directriz como tal, sino que por el hecho de estar hospitalizado entra en sus funciones, enfermería es el encargado de garantizar que todas esas cosas se cumplan dentro del paciente.” E4P3*

Las enfermeras consideran que son verdaderas salvavidas de los pacientes, pero también de los médicos y de otros profesionales, porque son las que permiten el funcionamiento de los servicios, además facilitan que estén todos los datos de los pacientes para que los otros profesionales puedan tener una visión completa del estado del paciente,

No obstante, la enfermera debe superar a su vez ser un espectador dentro de la ronda, pues ellas explican, como los médicos demandan la presencia de la enfermera, pero con frecuencia no valoran su opinión. A lo anterior, se refiere un

participante en su relato: *“Yo pienso que lo ideal sería que usted fuera a esa ronda a participar de ella y que él (médico) lo hiciera participe de esta; pero no, normalmente usted va a hacer presencia muda, entonces yo estoy ahí y yo siento que el desconoce del paciente que para no pasar vergüenza me tiene ahí, por si él tiene algún apuro pues yo lo saque de ese apuro, para que yo le diga cosas que él no va a saber, pero no porque él me necesite ni porque me esté dando importancia.”E4P6*

Por último, en los modelos institucionales actuales además de las funciones delegadas, las enfermeras con frecuencia deben realizar una jerarquización del cuidado, es decir, priorizar entre todos los pacientes que tienen y las diversas funciones que deben realizar tanto administrativas como de cuidado.

Una de las participantes relata: *“Digamos por ejemplo, las actividades de higiene que para algunos pacientes son muy importantes, pero si uno tiene que atender un paciente en estado crítico, uno no se va a poner a atender esas necesidades de higiene de otro paciente; uno prioriza cosas que a veces puede que no sean tan prioritarias, pero eso depende mucho de la capacidad de priorización que uno tenga, de priorizar las necesidades de cada persona, del paciente y del servicio también.” E2P2*

11.5.3 Propuestas para el cambio: Buscando la utopía.

Con el panorama que expresan los participantes en su labor en los servicios de hospitalización, dan cuenta de algunas recomendaciones que ayudarían a limitar el desencuentro. Estas propuestas de cambio permitirían un cuidado de enfermería que se dedique más a lo esencial y no a lo que les imponen

Una de estas recomendaciones es la delegación de muchas de las funciones administrativas que actualmente desarrollan y que podrían ser asumidas por otro personal. Por ejemplo un participante dice: *“Yo creo que son exigencias del proceso asistencial que se han descargado a la enfermera y que algunas podrían ser descargadas en otras personas o hechas de otra manera, para que enfermería pueda hacer otras cosas quizás”. E4P3*

Ellos consideran que esta recomendación encaminada a delegar algunas funciones que las alejan de los pacientes, además tiene la ventaja que los beneficia, pues ellas tendrían potencialmente más tiempo para valorarlos y ofrecerles cuidado directo. Al respecto se refiere un participante: *“Que podría ser mejor para los pacientes y para uno que el apoyo del otro personal, por ejemplo si yo tengo camilleros para trasladar pacientes (...) si tengo una auxiliar de laboratorio que me toma las muestras, que es un función de apoyo, pues uno puede delegar funciones a ese personal para provecho de los pacientes no solo la administración de medicamentos y suplir necesidades de higiene, sino también las*

escalas, evaluar riesgos que tiene el paciente, uno puede aprovecharse de esa cantidad de personal...”E2P5

Otra recomendación, es la educación al personal, dado que si las actividades que se tienen que hacer cumpliendo con las prioridades de la institución, no permiten a la enfermera realizarlas directamente, por lo menos sería bueno que el personal que las realice, tenga los elementos para hacer el mejor cuidado posible con la mejor calidad para los pacientes y sus familias.

Al respecto un participante compartió: *“Por ejemplo acá las flebitis se están viendo mucho, entonces uno en las entregas de turno está pendiente de las venitas, de que las canalicen bien, hace una ronda detrás de la auxiliar que es la administración de medicamentos, entonces ahí uno ve la canalizada de la venas, ve si está haciendo mal la asepsia, entonces la tienes que hacer tantas veces para insertar el catéter y corregir a la muchachas; que si dejan el cistofló ahí en el suelo y eso no se puede o se lo suben al paciente.” E3P5*

Ahora bien, las enfermeras buscan que esta educación al personal sea en aspectos técnicos de los procedimientos y cuidados en general, pero también en lo referente a la situación de cada paciente en particular, de tal manera que buscan que los cuidados se realicen conforme cada persona los necesite.

Por ejemplo un participante relata: *“Uno les dice a las muchachas (auxiliares), mire cuando entren explíquele muy bien todos los procedimientos a la mamá porque ella es muy ansiosa, o sea no se vayan a llegar a hacer todo como se hace, explíquele todo lo que le vayan a hacer, lo que sea, así sea cambiarle el pañal, porque le va a poner esa crema, porque le va a poner ese medicamento, todo listo.” E5P22*

En una recomendación adicional los participantes consideran que es necesario el empoderamiento y la agremiación para lograr la recuperación del rol como enfermeras en lo que ellas consideran que deben hacer. Esto permitiría la mejoría de la autonomía profesional y de la motivación para ejercer su profesión. Esta recomendación se refiere a los cambios al interior de las instituciones para que se reestructuren sus manuales de funciones, como lo relata un participante a continuación: *“Yo pienso que también en torno a lo que es la labor de enfermería, de pronto que se modifiquen esas acciones que tenemos que hacer a diario, que nos podamos dedicar mucho más a lo que como enfermeros, a lo que realmente es la enfermería y no solamente a unas actividades muy específicas, que aunque son importantes, estamos dejando de lado otras actividades”E2P7*

Para los participantes, se necesita la unión de las enfermeras en torno a estos cambios que ellas consideran como necesarios, tal como se expresa en el relato: *“Yo espero que algún día se haga, eso depende de los que estamos en este momento ejerciendo y dependerá de los que vienen detrás de nosotros, puesto que éste es el momento de actuar nuestro y el rechazo no se puede hacer solamente con manifestaciones, el rechazo se tiene que hacer con argumentos a*

nivel superior y es muy difícil por las pretensiones económicas altas y luchar con eso es bastante complejo, pero entre más unión haya a nivel de enfermería y los gremios de la salud, muy probablemente puedan haber unos cambios sustanciales en él” E1P4

Una recomendación más, dirigida a la valoración que debe hacer la institución de la experiencia profesional, de la experticia, de la capacidad que tienen muchas enfermeras para desenvolverse en diferentes áreas hospitalarias. En este sentido un participante relata: *“Yo creo que en enfermería se debería respetar cierto grado de antigüedad, y es que esas cosas se pierdan hacen parte de ser más novato en la profesión. Las personas nuevas no saben cómo hacer eso, no es solamente el aspecto técnico, sino también en el aspecto del arte como tal de cuidar, porque para ser un artista vos necesitas tiempo; cuando vos acabas la carrera no sabes cómo tocar el paciente, como hablarle, como llevarlo” E4P9.*

En relación con lo dicho, esa experiencia debería ser aprovechada para brindar un mejor acompañamiento a los nuevos egresados y permitir que ellos mejoren en la forma de cuidar, en cómo se adaptan a las exigencias de los diferentes contextos y en como son reconocidos sus cuidados, tal como se expresa en este relato: *“Los servicios deben dividirse en personas más expertas y más nuevas sin equilibrar los dos, sin darles el mismo valor solo porque tienen la misma formación. Eso le daría un valor porque éste estaría estando casi a tu cargo y su forma de ser vos la podrías ir haciendo de más calidad con el tiempo, moldeándola, eso puede tener sus contradictores, pero si usted tiene unos profesionales bien buenos en el sentido de cuidar pacientes y viene gente nueva, esos pacientes no van a estar lo mismo de cuidados que con el otro que tiene más experiencia.” E4P9*

Por otra parte, también relatan que debe fortalecerse el trabajo interdisciplinario y establecer estrategias claras de trabajo que permitan optimizar el tiempo y así poder brindar un cuidado directo a los pacientes.

En referencia a esto, un participante relata *“El cuidado depende del fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios; nosotros no trabajamos solos, nadie hace las cosas solos. Uno hace su parte pero ayuda lo que hace la otra profesión.” E2P7*

Así mismo afirman se debe volver al cuidado integral, entendido como aquel en el cual la enfermera sea quien lleve la dirección de todas sus acciones y la auxiliar sea el apoyo a ellas. En referencia dice un participante: *“Pienso que la enfermera debería brindar cuidado, el cuidado directo porque creo que lo haría muy bien, que evitaría muchas complicaciones. Yo creo que el cuidado lo deberíamos hacer nosotras como se hace en otros países, porque a mí me daría mucha satisfacción hacer eso que ellas (auxiliares) saben, cumplir esas funciones que aparentemente son sencillas como ir a bañar, eso a mí me encanta, que rico darle la comida, me gustaría poder tener tiempo para darle el tetero a todos mis niños, me parecería fantástico.” E5P23*

Los participantes expresan que para retornar al cuidado directo, es necesario resolver el asunto de la delegación. En este sentido opinan que delegar funciones administrativas daría como resultado tener más tiempo para volver al cuidado directo como lo expresó este participante: *“Yo podría delegarle eso a alguien (...) no sé, la secretaria por ejemplo, busque como encontrar una ambulancia; es que imagínate son dos horas de teléfono en que ella (enfermera) si le está ayudando al paciente, pero si ella esas dos horas la invirtiera en un cuidado directo a mi modo de ver, serían... para otras cosas. Yo le puedo dar todas las razones por las que no debería ser yo la que me quede pegada dos horas en una silla dejando de hacer eso por un paciente que está grave, si lo que necesita ella es...no doctor lo tienes que venir a ver, gestionemos unos rayos x portátil, unos gases, sin negar que ella también le ayudó llamando.” E5P24*

Otro reto dicen los participantes, es lograr que la enfermera pueda brindar el cuidado, tal como se lo enseñaron en la academia, que da mayor relevancia a la interacción y la atención directa del paciente y su familia, para romper con un modelo asistencial en el contexto actual, que por el contrario limita el contacto de la enfermera y asigna otras funciones distintas del cuidado de las personas. En otras palabras, para los participantes, las enfermeras deben reducir la brecha entre la teoría y la práctica, la cual hace parte de esa utopía tal como se expresa: *“Es utópico el trabajo de enfermería, pero digamos que a que llega uno de conclusión hablando de lo que son las actividades y es que muchas veces lo paradójico no son las actividades de la enfermera sino lo que la institución le dice a usted que tiene que hacer. Entonces para la institución es utópico que usted se siente, hable con el paciente, haga una valoración de necesidades; pero eso no es utópico porque eso hicimos durante nuestra carrera, el problema es que no hay tiempo ni el espacio para usted poder hacer esas otras actividades.” E2P10*

Por último, los participantes describen que los coordinadores de enfermería deberían ser facilitadores de un cuidado integral, la comunicación y la interacción; además deben acompañar los procesos de inducción y reinducción así como no deben ser ellos un ente vigilante o que velen solo por los intereses de la institución. En relación a lo anterior relata un participante: *“Usted necesita un coordinador, pero no un coordinador allá, ese no es el que yo necesito para mis enfermeros asistenciales, yo necesito un coordinador asistencial que lo guíe a él, un líder de ese que acabó de llegar, para que realmente se vuelva un buen profesional y sepa para lo que realmente está formado o para lo que está en la institución” E4P9*

Así pues, la labor que cumplen los coordinadores de enfermería no solo repercute en la parte asistencial, sino también, en la motivación de las enfermeras para el ejercicio de sus funciones, tal como se expresa a continuación: *“En este momento los coordinadores y administradores no van nunca a mirar en cómo está trabajando la enfermera; venga usted qué le hace falta para que esté más contenta, para que haga mejor su trabajo; o venga qué podemos hacer para que*

en este servicio las cosas funcionen mejor; o qué le hace falta a este paciente cosas tan importantes como esas cierto”E6P26

A modo de síntesis se presenta la **figura 4** del mapa de esta categoría:

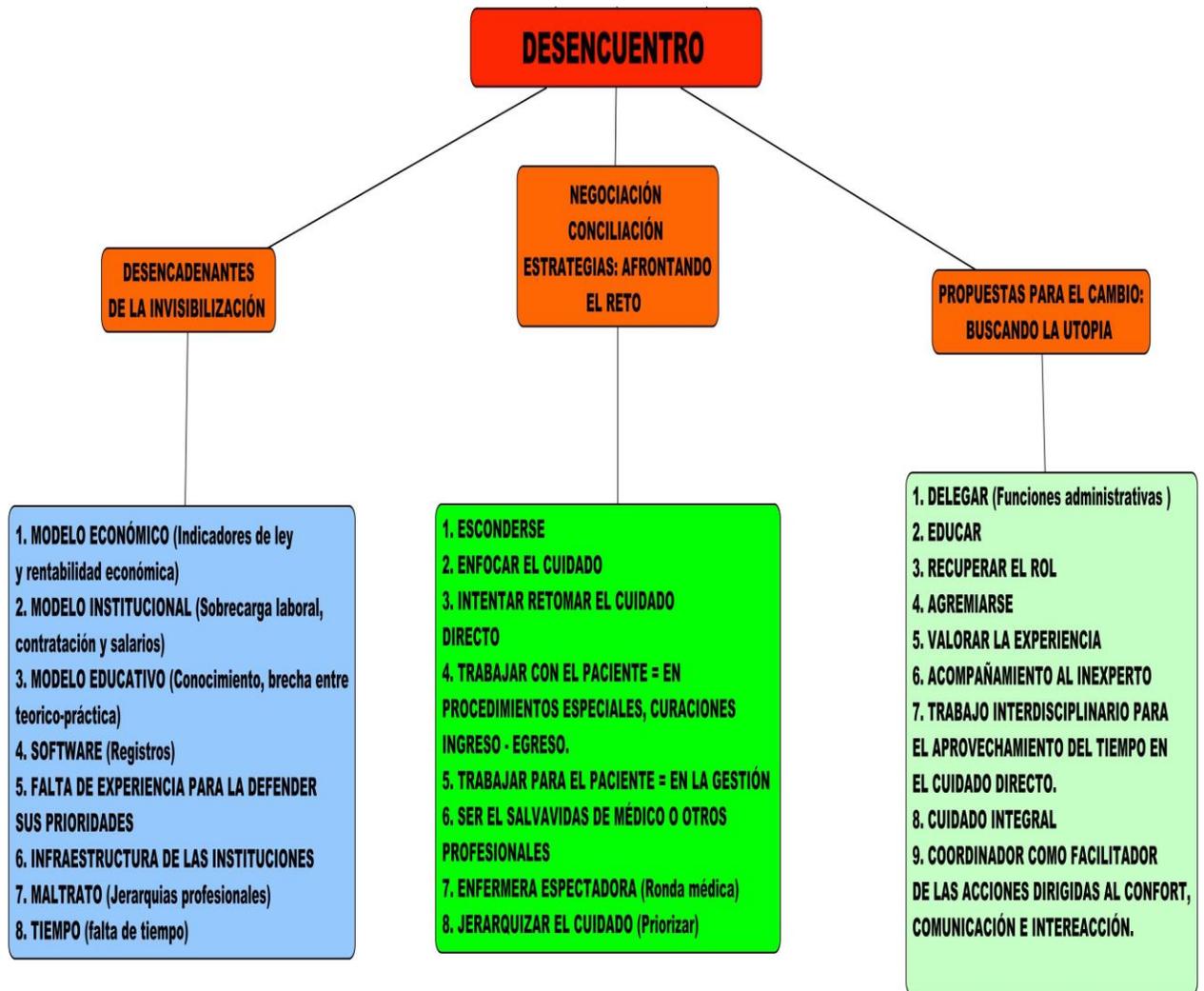


Figura 4. Desencuentro

12.DISCUSIÓN

La polisemia del concepto de cuidado, está dada por las diferentes perspectivas desde el cual sea abordado, pero es la interacción un rasgo casi general en la infinidad de definiciones teóricas. Así pues para Watson (94), la enfermera en el acto de cuidar se convierte en un instrumento terapéutico, puesto que amerita del ejercicio de la relación interpersonal para lograr su objetivo de cuidar. En esta investigación, el significado que le dan los participantes al cuidado adquiere rasgos característicos en los servicios de hospitalización, que autores como Beltrán (52) y Malvárez (95) argumentan se modifica, debido a las condiciones sociales, laborales, y las propias de un sistema de salud que ha significado para las enfermeras, la reasignación de funciones entre los profesionales, la distorsión en la identidad profesional y el alejamiento de las enfermeras del cuidado directo.

En el contexto hospitalario, el cuidado de enfermería se hace esencial tal como lo expresan Waldow y Figueiró (53) dado que en los hospitales confluye la enfermedad, la cual es traumática para el paciente, porque el estar hospitalizado y alejado de su ambiente natural puede hacer más penosa la experiencia. Es por esto, que cobra importancia el cuidado de enfermería puesto que favorece la disminución del estrés y constituye por sí mismo un efecto terapéutico importante; tal como lo cita Lobato (35) quien argumenta que, en el hospital, convergen tantos sentimientos que la enfermera debe hacer uso de la hospitalidad, el arte de cuidar, la espiritualidad y la ciencia, con perfección técnica y compromiso ético, para respetar y alentar a la atención de la persona vulnerable. En ese sentido dice Molinier (31) los hospitales son mundos inciertos donde el cuidado es invisible y no se puede contar, porque el cuidado moviliza las relaciones particulares.

En relación a lo anterior para Rivera (95), el cuidado de enfermería debe ser comprensivo y poder comprender los significados que las personas le dan a la experiencia de estar enfermo y hospitalizado y los sentimientos que les genera; de ahí que el arte de cuidar es intencional e implica que la enfermera tenga la intención de cuidar y no solo hacer un acto de presencia y atender unas funciones. Lo realmente incomprensible para la autora, es que al parecer en el contexto actual “la enfermera posiblemente atiende muy bien los pacientes y al mismo tiempo no cuida de las personas”. (96)

Paradójicamente, Báez Hernández et al (97) encontraron en su investigación que las enfermeras en el cuidado que dan en los servicios hospitalarios reconocen lo que denominan el factor intrínseco o el llamado interno al reconocimiento de la profesión, aún más, con las limitaciones del contexto social, político y económico actual; otra categoría llamada dialógica o de intercomunicación entre dos:

enfermera-paciente y una categoría de praxis que va más allá del cuidado físico y que involucra la integración del conocimiento científico y empírico de la enfermería para su reconocimiento.

Esto concuerda con los hallazgos de este estudio en el sentido que las enfermeras participantes reconocen que su prioridad va encaminada al cuidado, sin embargo, reciben la presión de un modelo de salud y de un modelo institucional que las obliga a dedicar su tiempo en otras labores y que las termina alejando del paciente. Es claro que las enfermeras de este estudio sienten aquello que Báez nombra el llamado interno de la profesión y que las motivaría más.

Pero la problemática se centra, en que las instituciones hospitalarias han reducido lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado, por las múltiples tareas delegadas principalmente al campo administrativo (5) con poco respaldo por parte de las instituciones para brindar cuidado (9) quedando relegadas acciones como la comunicación eficaz y la interacción con el paciente y familia en forma cercana (10). De hecho, autores como Barker (98) expresan que, en el contexto actual, definir la enfermería es complicado por la cantidad de roles, tareas y responsabilidades, que la economía y políticas institucionales han delegado a las enfermeras y que en este estudio se nombró como el desencuentro de prioridades mostrando aún más la complejidad que surge no solo en su rol, sino en su propia satisfacción laboral.

Lo polifacética que puede llegar a ser la enfermera, da pie para que desarrolle múltiples tareas delegadas y con ello asume además de los roles que históricamente se le han asignado, siendo el cuidado el eje central, otras funciones que los contextos actuales le asigna.

Por otro lado, los participantes consideran que ellas realizan acciones por el paciente y su bienestar, para que en su hospitalización tenga todos los estándares de calidad, sin demoras ni complicaciones, sin embargo, a pesar que estas acciones son consideradas por ellas como importantes para los pacientes, también creen que no siempre se realizan en presencia de los pacientes, lo cual es paradójico, pues “el cuidado se entiende como la interacción entre el paciente y la enfermera” (99).

Ellos mencionan que las enfermeras conocen la integralidad del servicio de hospitalización, y deben no solo saber, sino también resolver todas las situaciones que se presenten en el hospital y con los pacientes.

Este aspecto coincide con los hallazgos de Guarín y Castrillón (100) quienes encontraron que el mundo de las enfermeras implica estar atenta a todo lo que está ocurriendo simultáneamente en el espacio asignado a su responsabilidad. El estar pendiente de todo la obliga a ocuparse de muchos aspectos que, en sus

propias palabras, son significativos en su labor de brindar cuidado a los pacientes, por eso procura “que todo esté marchando”, lo que de alguna manera está en coherencia con lo ya mencionado que las enfermeras hacen todo por el paciente y no con el paciente, pues buscan su beneficio, así sepan que podrían tener como consecuencia ser invisibles ante él y su familia. El citado estudio también encontró que las enfermeras son “los ojos y la memoria del equipo de salud” (101) lo cual es coherente con los hallazgos del presente trabajo de este papel de mediación de la enfermera y el equipo de salud, con el fin que cada uno de ellos conozca la situación del paciente y este encuentre un solución pronta y efectiva.

Surge entonces la transformación del rol cuidador, puesto que las enfermeras realizan muchas acciones delegadas por la institución y que la alejan de poder brindar un cuidado directo, situación claramente descrita por Ortiz-Pommier (58) cuando expresa que la enfermera en la actualidad, se enfrenta a la “doble agencia” cuidar cuidando; cuidar personas, cuidando de gastar los menos recursos posibles para asegurar la sostenibilidad de empresarial, los buenos indicadores y la calidad del servicio. No obstante, este cambio de rol no se presenta de manera crítica, pues para las enfermeras, ellas deberían estar dando más cuidado directo y menos actividades administrativas. Esto no quiere decir que las enfermeras quieran omitir todas las actividades administrativas pues reconocen que estas pueden redundar en la calidad del cuidado. Así mismo Gviria (100) opina que “la evaluación del cuidado de enfermería es un compromiso ético y disciplinar, que se instaura en el principio de la calidad de la práctica profesional”, sin embargo, no cree que por esto deban alejarse del cuidado directo.

No obstante, estas labores siendo importantes en el contexto del hospital, terminan haciendo invisible el cuidado de la enfermera, situación paradójica para Serrano y Ranchal (102) quienes encontraron que las ellas tienen un papel importante en los servicios de hospitalización, así sean invisibles en la globalidad de los hospitales.

La representatividad que tiene el cuidado de enfermería y con ella el cuidado que brinda, es importante en espacios donde por ejemplo la educación cobra mucho interés, tal como lo mostró Boyle (103) quien encontró en un estudio sobre la invisibilidad del cuidado en servicios de oncología, como la representatividad de la enfermería en las organizaciones es mínima, puesto que prima el reconocimiento médico y se quita importancia al aporte que hacen las enfermeras al cuidado de los pacientes en la práctica especializada y subespecializada o en la práctica avanzada de los roles de enfermería.

De esta forma, el reconocimiento de la enfermera ha sido un tema tan cuestionado como estudiado; en países como Estados Unidos en el que aun siendo

conscientes de la importancia de la enfermera en el medio de salud, es prácticamente omitida por los medios y peor aún, son apreciadas por sus virtudes, pero no por su conocimiento. (19)

De lo anterior, la enfermera al parecer se encuentra en la disyuntiva del ejercicio de una profesión libre, autónoma en sus decisiones y regulada por ley, circunstancia que Cincelan y Benner (104) exponen, cuando expresan como las enfermeras siendo el personal mayoritario de la asistencia en salud son en gran medida invisibles, y los pacientes no reconocen si quien brinda el cuidado es enfermera o no. Para las autoras, esa invisibilidad de la enfermera y su cuidado, está dada esencialmente por la estructura jerárquica de las organizaciones, la autoridad percibida de médicos, políticas hospitalarias y las amenazas de acciones disciplinarias.

Estas afirmaciones contrastan con este estudio pues las enfermeras participantes creen que los pacientes las reconocen, pero por aspectos diferentes al cuidado y terminan identificándolas por el uniforme o algún símbolo en ella y por ser quien resuelve las situaciones que se presenten, y no por la cercanía que tenga con ellos y resolver sus necesidades como creen las enfermeras sería ideal para los pacientes.

Por otro lado, autoras como Waldow (105) expresan que las enfermeras buscan satisfacer a los administradores de las organizaciones y la parte gerencial, así como todos los que participan del cuidado, especialmente la parte médica. El problema radica en que la este interés por satisfacer a otros, coincide con la prioridad de las instituciones que las enfermeras reportaron y no tienen la autonomía para defender su prioridad.

Se encontró, que la manera como se transforma el rol de las enfermeras en los servicios de hospitalización involucra una serie de factores que confluyen como potencializadores del efecto sobre la manera en que se brinda el cuidado de enfermería en el contexto actual. En este sentido, Cincelan y Benner (104) relatan que sobre las enfermeras se ejercen varios tipos de poder, pero son más comunes el poder coercitivo que es punitivo cuando no se hace lo deseado y el poder de recompensa en el cual los gerentes y directivos premian las acciones cuando se hace lo deseado por ellos y sus acciones favorecen la ganancia económica. Este tipo de poder, trae como resultado la transformación del rol en el afán de competir por recibir mayores prebendas institucionales o incluso no perder el empleo.

A partir de la transformación, aparece la lucha interna surgida por obtener el reconocimiento profesional y de cuidadora, dando lugar a que las enfermeras se enfrenten incluso dentro de su propio equipo para sobresalir, situación que explica Morín (106) cuando al hablar del bucle tetralógico reconoce que “toda interacción es inconcebible sin desorden, desencuentro y agitación” y por ende, ningún orden

ni organización pueden concebirse sin la interacción y donde cada uno adquiere su sentido en relación con los demás, en conjunto con similitudes y diferencias.

Pero estas interacciones no son lineales, como lo expresa Morín (107) en otro de sus textos, porque para él, las interacciones en los equipos generan procesos de autorregulación o realimentación pueden ser positivos cuando aumentan el efecto de esta o negativo cuando la atenúan. Así muchas veces, funcionan las relaciones en el equipo de enfermería ya que, en el proceso relacional con colegas, institución y pacientes, constantemente se genera un bucle retroactivo de compensación.

Por otro lado, los resultados muestran que la imagen de la enfermera se ha ido distorsionando con la evolución misma de los contextos en que ella brinda el cuidado, puesto que han modificado su rol y esa imagen que traían del pasado (104) en la cual el servicio al otro, la entrega, la vocación y el sacrificio la hacía ser una mejor enfermera, esta visión se desvirtúa; en contraste para Gordon y Nelson (108), con esta imagen, lo único que ha hecho es hacer víctimas a las enfermeras y con ella al cuidado, puesto que la imagen de “ángel guardián” no es precisamente el retrato contemporáneo de lo que necesita la profesión y es necesario alejarse del guion de la virtud para acercarse a una identidad basada en el conocimiento, la autonomía y el empoderamiento para conseguir un ejercicio libre y directo a las personas y las familias.

De esta manera, la transformación del rol redundante en que las enfermeras, muchas veces, se convierten en sujetos desconocidos, y esta situación les genera conflictos; tal como lo expresan Cincelan y Benner (104) quienes afirman que la impotencia de ellas es el resultado de no ser escuchadas o vistas positivamente. Así mismo para las autoras, muchas enfermeras sienten que pierden participación en el campo clínico, no se les escucha ni piden su opinión. Esta situación genera que su imagen cambie y se sienta víctima. Pero ellas también necesitan sentirse con poder e influencia en las decisiones y cuidado de los pacientes e instituciones. (104)

En contraste, Baggio y Ardan (109) expresan que la modificación del rol sufrido por las enfermeras trae como resultado la confusión en su quehacer diario con otros participantes del equipo sanitario, como los auxiliares de enfermería, puesto que por ejemplo, para los pacientes, no diferencian las competencias de conocimiento y praxis de cada quien, lo que hace invisible muchas esferas profesionales de la enfermera.

La complejidad radica en que ellas consideran que su transformación de rol, también las ha llevado a una transformación en la imagen que los pacientes tienen de ellas, pues ellas sienten que estos últimos las ven como las que solucionan los

problemas y no las que cuidan. A diferencia de lo anterior, la percepción por parte de los pacientes de una enfermera inexistente o con funciones administrativas y de mando, distorsiona el verdadero significado del cuidado en la institución, tal así, que en el medio hospitalario donde participan tantos profesionales y disciplinas es necesario que la enfermera comience con identificarse mediante las “insignias verbales y no verbales” (109) para poder mitigar el asunto de la invisibilidad profesional o la confusión de roles.

Las autoras Baggio y Erdman, en otro texto argumentan que además de la confusión de roles, la enfermera se enfrenta a la condición de ser mecanizada y robotizada por las rutinas del trabajo, ya que no se puede involucrar afectivamente en el acto de cuidado para evitar interferir con sus acciones en la institución (110); lo que en este estudio se vio cuando las enfermeras consideran que hay una rutina difícil de romper, por las presiones que ejerce la institución.

Hasta aquí entonces, se puede ver como la transformación que sufre el quehacer de la enfermería abarca muchas esferas del cuidado y las concentra en actividades esencialmente administrativas tal como lo relata Alcaraz et al (33) en su investigación donde encontraron, que las enfermeras en el contexto de hospitalización dedican gran parte del tiempo a la administración o gestión del servicio, las cuales describen de centrarse en acciones secretariales y que no son competencia de la profesión. Además, definen el concepto de la enfermera “todera” como aquella que hace todo, pero no centra su quehacer en el cuidado directo del paciente y la familia, tal como lo hicieron Mesa y Romero (111) en un estudio cualitativo descriptivo de las condiciones laborales de las enfermeras encontraron que las estas ejercen el “*rol del todismo*” en el cual ellas además de las funciones propias del quehacer de la enfermería hacen otras para las que nunca fueron preparadas, y así responder a las eventualidades, “cuidar” los insumos y la infraestructura y por supuesto, la entrega de informes y rendición de cuentas de los servicios; las enfermeras enfrentan una contradicción, pues deben conocer de todo pero terminan desconociéndolo.

Con este panorama, la enfermera se transforma ante las paradójicas situaciones que traen como consecuencia para ella el desencuentro entre su convicción y la verdadera actuación en el campo hospitalario, y que según Tapp et al (24), cuando las enfermeras no son reconocidas por sus conocimientos, no pueden tener una práctica autónoma, responsable y directa, ellas darán un cuidado limitado y quien se verá comprometido será el paciente.

Por otro lado, estas situaciones se encontraron relacionadas en este estudio con la insatisfacción y desmotivación que sufre las enfermeras por no poder ejercer el rol que aprendieron en su formación. En contraste, es interesante analizar trabajos en el país (112) que dan cuenta de la satisfacción laboral de las

enfermeras en los servicios de hospitalización y lo asocian con asuntos como la relación interpersonal con los compañeros, la competencia profesional entendida como la coherencia entre su formación y las demandas de su puesto de trabajo, la monotonía laboral y la presión del trabajo.

Las enfermeras entonces han tenido que adaptarse a cuidar en medio de un contexto que cambia, inmerso en un modelo económico que mutó la relación de los profesionales y los pacientes, y que hace cada vez más que esta relación de ayuda y confianza tiene unos objetivos financieros, biológicos o técnicos, en todo caso muy lejano del modelo humanístico en que prima el interés por el otro.

En este sentido, Mesa y Romero explican que, “cuando el rol profesional es redefinido a las necesidades de eficiencia financiera, la relación social intersubjetiva que media los procesos de cuidado y la comprensión del fenómeno salud-enfermedad con las personas que requieren la intervención del profesional de enfermería pasa a un segundo plano, ya que el nuevo rol aleja al profesional de la relación dialógica con el sujeto de cuidado” (111). Así mismo como encontraron Cifuentes y Manrique (113) la labor de la enfermera y su satisfacción laboral está influenciada por la organización y por aspectos externos como la dinámica de los mercados, las reformas laborales y de salud, las nuevas políticas y sin duda la globalización, que originan un impacto importante en los usuarios que se benefician de los servicios prestados por las diferentes empresas de salud.

En contraste es importante recordar que para Schutz (24) la relación intersubjetiva solo se puede construir en un proceso de interacción en el que se considera al otro, situación que ocurre en la vida cotidiana y descrita por el autor como la realidad fundamental de la persona tal como lo puede ser el proceso salud enfermedad y no en la dinámica externa de los mercados o institucionales.

Por otro lado, los resultados de este trabajo mostraron que las enfermeras tienen prioridades dirigidas hacia el cuidado con arte y mística, que requiere tiempo, intimidad, experiencia y motivación, además de un software que les permite el registro de esas acciones y hacerlo visible ante las directivas, debido a que creen que si pueden hacerlo serían más visibles para los pacientes y familiares.

Así también se mostró como la institución marcha en una lógica contrapuesta a esta y que se dirige hacia el interés económico, y al paciente como un ser biológico al cual se le realizan procedimientos que serán motivo de facturación; entre ambas visiones surge un desencuentro de prioridades.

Poder reconocer y comprender la labor de enfermería en el contexto actual, requiere para la enfermera asumir luchas en su quehacer cotidiano y en las cuales encuentra cada vez oponentes más fuertes.

En contraste, afirma Cepeda (113) que el desencuentro que sufre la enfermera es producto de aspectos sociales como el enfrentamiento entre los intereses

financieros y los socio-sanitarios; aspectos institucionales que permiten que se pierda la atención individualizada y se centre en la tecnología y la técnica; Y laborales que acarrear la sobrecarga y la desmotivación de la enfermera, por último, aspectos formativos que centran la mirada en el desarrollo técnico e hiperespecializado de los profesionales con un objetivo productivo.

De esta forma para las enfermeras, es el modelo actual que se rige por la economía de la salud, el principal desencadenante de la invisibilización, y aunque con anterioridad se describieron algunos elementos generales, es importante recalcar un poco más sobre algunos ellos. Así, Carrasco (114) argumenta que el cuidado hospitalario en la actualidad, pretende equipararse al aspecto cuantificable de lo subjetivo, situación que es complicada puesto que involucra la medición en unidades de tiempo y monetaria. Estos dos elementos son importantes en la “eficiencia economía” entendida como un proceso de ahorro y racionalización del tiempo, el cual en el acto de cuidar no puede ser ni homogéneo y mucho menos escaso.

Ante este panorama, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (115) advierte que si las instituciones hacen tanto énfasis en el gasto, el control del tiempo y la relación costo-eficacia, deberían considerar que la enfermera es la mejor solución a eso, puesto que los cuidados que se brindan científicamente pueden dar mejores resultados, con mejor calidad y a un menor costo.

Aquí se da cuenta de un aspecto que las enfermeras participantes resaltan y es que el interés de las instituciones en los indicadores de ley, epidemiológicos y de calidad, pero que las enfermeras comentan como estos tienen un componente de negatividad pues buscan el error, el evento adverso, la falla, o la pérdida económica, entre otros, que pueden ser el motivo por el cual la labor de la enfermera solo se ve como un reflejo de los indicadores negativos. Con lo anterior, si el indicador relaciona la labor de la enfermera con los eventos adversos sucedidos en un servicio, solo la verán en lo negativo; pero si los indicadores buscaran la satisfacción de los usuarios como la educación para el alta a tiempo y efectiva o su labor haciendo que el medicamento para el dolor llegara de manera oportuna, también harían que la relacionen con este trabajo invisible ante la inexistencia de indicadores que midan esta forma de cuidado.

En contraste, Aiken et al (116), encontraron en un estudio que cuando los hospitales no escatiman en el costo del recurso humano de enfermería e incrementan en un 10% el número de enfermeras, se reduce hasta en un 6% la mortalidad; esto evidencia que en el cuidado de los pacientes si debe medirse el costo-beneficio pero en referencia al efecto positivo que tiene sobre ellos.

El factor tiempo es tal vez uno de los temas que las enfermeras recalcan ha influido sobre su quehacer diario en hospitalización. Por ejemplo Alcaraz, Herrera y Gómez (33) encontraron en su investigación que en el tiempo que se dispone

para una enfermera por un turno, deben desarrollar muchas actividades, pero especialmente, perdieron la capacidad de dar cuidado directo a los pacientes y familia. De esta forma, se afianza la problemática para las enfermeras puesto que si el cuidado directo y la interacción con el otro son el objeto central de la profesión, las condiciones actuales en el ámbito hospitalario, reduce el cuidado de la enfermera a actividades administrativas y gerenciales para delegar el cuidado directo en las auxiliares de enfermería (33). Este comportamiento invisibiliza el escaso cuidado que brindan las enfermeras y las convierte en un pilar esencial pero de la gestión y administración de las instituciones.

Como se encontró en los resultados, las enfermeras expresan que el contacto directo está sujeto a la realización de procedimientos especiales o actividades protocolizadas por la institución. En este sentido, Huércanos (117) plantea la categoría teórica del cuidado invisible y un instrumento para medir ese cuidado invisible y encontró que el 26.7% de los pacientes estaban inconformes con la “presencia cuidadora” de la enfermera ya que solo asiste cuando debe realizar alguna técnica o procedimiento. De esta forma la comunicación e interacción se presenta solo cuando el estado de salud lo amerita. (115)

En relación a ese comportamiento, el bucle de retroalimentación planteado por Morín (106) (107) también se evidencia en el desencuentro que argumentan las enfermeras, puesto que cada uno de los resultados expuestos de la transformación del rol cumple un papel potenciador sobre los otros factores de esta manera se comportan como el punto de partida para desencadenar la invisibilidad del cuidado.

Por ejemplo, Mesa y Romero resaltan de los resultados de su investigación, que los profesionales viven con una profunda insatisfacción salarial frente a la responsabilidad asumida; de esta forma, “Un trabajo de tanta responsabilidad, no compensa. Sienten que el trabajo, en el que se asume no sólo la atención y el cuidado de la vida de los pacientes, sino además los riesgos ocupacionales y la responsabilidad del funcionamiento de uno o más servicios de mediana y alta complejidad clínica o comunitaria, genera mucho estrés y crea un sentimiento de no valoración del trabajo de enfermería.” (110)

Sumado a las situaciones de insatisfacción laboral y salarial, las crisis de identidad profesional y al sinnúmero de tareas administrativas impuestas, se le añade el fenómeno de jerarquías con las cuales la enfermera también debe cargar. Y es que el tema de los poderes y modelos someten a la enfermera a una serie de desencadenantes que la hacen invisible cada vez más.

En esta línea, Lopera de Peña (118) considera que en los equipos de salud, los ejercicios de poder deberían ser hechos por aquel que posee los conocimientos y capacidad de liderazgo. En contraposición, si ese poder lo ejerce quien está en el cargo por disposición institucional o por simple hegemonía genera un cambio en la forma como se relacionan los profesionales. En este caso, el poder que se ejerce

para demostrar superioridad genera relaciones dañinas y nocivas que repercuten directamente sobre la atención de los pacientes y familias.

Otro de los poderes que se expresan en los resultados de la investigación y que son desencadenantes del desencuentro es el poder jerárquico que se encuentra como uno de los principales condicionantes de la autonomía, la comunicación y el empoderamiento de las enfermeras; y es tal vez la jerarquía médica, según lo mencionan las enfermeras participantes, con la que más deben lidiar en la práctica cotidiana y tal como lo expresa Vítolo (119), quien argumenta que con frecuencia, los médicos ignoran la participación de la enfermera y no escuchan lo que tienen que decir acerca del paciente, además, desconocen la importancia de una comunicación efectiva para poder conciliar el plan de cuidados de los pacientes. Todo esto, argumenta el autor es producto del desconocimiento médico acerca de las competencias y funciones de la enfermera.

Por otro lado, Romero (120) considera que la enfermera en Colombia debe ejercer en medio de un contexto con varias adversidades, las cuales agrupa en cinco premisas: la primera tiene que ver con una globalización de la economía, la precarización del sector salud y el interés económico por el crecimiento y supervivencia de las instituciones de salud lo que ha configurado el cuidado de las personas; la segunda surge en consecuencia y es la expropiación de la esencia del cuidado y del sujeto en parte por el miedo a la crisis social y económica que vive Colombia, referido en este trabajo por las participantes como miedo a perder el empleo.

La autora llama la atención a la invisibilización del sujeto de cuidado y sus necesidades, pues ha pasado a ser un objeto de facturación, de tal manera que no solo es preocupante la invisibilidad del cuidado de enfermería, sino que en este contexto adverso de las instituciones de salud es invisible cualquier sujeto en ella, sea prestador o persona enferma, pues dice la autora citada que el centro de atención de las enfermeras ya no es el sujeto-paciente sino el objeto, “expresado en las nuevas e intensas funciones administrativas, en los nuevos roles que el mercado impone a enfermeras y enfermeros, roles que los alejan de la relación dialógica con el sujeto de cuidado, pues los centra en el control de calidad de la “eficiencia y la productividad”, medida en costos a partir del control, vigilancia y acción que las enfermeras han de hacer sobre el proceso financiero” (20); esto lleva a la tercera premisa de la adversidad sea la expropiación de la esencia de la profesión expresada en la presión por dejar el cuidado directo; la cuarta se refiere a la precarización del mercado laboral expresada en formas modernas de contratación que es más bien intermediación laboral, que a su vez impone sobrecarga laboral, y queda como consecuencia menos tiempo para estar en contacto con el paciente y su familia; la quinta y última premisa es la inacción y exclusión que llevan al no empoderamiento de la enfermera en el quehacer diario. Estas cinco premisas fueron nombradas por los participantes como desencadenantes de la invisibilidad.

En contraste con lo anterior para Germán et al, “la práctica de enfermería en el trabajo hospitalario se compone de un conjunto de acciones jerarquizadas que no se singularizan como actos autónomos” (34); para las autoras no son sino el reflejo de las actividades médico delegadas; y en esa misma dirección lo dice Foucault en palabras de Amezcua que “el saber de la enfermería es un saber sometido y silenciado” (57)

Con este panorama, las enfermeras participantes en este trabajo reconocen que el cuidado directo a las personas es su principal función por encima de todas las demás delegadas y los distintos factores que limitan sus encuentros directos, de tal manera que buscan estrategias para conciliar el desencuentro e intentar conseguir su prioridad.

Bajo esta premisa y con un tiempo limitado, la enfermera asume que un saludo, una orientación o la conversación que pueda entablarse en la realización del procedimiento pueden remediar en parte el asunto de la interacción subjetiva. (110)

Germán et al (34) expresan que en la situación actual de globalización que afecta directamente a las prácticas cuidantes, es prioritario, poder establecer relaciones de confianza, tranquilidad y seguridad que favorezcan el empoderamiento de la enfermera y de esta manera, los pacientes puedan enfrentar el proceso salud enfermedad.

En relación con esto, para los participantes el empoderamiento depende en gran medida de la educación recibida en las instituciones educativas y que disminuye la brecha entre teoría y práctica. En contraste Medina y Castillo (121) resaltan, que tal vez un paso necesario para mejorar la situación actual, puede ser el replanteamiento de la concepción arcaica de creer que la teoría debe articularse a la práctica, sino por el contrario, como las competencias de las enfermeras expertas son capaces de mantenerse en el medio hospitalario y articularse a la formación en enfermería.

Así pues, con un esfuerzo adicional la enfermera en hospitalización busca la manera de tener momentos de interacción que mitiguen su invisibilidad para el paciente, la familia, los otros profesionales y la misma institución; para esto y como ya se mencionó anteriormente, ella aprovecha los breves momentos de cuidado directo en la búsqueda de tener una presencia significativa. La presencia de las enfermeras al lado del paciente, la logran con diversas estrategias, no siempre fáciles de conseguir, especialmente porque muchas de estas dependen de la experticia de la enfermera, para comprender que deben ganarse espacios de poder al interior del grupo de trabajo y de la institución, no obstante, ellas comprenden que el tiempo que le brindan al paciente es insuficiente a las necesidades de este y al deseo de ellas.

Adicionalmente, intentan transformar el mayor número de acciones posibles en pro de su visibilidad. Una de ellas es la gestión de los servicios, acción que reconocen todos los demás miembros como una característica constitutiva de la enfermera actual, tal como lo expresa Tapp et al (24) puesto que se preocupa no solo por sus actividades, sino también, de que todo el equipo de profesionales gire en torno al cuidado del paciente. También expresan los autores que la enfermera, aunque relata educar, gestionar y apoyar psicológicamente a los pacientes, estas acciones son invisibles y cuestionan la autonomía profesional. Sumado a lo anterior, Hueso (122) expone que este tipo de acciones históricamente no las registran contribuyendo aún más a la invisibilidad de sus acciones y que conllevan de una gestión invisible así mismo a una enfermera invisible. La paradoja está constituida porque a pesar que la gestión es una de sus acciones más visibles, muchas de estas acciones son invisibles para los pacientes y familiares.

Las enfermeras entonces no renuncian al sueño del cuidado directo y asumen en todas las funciones de gestión y administración que el beneficio del paciente y su familia deben estar por encima del interés individual o colectivo de la organización y sus miembros, tal como lo expresa Kerouack (123) cuando afirma que en el contexto actual y con todas las limitaciones y contrariedades que la enfermera pueda tener, la gestión de enfermería debe estar encaminada a crear los medios favorables de cuidado con calidad de la persona en todas sus esferas.

Aún con obstáculos, algunas enfermeras buscan ofrecer cuidado, no solo porque el paciente lo necesita, sino también porque sienten que ellas se benefician en la interrelación, pues, como encontró Verástegui, las enfermeras entienden que el cuidado no es solo ciencia y arte sino también es la complementación con el “self” profesional es decir, la complementación con ella misma, como ser humano, que reconoce en su interioridad, esencia y persona estar dispuesta para “el otro”, en el momento adecuado (124).

Así pues, cada encuentro por breve que sea constituye para las enfermeras participantes la oportunidad para contribuir a la visibilidad del cuidado que brinda, y que para Cibanal y Arce (125) corresponde en poder entablar una comunicación auténtica. Para esto, los autores afirman que las relaciones de cuidado no son relaciones de amistad, amabilidad o benevolencia, ni tampoco el llamado profesionalismo que impone un límite a la relación; se trata de poder en establecer en el encuentro de dos seres humanos una relación comprensiva, bondadosa y desinteresada.

En este sentido argumenta Urbina et al que “la relación entre el que cuida y el que es cuidado se establece en el reconocimiento del ser humano en la otra persona” (126). Así mismo y según Kant (127) la utilización de la otra persona como mero instrumento del cuidado, la convierte en objeto. En este sentido se hace necesario meditar para poder actuar con responsabilidad profesional.

Como se mencionó, pareciera ser que las enfermeras reconocen estrategias para mitigar el desencuentro de prioridades y ser más visibles, mediante propuestas que buscan la denominada utopía que está representada según ellas, en tener una presencia más significativa para el paciente y sus familiares, que es lo mismo, que hacer lo que ellas consideran que es su prioridad y no lo que les ponen a hacer. De esta forma, la utopía se constituye en el sueño de una práctica autónoma, en la cual prima el cuidado directo de los pacientes y la delegación de un sinnúmero de actividades administrativas, lo que amerita de una serie de estrategias que le permitan afrontar el reto impuesto de cuidar en la adversidad. En relación a esto opina Romero (120), es necesario tener cuatro compromisos para vencer esta adversidad: uno es evidenciar los efectos perversos que se ciernen sobre la enfermería; en segundo lugar, resignificar el acto de cuidado; tercero, trabajar por una educación y una pedagogía en enfermería que potencien las libertades y cuarto reconstruir la imagen social de enfermería.

Por su parte Finkelman y Kenner (104) consideran que es necesario retomar el empoderamiento en la práctica cotidiana porque permite la acción sin coartar la decisión autónoma de la enfermera. Y es que el personal empoderado siempre demuestra una imagen positiva para otros miembros del equipo de atención, los pacientes y las familias.

El cuidado con calidad necesita tiempo, por lo cual a veces es necesario que las instituciones apoyen la delegación de algunas funciones que no son de enfermería en otro personal administrativo y así las enfermeras puedan dedicarse al cuidado directo.

Por otra parte, para las enfermeras participantes, involucra que salgan de un proceso estancado de sumisión a las políticas internacionales, nacionales e institucionales que coartan su capacidad representativa. En ese sentido para Mesa y Romero (111) la falta de cohesión gremial no ha permitido que la profesión resalte su verdadero papel y visibilidad, puesto que con las condiciones laborales actuales, las enfermeras luchan más por la sobrevivencia que por la representatividad. De esta forma, Chinn y Kramer describen el patrón de conocimientos emancipatorio de la enfermería como "la habilidad de reconocer problemas sociales y políticos" (128) y actuar en consecuencia para vencer la inactividad que plantea Romero (120) y de esta manera poder empoderarse de su verdadero papel sin tenerlo que transformar por las presiones que se presenten.

En relación a lo anterior, se encontró como una propuesta referida por los participantes que las enfermeras que comienzan en el campo laboral y la práctica clínica deberían tener el apoyo de otras más expertas que les ayuden en la defensa de su posición cuidadora, asunto que refuerza De la Cuesta (129) cuando invita a las enfermeras novatas que hagan del cuidado su causa, una causa por la vida, y ojalá, sea de por vida. En relación a esto, Amezcua hace una invitación a la

profesión cuando afirma que “se necesitan enfermeras inadaptadas, insumisas, inconformistas, contestarias que sean capaces de reivindicar y hacer visibles las múltiples alianzas que en su cotidiano establecen con la ciudadanía” (9).

Para las enfermeras retomar el cuidado directo es el gran objetivo, puesto que representa ganar la batalla a una serie de factores que cada día las distancian más de la interacción con los pacientes, asunto que contrastan con los planteamientos de Barker (98) cuando expresa que es vital que las enfermeras vuelvan al cuidado directo porque si no son ellas quienes lo hacen, pueden estar ejerciendo algo distinto de cuidar lo que realmente es importante para las organizaciones y otras profesiones y no para los pacientes y ellas mismas.

En referencia a lo que debería ser la relación de cuidado, la enfermera se hace visible en cada encuentro y solo es posible con la presencia, la cual debe ser transformadora para cada paciente como lo resalta Levinas (130) cuando argumenta que “En el *Decir* “puro”, lo que importa no es lo *Dicho*, el mensaje transmitido, sino el mero hecho de que haya que comunicarse, que haya que establecer relación unos con otros, que no podamos permanecer indiferentes frente a la presencia del otro”. Lo anterior según el autor, es lo que da significado al encuentro y hace visible al otro.

Como parte de la reflexión final de ese sueño de la nueva enfermería expresada por los participantes, Baggio y Erdmann (108) escriben que la enfermería en su práctica diaria debe asumir que es un disciplina esencialmente responsable de la relación humana y que se da en las interacciones y asociaciones propias del contexto hospitalario con interconexiones e intercambios a veces visibles a veces invisibles, pero que según sea la visión de complejidad organizacional, las relaciones que genera la enfermera en su práctica diaria pueden ser siempre más visibles.

Con el actual ejercicio de la enfermería en los servicios de hospitalización, autores como Mesa y Romero concluyen que “los nuevos roles en el ejercicio actual han transformado la gestión del cuidado en la administración de los servicios; la relación intersubjetiva, en patrones estandarizados de atención; el acto de cuidado, en acciones técnicas puntuales, y la satisfacción y autoestima profesional, en inconformidades y dilemas éticos y morales frente al rol ejercido” (111)

13.CONCLUSIONES

En el contexto de los servicios de hospitalización, las enfermeras son influenciadas por diversos factores como el mantenimiento de los sistemas de control institucional, control de gastos e indicadores y la seguridad del paciente que limitan su quehacer diario y las alejan de lo que para ellas debería ser el cuidado de enfermería.

Las enfermeras consideran que las acciones realizadas y están dirigidas al beneficio del paciente son expresión del cuidado de enfermería, así éste no implique un acto de presencia directo con los pacientes mismos o su familia.

El cuidado invisible para las enfermeras está presente en todo lo que hacen porque si realizan lo que creen que deberían hacer, son invisibles para las instituciones, pero si hacen lo que es visible para las instituciones, el cuidado se vuelve invisible para los pacientes y sus familiares.

La enfermera en los servicios de hospitalización debe realizar su práctica clínica en contextos adversos como el económico donde prima la ganancia y la productividad de la enfermera; un contexto institucional que relegó a la enfermera a funciones administrativas, de control del gasto y procedimientos específicos y un contexto educativo que educa a las enfermeras futuras en que su razón de ser es el cuidado directo, pero tal vez no les da las suficientes herramientas para defenderlo.

El cuidado de enfermería está influenciado por otros factores como los sistemas de registro y facturación de las instituciones que no permiten en la mayoría de las ocasiones dar cuenta de las actividades que realiza la enfermera.

La falta de tiempo para brindar un cuidado directo es el resultado de la delegación de muchas actividades administrativas por parte de la institución y el sistema de salud actual.

Las acciones que las enfermeras realizan en su día a día intenta cumplir con sus prioridades profesionales guiadas al arte del cuidado y las de la institución, que según ellas, buscan el interés económico; como resultado de esta disyuntiva que sufre la enfermera en su quehacer diario en los servicios de hospitalización, ejerce una práctica con énfasis, de las prioridades de la institución, así pues las enfermeras sufren un desencuentro que conlleva la desmotivación, la insatisfacción laboral y las luchas jerárquicas al interior de los grupos de cuidado.

Aunque las enfermeras tienen muchas funciones que limitan la interacción con los pacientes y sus familias, también buscan estrategias con las cuales puedan acercarse y aprovechan la realización de procedimientos, los ingresos y egresos,

inclusive momentos de soledad e intimidad para poder explorar las necesidades de las personas a su cuidado.

Las enfermeras sueñan con un ejercicio autónomo de la profesión, con poder brindar cuidado directo y con que se den cambios al interior de la institución que permitan la delegación de muchas funciones que actualmente realizan.

14.RECOMENDACIONES

La enfermería necesita resignificarse como disciplina en la práctica clínica, dando más importancia a la interacción y cuidado directo de los pacientes y sus familias lo que permitirá ser más visible como profesional y de esta forma el cuidado que brinda.

Es necesario que las instituciones y el modelo actual de salud, comprendan las verdaderas funciones de la enfermera y que deleguen en otro recurso humano, el sinnúmero de funciones administrativas que hoy deben realizar y la alejan del cuidado directo.

Las instituciones educativas y las organizaciones gremiales de enfermería deben resaltar, las verdaderas acciones de cuidado y proteger la profesión de políticas modernas y dinámicas institucionales que afectan las prácticas de cuidado, y de esta manera, reeducar en un cuidado más visible.

Además, las instituciones de salud deben valorar la experiencia profesional como base de un cuidado con calidad y que permita la formación de nuevos estudiantes.

Para la disciplina, la agremiación es un componente esencial en la manera como se construye disciplina y profesión, y también, la forma de adquirir un reconocimiento profesional. Se hace necesario entonces la agremiación profesional como plataforma de apoyo para fortalecer el ejercicio autónomo de la profesión y su reconocimiento.

Las jerarquías institucionales no deben desconocer la importancia de la labor de la enfermera en los servicios de hospitalización, la cual no puede estar circunscrita solo a labores administrativas o de procedimientos especiales, por el contrario, debe ser parte esencial del equipo de interdisciplinario y participar activamente en la toma de decisiones cuando del cuidado directo del paciente y su familia se trate.

Es necesario realizar más trabajos que permitan reconocer nuevos significados del cuidado de enfermería, para poder aportar al concepto mismo y conseguir una mayor visibilización de la profesión y los cuidados que brindan.

15.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Newman M, Sime M, Corcoran-Perry S. The Focus Of the discipline of Nursing. ANS Adv Nurs Sci.1991; 14(1): 1-55. Traducción María Mercedes Duran de Villalobos
2. Marriner Tomey A. Alligood MR. Modelos y teorías en Enfermería. 7 ed. Barcelona: Mosby Elsevier; 2011.
3. González Carrión P, Toral López I, Vásquez Teja T. La evolución del pensamiento enfermero a través de los escritos de Pilar Arcas. Metas de Enferm [revista en internet]. Feb 2010 [Consultado el 15 de mayo de 2016]; 13(1): 70-4. Disponible en: <file:///Users/user/Downloads/historia131.pdf>
4. Mariscal Crespo MI. La enfermería sin límites y los límites de la enfermería. Enferm Clin [revista en internet] 2012. [Consultado el 15 de mayo de 2016]; 22(3):115-117. Disponible en: https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2629/service/content/pdf/watermarkd/1-s2.0-S1130862112000502.pdf?locale=es_ES
5. Cortés de Téllez, R. Ramírez, AL. Restrepo, MP. Vargas BC. Declaración del Consejo Técnico Nacional de Enfermería sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de Enfermería en Colombia. Mayo 20 de 2010. Actual. Enferm. Diciembre de 2010; 13(4): 29-30.
6. Katz FE. The Nurses. Traducción del inglés por: Burgos Herrera DA. En: The semiprofessions and their organization – Teachers, Nurses, Social Workers... New York: The Free Press; 1969.
7. Salazar Maya A, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Av. Enferm. 2008; 26(2): 107-15.
8. Franco TB. Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. [revista en Internet] Enero – abril 2011. [Consultado en internet 14 de junio de 2016]; 7(1): 9-20 Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/731/73118413002_2.pdf
9. Amezcua M. Enfermeras y sociedad ¿son pensables las alianzas? Índex de Enferm. Primer – segundo trimestre. 2014; 23(1-2): 7-9.
10. Poblete Troncoso, M. Valenzuela Suazo M. Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios de hospitalización. Acta Paul Enferm. [revista en internet] 2007. [Consultado el 21 de agosto de 2016]; (4): 499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>
11. Schneider MA, Ruth-Sahd LA. Fundamentos: A vueltas con los pilares básicos del cuidado del paciente. Nursing 2016; 33(1): 48-51.
12. Kerouack S et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier; 1996.
13. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Rev. Salud Pública. [revista en internet] 2000. [Consultado el 19 de noviembre de 2016]; 2(2): 121-144. Disponible en: <file:///C:/Users/Invitado/Downloads/18882-61746-1-PB.pdf>
14. Boff L. El cuidado necesario. Madrid: Editorial Trotta; 2012.

15. De la Rosa, R, Zamora, G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? *Index enferm* 2012; 21(4): 219-23.
16. Fernández J. Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión. *Rev. Electr Investig Educat.* 2001; (3)1.
17. Torres A, Sanhueza O. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Rev. Invest. educ. enferm.* 2006; (24)2: 112-19.
18. Collière MF. Promover la vida. 2da Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2009.
19. Torralba i Roselló F. Antropología del cuidar. España: Fundación Mapfre; 1998. Pág. 16-18.
20. Gómez Bustamante EM. La enfermería en Colombia: Una mirada desde la sociología de las profesiones. *Aquichan.* 2012; 12(1): 1-11.
21. Meleis A. *Theoretical nursing. Development & Progress.* St Louis: Lippincott. 2012. p. 39-58.
22. Romero Ballén MN. El cuidado de enfermería en la adversidad. *Revista Presencia.* [revista en internet] Jun 2005. [Consultado el 12 de septiembre de 2016]; 1(1): 3-9. Disponible en: <http://www.indexf.com/presencia/n1/11articulo.php>
23. Germán Bes C, Hueso Navarro F, Huercanos Esparza I. La relación entre globalización y salud y el reto de cuidar. En: Waldow VR. *Cuidado de enfermería: reflexiones entre dos orillas.* Granada: Fundación Index; 2014. p. 75-93.
24. Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichan.* [revista en internet] 2005. [Consultado el 10 de junio de 2016]; 5(5): 114-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a12.pdf>
25. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cooperación técnica para el desarrollo de la capacidad gerencial en enfermería. Informe final del taller internacional de gerencia en enfermería en los servicios de salud. [Internet] México; agosto 1999. [Consultado el 19 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/hsonur2.pdf>
26. León Román, CA. Cuidarse para no morir cuidando. *Rev Cubana de Enfer.* [revista en internet] 2007. [Consultado el 19 de noviembre de 2016]; 23(1): 1-8. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n1/enf06107.pdf>
27. Morse J. *Analyzing and conceptualizing the theoretical foundations of nursings.* New York: Springer Publishing Company. 2017. p. 10-13.
28. Ramírez P, Muggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm. Univers. ENEO* [revista en internet] 2015. [Consultado el 15 de mayo de 2016]; 12(3): 134-43. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S166570631500038X/1-s2.0-S166570631500038X-main.pdf?_tid=2e3ef30e-1ae9-11e6-8a7e-00000aab0f01&acdnat=1463350128_44610fd00b2215b15891872f4365f983
29. Huércanos Esparza I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas.* [revista en internet] 2010. [Consultado en internet 23 de marzo de 2016]; 6(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>

30. Briñez K. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. *Revista Colombiana de Enfermería*. [revista en internet] 2014. [Consultado el 10 de junio de 2016]; 9 Págs. 142-48. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/017-articulo15.pdf
31. Wlosko M, Ros C. El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del *care*: Entrevista a Pascale Molinier. *Salud Colectiva*. [revista en internet] 2015. [Consultado el 10 junio de 2016]; 11(3): 445-54 Disponible en: <file:///C:/Users/Invitado/Downloads/Entrevista%20a%20Pascale%20Molinier%20version%20scielo%20-Salud%20colectiva.pdf>
32. Mantzoukas S, Jasper M. Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. *JCN* [revista en internet] 2004. [Consultado el 26 de abril de 2016]; 13(8): 925-33. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.01008.x/full>
33. Alcaraz López G, Zapata Herrera M, Gómez M, Tavera Agudelo E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Rev. Invest. Educ. Enferm.* Marzo 2010; 28(1): 43-53.
34. Germán Bes C, Hueso Navarro F, Huercanos Esparza I. La relación entre globalización y salud y el reto de cuidar. En: Waldow VR. *Cuidado de enfermería: reflexiones entre dos orillas*. Granada: Fundación Index; 2014. p. 75-93.
35. Lobato A. La vocación hospitalaria en el cuidado del paciente. *Hospitalidad ESDAI* [revista en internet]. Julio – 2014. [Consultado el 15 de mayo de 2016]; 39-47. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2125/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=6d616f41-66f2-4960-b0ad-22d61ec7d0f2%40sessionmgr107&hid=109>
36. Sieloff Evans C. Imogene King. A conceptual framework for nursing. California; Sage publications: 1999. p. 3-8.
37. Castrillón MC. Desarrollo disciplinar de la enfermera. En: *Rev. Invest. Educ. Enferm.* 2002; (20)1: 82-8.
38. Colombia. Bogotá. Congreso de la República. Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* número 42.710. (Feb. 5 de 1996)
39. Colombia. Bogotá. Congreso de la República. Ley 911 de 2004 por la cual se dictan las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 45.693. (Oct. 6 de 2004)
40. Salazar Maya Á, Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av. Enferm.* 2008; (2): 107-115.
41. Real Academia de la Lengua (Autor corporativo). *Diccionario de la lengua española*. 23 ediciones. Barcelona: Espasa; 2014.

42. Watson J. Nursing. The philosophy and science of caring. Revised edition. Colorado. University press of Colorado; 2008. p. 29-37.
43. Salazar Maya Á. Parte del capítulo de tesis doctoral "Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado en el periodo perioperatorio. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2008. (Documento de trabajo de Seminario disciplinar. Maestría en Enfermería. Universidad de Antioquia)
44. Watson J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería. En: Riehl-Sisca J. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma, 1992. p. 192.
45. Waldow VR. Cuidar de sí, cuidar del otro, cuidar del todo. Enfermería (Montev). 2013; 2(1): 53-6.
46. Paterson JG. Zderad LT. The Theory - Paterson & Zderad: Humanistic Nursing [Internet]. [Consultado el 22 de mayo de 2016] Disponible en: humanisticnursing.weebly.com/communication.html
47. Rivera MS, Herrera LM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. [revista en internet] 2006. [Consultado el 26 de mayo de 2016]; 15 (Esp): 158-63. Disponible en: <file:///C:/Users/Invitado/Downloads/Fundamentos%20fenomenol%C3%B3gicos%20para%20un%20cuidado%20comprensivo%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf>
48. McCance T. A concept analysis of caring. En: Cutcliffe J, McKenna H. The essential concepts of nursing: building blocks for practice. London: Elsevier Churchill livingstone; 2005.
49. Huercanos Esparza I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas [revista en internet] 2010. [Consultado el 26 de marzo de 2016]; 6(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
50. Balzano S. Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica Cuadernos de Antropología Social [revista en internet] julio 2012. [Consultado el 24 de noviembre de 2016]. Disponible en [file:///C:/Users/Invitado/Downloads/Visibilidad%20e%20invisibilidad%20de%20los%20cuidados%20en%20enfermer%C3%ADa%20en%20una%20colonia%20neuropsiqui%C3%A1trica%20argentina%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/Visibilidad%20e%20invisibilidad%20de%20los%20cuidados%20en%20enfermer%C3%ADa%20en%20una%20colonia%20neuropsiqui%C3%A1trica%20argentina%20(1).pdf)
51. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios Humanized care: a challenge for nursing in the hospitals services. Acta Paul Enferm. [revista en internet] 2007. [Consultado el 12 de septiembre de 2016]; 20(4): 499-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18>
52. Beltrán OA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Invest. educ. enferm. [Internet]. 2006; 24(2): 144-150. [Consultado el 21 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a16.pdf>

53. Waldow VR, Figueiró Borges R. El proceso de cuidar según la perspectiva de vulnerabilidad. Rev. Latin-am Enfermagem. [revista en internet]. 2008. [Consultado el 12 de septiembre de 2016]; jul-agos: 16(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf
54. Riquelme Hernández G. El cuidado de enfermería: Una reflexión sobre el cuidado humanístico. Horiz Enferm. [revista en internet] 2012. [Consultado el 21 de abril de 2016]; 23(2): 9-12. Disponible en: <http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/23-2/editorial.pdf.pdf>
55. Razavi S, Staab S. Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado. Revista Internacional del Trabajo. [revista en internet] 2010. [Consultado el 14 de junio de 2016]; 129(4): 449-67. Disponible en: file:///C:/Users/Invitado/Downloads/32135_Razavi-Staab_RIT2010_Trabajo.pdf
56. Díaz Usme OS. Responsabilidad social y rol del profesional de enfermería en el logro del derecho a la salud. Rev. Colomb. Enferm. [revista en internet]. 2009. [Consultado 12 de septiembre de 2016]; 4(4): 61-70. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1412/1018>
57. Amezcua M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. Índex Enferm. 2009; 18(2): 77-9.
58. Ortiz-Pommier A. Conflicto de intereses en la relación clínica. Rev. Chil. Neuropsiquiatr. [revista en internet]. 2004 ene. [Consultado el 8 de junio de 2017]; 42(1): 29-36. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000100004
59. Beauchamp TI, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999. p. 45.
60. Geertz, C. La interpretación de las culturas. Gedisa. Barcelona; 2003. p. 20
61. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1996. p. 20.
62. Goetz JP, Lecompte M. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Morata; 1988. p. 28.
63. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2002. p. 15
64. Flores J, Abad L. (Coordinadores). Etnografía de la muerte y las culturas en América Latina. Cuenca: Universidad de Castilla- La Mancha; 2007. p. 15.
65. Mitchell G, Cody W. Nursing knowledge and human science: ontological and epistemological considerations. En: Polifroni EC, Welch M. Perspective on philosophy of science in nursing: an historical and contemporary anthropology. Lippincott; 1999.
66. Burn N, Grove S. Investigación en enfermería. 3a edición. Madrid: Elsevier; 2004. p. 544.
67. Munhall P. Nursing Research: A qualitative perspective. 5 editions. London: Jones and Bartlett Publisher; 2010. p. 604
68. Guba EG. Criteria for assessing the truthworthiness of naturalistic inquiries. ERIC/ECTJ Anual. [revista en internet] 1981. [Consultado el 29 de noviembre

- de 2016]; 29(2): 75-91. Disponible en: <https://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/Guba.pdf>
69. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Estados Unidos; SAGE publications: 1985. p. 36-46.
 70. Guber R. La etnografía: método, campo y reflexividad. Editorial Norma; Bogotá: 2001. p. 148
 71. Boyle J. Estilos de etnografía. En: Morse J. Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 447.
 72. Brewer J. Ethnography. [Vista en Internet]. Philadelphia: Open University Press. [Consultado el 23 de octubre de 2016]; 2000. Disponible en: <http://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/0335202683.pdf>
 73. Strebert H, Carpenter D. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 4 ed. Philadelphia: Lippincott & Wilkins, 2007. p. 477.
 74. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo editorial Universidad Eafit; 2004. p. 48.
 75. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6 ed. México; 2005.
 76. Babbie E. Fundamentos de la investigación social. México: Thomson Editores; 2000.
 77. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía: métodos de investigación. 2ed. Barcelona: Paidós; 2001. p. 22-23
 78. Lofland J, Snow D, Anderson L, Lofland L. Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis. 4th Ed. Estados Unidos: Cengage Learning; 2005.
 79. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. p. 231-32.
 80. Morse J. Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En: Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.p. 29-52.
 81. Guerrero Arias P. Guía etnográfica: Sistematización de datos sobre la diversidad y las culturas. [revista en internet] Quito: Abuya Yala, 2002. [Consultado el 23 de octubre de 2016]. Pág. 76. Disponible en: <http://dspace.unm.edu/bitstream/handle/1928/11741/Gu%C3%ADa%20etnogr%C3%A1fica%20sistematizaci%C3%B3n%20de%20datos.pdf?sequence=1>
 82. De la Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Nurse Investigación; [revista en Internet] Noviembre-Diciembre 06. [Consultado 23 de octubre de 2016]; Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/f_metodologica/fmetod_25.pdf
 83. Wolcott H. Sobre la intención etnográfica. En: Velasco H, García J, Díaz R. editores. Lectura de antropología para educadores: El ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar. 2da ed. Madrid: Trotta; 2005. p. 127-144.

84. Apud Peláez IE. Repensar el método etnográfico. Hacia una etnografía multitécnica, reflexiva y abierta al diálogo interdisciplinario. Antipod. Rev. Antropol. Arqueol. Enero – junio 2013; 16: 213-35.
85. Restrepo M, Tabares L. Métodos de investigación en educación. Rev. Cienc. Hum. [revista en internet] 2000. [Consultado 23 de octubre de 2016] Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev21/restrepo.htm>
86. Alzate Yepes T, Puerta AM, Morales RM. Una mediación pedagógica en educación superior en salud. El diario de campo. Rev Ibero Educ [revista en internet] 2008. [Consultado el 27 de abril 2016]; 47. Disponible en: <file:///Users/user/Downloads/Diario%20de%20Campo.pdf>
87. Castillo E. Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Rev. Médica Vol. 34 Nº 3, 2003. 164-67.
88. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet] Bogotá; El Ministerio: 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
89. Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres Humanos. Informa del Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). [Internet]. Ginebra; OMS: 2002. [Consultado el 10 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
90. Universidad de Barcelona. Observatorio de Bioética y Derecho. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos Humanos de investigación Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. [Internet]. U.S.A; 1979. [Consultado el 10 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
91. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki. [Internet]. Helsinki; 2008. [Consultado el 10 de octubre de 2016]. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Declaracion_Helsinki_2013.pdf
92. Universidad de Antioquia. Resolución rectoral 40455 por la cual se crea el Comité Central de Ética en Investigación de la Universidad de Antioquia (CCEI). [Internet]. Medellín; Universidad de Antioquia: 2015. [Consultado el 10 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/77bb39de-d255-4d39-a274-06b55fcf2300/resolucion_rectoral_40455.pdf?MOD=AJPERES
93. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? En: Lolás F, Quezada Á. (Editores). Pautas éticas de investigación en seres humanos: Nuevas Perspectivas. Chile: OMS – OPS; 2003. p. 83-95.
94. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de Cuidados transpersonales. Cienc y Enferm. [revista en Internet] 2011. [Consultado el 9 de noviembre de 2017]; 17(3): 11-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>

95. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. [revista en internet] 2007 jul-sept. [Consultado el 8 de noviembre de 2017]; 16(3): 520-30. Disponible en: <http://www.index-f.com/textocontexto/2007pdf/2007-520.pdf>
96. Rivera Martínez MS. El arte de cuidar en enfermería. Horizonte de enfermería. [revista en Internet] 2004. [Consultado el 18 de noviembre de 2017]; (15): 1-13. Disponible en: http://www.academia.edu/29366448/The_art_of_care_in_Nursing
97. Báez Hernández FJ, Nava Navarro V, Ramos Cedeño L, Medina López OM. El significado del cuidado en la práctica profesional del cuidado. Aquichan. Agosto 2009; 9(2): 127-34.
98. Barker P. The Nature of nursing. In: Psychiatric and mental health nursing. The craft of caring. 2nd ed. Hodder Arnold. 2009. p. 4-10.
99. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: David Company; 1966.
100. Guarín Berrio GE, Castrillón Agudelo MC. El mundo de la enfermera: “uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. Invest Educ Enferm. 2009; 27(2): 226-34.
101. Gaviria Noreña DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Invest Educ Enferm. 2009; 27(1): 24-33.
102. Serrano-del-Rosal R, Ranchal-Romero J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index Enferm [revista en Internet]. 2010 Mar [Consultado el 28 de diciembre de 2017]; 19(1): 9-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100002&lng=es.
103. Boyle D. The Invisibility of Nursing: Implications from an analysis of National Cancer Institute–Designated Comprehensive Cancer Center Web Sites. Oncology Nursing Forum. [revista en Internet] March 2010 [Consultado el 9 de noviembre de 2017]; 37(2): 75-83. Disponible en: file:///Users/user/Downloads/41223282H2Q640KT.pdf
104. Finkelman A, Kenner C. The imagen of nursing: what it is and how it needs to change. Chapter 3. In: Professional nursing concepts. Competencies for quality leadership. 2 ed. Jones & Bartlett Learning. Burlington. 2013. p. 85-109
105. Waldow VR. El cuidado enfermero: una cuestión paradójica. En: Waldow VR. Cuidado de enfermería: reflexiones entre dos orillas. Granada: Fundación Index; 2014. p. 95-132.
106. Morín E. El método. La naturaleza de la naturaleza. 6 ed. [libro en internet] Madrid: Ediciones Cátedra. 2001. p. 212-216. [Consultado el 24 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://ciroespinoza.files.wordpress.com/2011/11/el-metodo-1-la-naturaleza-de-la-naturaleza.pdf>
107. Morín E. La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento. Argentina: Nueva Visión, 2001. p. 91-102
108. Gordon S, Nelson S. An end to angels. *American Journal of Nursing*. [Revista en Internet] 2005. [Consultado el 22 de noviembre de 2017]; 105(5): 62–69. Disponible en:

http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/2005/05000/An_End_to_Angels.31.aspx

109. Baggio MA, Erdmann AL. The (in)visibility of caring and of the profession of nursing in the relations space. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(6):745-50.
110. Baggio MA, Erdmann AL. Relaciones múltiples del cuidado de enfermería: el surgimiento del cuidado “de nosotros”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [revista en internet] Sep- Oct 2010. [Consultado el 24 de noviembre de 2017]; 18(5): [8 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_09.pdf
111. Mesa Melgarejo L, Romero Ballén MN. Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. Julio-Diciembre 2010; 12(2): 55-92.
112. Cifuentes Rodríguez J, Manrique Abril F. Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia. *Avances en Enfermería* [revista en internet] jul. 2014. [Consultado del 28 de diciembre de 2017]; 32(2): 217-27. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46207/60857>>. Fecha de acceso: 28 dic. 2017 doi:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46207>.
113. Cepeda Díez JM. Humanismo, salud y tecnologías de acercamiento. *Index de Enfermería*. [revista en internet]. Cuarto trimestre 2014. [Consultado el 23 de noviembre de 2017]; 23(4): 197-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300001
114. Carrasco C. La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de Economía Crítica*. [revista en internet] Marzo 2006. [Consultado el 24 de noviembre de 2017]; 5: 39-64. Disponible en: http://www.mueveteporlaigualdad.org/publicaciones/laparadojadelcuidado_carrasco.pdf
115. Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (autor corporativo). *Las enfermeras una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos*. Ginebra: CIE; 2015. p. 2-70
116. Aiken LH et al. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA* [revista en internet]. September 2003. [Consultado el 26 de noviembre de 2017]; 290(12): 1623-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3077115/pdf/nihms250756.pdf>
117. Huércanos Esparza I. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. *Biblioteca Lascasas* [revista en internet] 2011. [Consultado el 24 de noviembre de 2017]; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.pdf>
118. Lopera de Peña A. Reflexiones éticas en torno al cuidado de la salud. Bogotá: ACOFAEN [internet] 2011. [Consultado el 24 de noviembre de 2017]; p. 43-62. Disponible en: [file:///C:/Users/Docente/Downloads/LIBRO%20REFLEXIONES%20ETICAS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Docente/Downloads/LIBRO%20REFLEXIONES%20ETICAS%20(1).pdf)

119. Vítolo F. Relación médica-enfermera esencial para la seguridad de los pacientes. Biblioteca Virtual NOBLE [revista en internet]. Junio 2012. [Consultado el 27 de noviembre de 2017]; 1-11. Disponible en: <http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS NOBLE/74.pdf>
120. Romero BM. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. Av. enferm. [revista en internet] 2007. [consultado el 29 diciembre 2017]; 25(2): 112-23. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12815/13634>
121. Medina Moya JL, Castillo Parra S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. Texto Contexto Enferm. [revista en internet]. Abril – junio 2006. [Consultado el 24 de noviembre de 2017]; 15(2): 303-11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71415215.pdf>
122. Hueso Navarro F. La enfermería en España: factores que han condicionado su desarrollo, la búsqueda de la autonomía profesional - el cuidado, esencia propia de su identidad. En: Waldow VR. Cuidado de enfermería: reflexiones entre dos orillas. Granada: Fundación Index; 2014. p. 23-72
123. Kerouack et al. Propuestas para la gestión de los cuidados. En: Kerouack S et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier; 1996. p. 124.
124. Verástegui León MR. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012 [Tesis doctoral]. Lima – Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3620/1/Verastegui_Im.pdf
125. Cibanal Juan L, Arce MC. La relación de ayuda. En: Cibanal Juan L, Arce MC. La relación enfermera-paciente. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2009. p. 101-52.
126. Urbina O, Pérez A, Delgado J, Martín X. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2003 Sept [Consultado el 6 de diciembre de 2017]; 17(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000300002&lng=es.
127. Kant E. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Barcelona: Aries; 1996.
128. Chinn PL, Kramer M. Integrated theory and knowledge development in nursing. 8th ed. St Louis: Elsevier; 2011.
129. De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm. 2007; 25 (1): 106-12.
130. Levinas E. Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. Citado por: Rojas P. La ética del lenguaje: Habermas y Levinas. Revista de Filosofía 3ª época. [revista en internet] 2000 [Consultado el 6 de junio de 2017]; 13(23): 35-60. Disponible en: https://www.infoamerica.org/documentos_pdf/habermas06.pdf

16.ANEXOS.

16.1 Anexo 1. Consentimiento Informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Propósito de la investigación.

Como parte de la formación de maestría en enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia se está realizando una investigación que pretende comprender el significado que las enfermeras le dan al cuidado invisible entendido como aquel cuidado que brindan las enfermeras pero que en ocasiones no es reconocido por las instituciones o por ellas mismas en la práctica cotidiana del cuidado en los servicios de hospitalización. Esta entrevista será de utilidad para generar conocimiento respecto al cuidado que brindan las enfermeras en su quehacer práctico en los servicios de hospitalización, además contribuir al fortalecimiento de estrategias en el desarrollo disciplinar y de la práctica profesional. Por lo anterior le solicito su participación en el estudio por medio de una entrevista.

Riesgos o incomodidades del estudio

La entrevista no posee un formato estandarizado de preguntas; éstas se harán de acuerdo a la dinámica de la conversación. Sin embargo, será importante conocer algunos aspectos importantes como: su edad, tiempo de experiencia laboral y todo lo que desee contar acerca de las actividades que realiza en el quehacer del cuidado en los servicios de hospitalización. Esta es una investigación con un riesgo mínimo para los seres humanos y el ambiente, puesto que es posible que algunos temas le hagan recordar alguna experiencia que pueda hacerle sentir incómodo(a) y por ende le recuerdo que su participación en la entrevista es completamente voluntaria, no tiene obligación de responderla total o parcialmente y puede terminar su participación en el momento que desee.

La duración de la entrevista no será superior a una hora y será realizada en un lugar tranquilo que facilite su desarrollo y donde usted se sienta más cómodo y tranquilo.

De ser necesario me gustaría de su consentimiento para una nueva entrevista en el lugar que usted prefiera.

Adicionalmente, solicito su consentimiento para grabar esta entrevista con el fin de que la transcripción de la misma, sea fiel a sus ideas y palabras. Sin embargo, la grabación de la entrevista no constituye un acto indispensable o esencial para el desarrollo de la misma y esta puede hacerse sin necesidad de la grabación si así lo desea.

El investigador se compromete a tener absoluta confidencialidad con todos los temas y datos que sean recopilados en la entrevista, también acerca de la forma en que se desarrolle. Esta entrevista solo será conocida por el investigador y su asesora. Su nombre y datos personales no aparecerán en ningún sitio, ni será publicado.

Los datos se analizarán de manera global, y cuando sea necesario citar alguno de sus testimonios se utilizarán códigos o nombres ficticios.

El uso de los datos será de manera exclusiva para este proyecto. La información que nos proporcione será resguardada por 2 años por el investigador en la Facultad de Enfermería y será completamente destruida luego de terminada la investigación.

Terminada la investigación, usted podrá conocer los resultados obtenidos y si lo considera recomendar ajustes.

Cualquier información adicional, el investigador principal es quien hace esta entrevista, de manera que si en este momento o en un futuro tiene alguna pregunta o duda, puede contactarme en la facultad de enfermería.

En el teléfono 2196332-2196302 Vicedecanatura o en el teléfono de la oficina de posgrados 2196330. Al correo electrónico alex.lopera@udea.edu.co.

Si usted acepta participar en esta investigación, por favor firme abajo (no necesita colocar su número de cédula). De igual forma yo también firmaré.

Medellín, _____

Firma Participante

Firma investigador

Firma Testigo

Firma Testigo

**16.2 Anexo 2. Consentimiento informado para observación.
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBSERVACIÓN EN
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.**

Propósito de la investigación.

Como parte de la formación de maestría en enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia se está realizando una investigación que pretende comprender el significado que las enfermeras le dan al cuidado invisible entendido como aquel cuidado que brindan las enfermeras pero que en ocasiones no es reconocido por las instituciones o por ellas mismas en la práctica cotidiana del cuidado en los servicios de hospitalización. Esta observación será de utilidad para complementar el conocimiento respecto al cuidado que brindan las enfermeras en su quehacer práctico en los servicios de hospitalización, además contribuir al fortalecimiento de estrategias en el desarrollo disciplinar y de la práctica profesional. Por lo anterior le solicito me permita observar su trabajo durante un turno habitual de enfermería en el servicio de hospitalización.

Riesgos o incomodidades del estudio

Esta investigación es considerada de riesgo mínimo y la observación no posee un formato estandarizado; los registros serán condensados en un diario de campo utilizando códigos o nombres ficticios y en ningún momento se vulnerará la confidencialidad de los participantes. Su nombre y datos personales no aparecerán en ningún sitio, ni será publicado.

El observador nunca intervendrá en sus actividades, opinará o interpelará alguna de las acciones de cuidado que en el ejercicio de sus funciones usted adopte.

Si en algún momento considera que se sienta incómoda por ser observada, puede informarlo y me retiraré sin consecuencia alguna.

Si el observador le acompaña en alguna de las actividades que involucre la atención de algún paciente, se le solicitará mediante grabación el consentimiento al paciente o responsable de ser menor de edad, para poder desarrollar la observación.

En algún momento, le solicitaré poder acceder a las notas de enfermería, éstas solo con el objetivo de conocer las anotaciones referidas al cuidado brindado, respetando el secreto profesional y la confidencialidad.

El uso de los datos será de manera exclusiva para este proyecto. La información que nos proporcione será resguardada por 2 años por el investigador en la Facultad de Enfermería y será completamente destruida luego de terminada la investigación.

Terminada la investigación, usted podrá conocer los resultados obtenidos y si lo considera recomendar ajustes.

Cualquier información adicional, el investigador principal es quien hace esta entrevista, de manera que si en este momento o en un futuro tiene alguna pregunta o duda, puede contactarme en la facultad de enfermería.

En el teléfono 2196332-2196302 Vicedecanatura o en el teléfono de la oficina de posgrados 2196330. Al correo electrónico alex.lopera@udea.edu.co.

Si usted acepta participar en esta investigación, por favor firme abajo (no necesita colocar su número de cédula). De igual forma yo también firmaré.

Medellín, _____

Firma Participante

Firma investigador

Firma Testigo

Firma Testigo

16.3 Anexo 3. Guía para la entrevista etnográfica

Temas importantes para abordar.

1. Información general y caracterización de los participantes
 - a. Fecha de graduación
 - b. Tiempo de experiencia laboral como enfermera
 - c. Tiempo de experiencia laboral en los servicios de hospitalización
 - d. Nivel de la institución donde trabaja
2. Reconocimiento del cuidado por ella misma y por la institución.
3. Factores que permiten la visibilidad o la invisibilidad del cuidado.
4. Mecanismos o estrategias que permiten la visualización del cuidado en las salas de hospitalización.

16.4 Anexo 4. Guía para la Observación etnográfica.

Temas de observación

1. Las características de la interacción de la enfermera.
2. Las características del cuidado.
3. Los registros que realiza acerca del cuidado.
4. Otras acciones y cuidados que emerjan en las entrevistas

16.5 Anexo 5. Cronograma

Este cronograma se acota a los dos últimos semestres de la maestría en los periodos 2017/1 a 2017/2.

Puede tener variaciones por eventualidades académicas o administrativas.

ACTIVIDAD / MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Elaboración y presentación del proyecto al Comité de ética de investigación de la facultad</i>	X											
<i>Acercamiento y selección de participantes</i>		X										
<i>Trabajo de campo</i>		X	X	X	X	X	X	X				
<i>Trascripción del material grabado</i>			X	X	X	X	X	X				
<i>Reflexión y análisis de la información</i>			X	X	X	X	X	X	X			
<i>Revisión bibliográfica</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
<i>Informe final</i>										X	X	
<i>Socialización</i>										X	X	X
<i>Publicación</i>										X	X	X

16.6 Anexo 6. Presupuesto general

Rubros	FUENTES DE FINANCIACIÓN					Total
	FINANCIACIÓN PROPIA	UDEA: indique la dependencia o grupo de investigación		Recursos externos: indique la entidad		
		Rec. Fresco	Rec. Especie	Rec. Fresco	Rec. Especie	
Personal	\$ 3.150.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.150.000
Pasantías	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Eventos	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Servicios técnicos (Corrección de estilo)	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.000.000
Materiales fungibles	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000
Equipos	\$ 750.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 750.000
Telecomunicaciones	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Trabajo de campo	\$ 840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 840.000
Software	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Publicaciones	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Bibliografía	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL	\$ 6.940.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.940.000
TOTAL	\$ 6.940.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.940.000

Formato de presupuesto tomado de proyectos CODI Centro de Investigación de la Universidad de Antioquia

16.7 Anexo 7. Formato de carta de presentación instituciones.

Medellín, _____ febrero de 2017

Señor
REPRESENTANTE LEGAL
Institución

Cordial saludo.

Mediante la presente solicito a ustedes, yo **ALEX MAURICIO LOPERA ARANGO** identificado con CC **71376153** de Medellín, enfermero de la Universidad de Antioquia, especialista en Ciencias Básicas Biomédicas y actualmente estudiante del tercer semestre de la Maestría en enfermería, me permitan ejecutar como parte de mi formación como magister, la investigación “significado para las enfermeras del cuidado invisible en los servicios de hospitalización”.

Me gustaría aclarar aquí que el cuidado invisible se entiende como aquel cuidado que brindan las enfermeras pero que en ocasiones no es reconocido por las instituciones o por ellas mismas en la práctica cotidiana del cuidado en los servicios de hospitalización

Este trabajo se enmarca dentro de un enfoque cualitativo con un método etnográfico y que tiene como objetivo principal comprender cuál es significado para las enfermeras del cuidado invisible en su práctica en los servicios de hospitalización y para lograrlo es importante poder describir como son esas prácticas de cuidado consideradas invisibles por las enfermeras y los rasgos del cuidado de enfermería que para las ellas influyen o condicionan en su invisibilidad.

De esta manera, lo que pretendo es poder observar un turno de trabajo de las enfermeras en uno de los servicios de hospitalización sin importar si es de adultos o pediatría.

La recolección de la información se hará en un diario de campo que yo como investigador principal llevare debidamente protegido y donde no utilizaré ningún nombre de enfermeras, pacientes o de la institución.

Cada uno de los participantes, firmará un consentimiento informado donde acepte la observación, además, ninguna de mis acciones entorpecerá las funciones del cuidado que realice en el servicio.

La observación se realizará en el periodo comprendido entre los meses de marzo y junio, en horarios convenidos y bajos las normas y protocolos dispuestos por la institución.

Éste investigación ha sido avalada por el acta del Comité de Ética de Investigación N°____ y se considera según la Resolución 8430/1993 una investigación de riesgo mínimo para los participantes.

De igual forma los participantes tienen la libertad de elegir si quieren participar de la investigación y de retirarse en el momento que lo deseen sin que esto genere algún tipo de sanción.

El todo momento el nombre de la institución será resguardada y tratada con total confidencialidad y no aparecerá en ningún apartado de la investigación.

Así también, el investigador principal tiene los derechos de autoría de este trabajo con el manejo adecuado a las fuentes consultadas y la autorización para realizar el trabajo de campo por la institución no condicionará la coautoría o compartir sus derechos.

La información derivada de éste investigación será resguardada por un periodo de dos años bajo llave y para resguardar la confidencialidad de los participantes limita el acceso a la información obtenida de cualquier persona distinta del investigador principal.

Por éste investigación, no declaro ningún conflicto de intereses, así como tampoco, que tanto participantes e institución vayan a percibir algún tipo de compensación económica por ésta.

Mi compromiso, radica en la devolución de los resultados obtenidos a modo de conversatorio o conferencia luego de terminada la investigación.

Cualquier información adicional, pueden comunicarse con la Mg. Leslie Margarita García Blanquicett Jefe del Departamento del Posgrados Tel. 2196330. (C) Doctora Bioética. Mg. Enfermería Jasmin Viviana Cacante Caballero. Coordinadora de la Maestría en Enfermería. Tel. 2196355. Doctora Martha Adíela Lopera Betancur. Asesora de trabajo de investigación. Tel. 2196350

Atentamente,

LESLIE MARGARITA GARCIA B.
Jefe del Departamento de Posgrados

JAZMIN VIVIANA CACANTE C.
Coord. Maestría en Enfermería

MARTHA ADIELA LOPERA B.
Asesora trabajo de grado

ALEX MAURICIO LOPERA A.
Investigador principal – estudiante

16.8 Anexo 8. Aval Comité de ética Facultad de Enfermería.

Acta N° CEI-FE 2017-6

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004.

Lugar y fecha: Medellín, 18 de febrero de 2017.

Nombre del proyecto: Significado que las enfermeras le dan al cuidado invisible en el ejercicio de su práctica clínica en los servicios de hospitalización

Nombre de la investigadora: Alex Mauricio Lopera Arango. Asesora: Martha Adíela Lopera Betancur.

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia luego de revisar el proyecto de investigación con fundamento en los requerimientos de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), las normas internacionales que regulan la ética de la investigación (Declaración de Helsinki, 2008; Pautas de la CIOMS, 2002) y los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica (Ezequiel Jonathan Emanuel), evalúa lo siguiente:

• Criterios para la conducción responsable de la investigación:

1. Asociación colaborativa: El acceso al campo se llevará a cabo tanto por vía institucional, como por acceso directo del investigador por contacto social. En el primer caso en servicios de hospitalización, de instituciones de salud, sin importar su nivel de complejidad, con el fin de realizar observaciones. El número estimado es de 3 instituciones.

Se anexa carta solicitando autorización a la institución hospitalaria para realizar la observación.

2. Validez científica: Se trata de una investigación cualitativa, desarrollada mediante un enfoque etnográfico.

3. Validez social: Suficiente sustentación.

4. Selección equitativa de los participantes: El muestreo será de tipo intencional, basado en criterios de inclusión y de exclusión para seleccionar potenciales enfermeras participantes. Se utilizará la estrategia de bola de nieve.

Con relación al criterio de exclusión: "enfermeras que no den su autorización para realizar la entrevista", se insiste en que estrictamente más que criterio de exclusión, es un requisito que debe cumplirse una vez identificados los potenciales participantes.

También se llevará a cabo observación participante.

5. Razón riesgos/beneficios: Se señala esta como una investigación de riesgo mínimo. Se establecen conductas para minimizar este.

Para la maximización de los beneficios se hará devolución a la institución, participantes y a la comunidad académica por medio de diversas estrategias.]

6. Evaluación independiente: Se someterá ante el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

- Protección de los derechos de los sujetos involucrados en la investigación.
 1. Respeto a la autonomía: se encuentra contemplado.
 2. Respeto a la Confidencialidad: Se garantizará el anonimato, a través del uso de códigos para el manejo de la información.
 3. Consentimiento informado: Anexa modelos que cumplen los requerimientos.
- 4. Custodia: La información será resguardada por el autor, por dos años después de publicados los resultados.

• **Conclusión:** Se concede aval



Beatriz Elena Arias López
c.c. 42.894.067
Presidenta CEI- Facultad de Enfermería
Profesión: Enfermera, Mg Ed y DC, PhD SMC
Cargo actual: Docente
Institución: Universidad de Antioquia
Comité para la evaluación del componente ético en las investigaciones
Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia