

EL QUEHACER COTIDIANO DE LA ENFERMERA SIGNIFICA SOPORTAR LA CARGA

O TRABALHO COTIDIANO DA ENFERMEIRA SIGNIFICA SUPORTAR A CARGA

THE DAILY WORK OF NURSE MEANS BEAR THE BURDEN

Martha Adiola Lopera Betancur¹, Constanza Forero Pulido², Luis Eduardo Paiva Duque³, Verónica María Cuartas⁴

Histórico

Recibido:

17 de Diciembre de 2015

Aceptado:

16 de Mayo de 2016

1 Enfermera, Magíster y Doctora en Enfermería, Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Autor para Correspondencia, E-mail: lopera9701@gmail.com

2 Enfermera, Magíster en Salud Pública. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: constanza.forero@udea.edu.co

3 Candidato a Magíster en Bioquímica Clínica. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. E-mail: paiva77@gmail.com

4 Enfermera, Magíster en Calidad en Salud. Enfermera Líder de Calidad, Sindicato DARSER, Medellín, Colombia. E-mail: verito672@hotmail.com

Introducción: Las enfermeras le dan significados a su quehacer cotidiano y la comprensión de estos favorece el diseño de propuestas orientadas a promover la calidad, humanización y gestión de los servicios. El objetivo fue comprender el significado que las enfermeras le dan a su quehacer cotidiano. **Materiales y Métodos:** Se utilizó la investigación cualitativa con enfoque etnográfico, se realizaron entrevistas grupales y se llevó diario de campo. **Resultados:** Las enfermeras deben apropiarse del servicio, lo que significa realizar cuidado integral y cargar el servicio. Esta carga del servicio es entendida como soportar la carga de la culpa, los problemas, las interacciones, los indicadores y protocolos sin suficiente tiempo. **Discusión:** El cuidado genera motivación la cual es una emoción capaz de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo, la carga laboral ha obligado a las enfermeras a dedicar menos tiempo al cuidado lo cual las lleva a sentimientos de culpa, agotamiento y estrés **Conclusiones:** El quehacer de enfermería significa una carga cuando sienten que deben encargarse de tareas que no son de su competencia profesional o que son impuestas limitando su autonomía. Tener que soportarla lleva a las enfermeras a la desmotivación.

Palabras clave: Carga de Trabajo, Atención de Enfermería, Motivación, Antropología Cultural. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.320>

RESUMEN

Introdução: As enfermeiras dão significados ao seu quefazer cotidiano e a compreensão destes favorece o desenho de propostas orientadas a promover a qualidade, humanização e gestão dos serviços. O objetivo foi compreender o significado que as enfermeiras lhe dão ao seu quefazer cotidiano. **Materiais e Métodos:** Se utilizou a investigação qualitativa com enfoque etnográfico, se realizaram entrevistas grupais e se fez diário de campo. **Resultados:** As enfermeiras devem apropriar-se do serviço, o que significa realizar cuidado integral e carregar o serviço. Esta carga do serviço é entendida como suportar a carga da culpa, os problemas, as interações, os indicadores e protocolos sem suficiente tempo. **Discussão:** O cuidado gera motivação a qual é uma emoção capaz de provocar, manter e dirigir a conduta a um objetivo, a carga laboral há obrigado às enfermeiras a dedicar menos tempo ao cuidado o qual as leva a sentimentos de culpa, esgotamento e estresse **Conclusões:** A tarefa de enfermagem significa a carga quando eles sentem que eles devem cuidar de tarefas que não são de sua competência profissional, ou que são impostas, limitando a sua autonomia. Ter que suportar a carga leva às enfermeiras à desmotivação.

Palavras chave: Carga de Trabalho, Cuidados de Enfermagem, Motivação, Antropologia Cultural. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.320>

RESUMO

Introduction: Nurses give the meaning to their daily work and its comprehension permits the design of proposals oriented to promote quality, humanization and service management. The objective was to understand the meaning that nurses give to their daily work. **Materials and Methods:** qualitative study with ethnographic approach; groups interviews were conducted and a field day book was done. **Results:** Nurses must take ownership of the nurse department, which means to achieve an integral care and hold up the department. The weight of the department is to understand as the ability to hold up guilt, problems, interactions, indicators and protocols without enough time. **Discussion:** Health care creates motivation, which is a feeling capable to provoke, maintain and manage the behavior to a common objective; the work weight has forced the nurses to spend less time to the health care, which lead them to feel guilty, exhaustion and stress. **Conclusions:** The task of nursing means a burden when they feel that they must take care of tasks are not of her professional competence or that are imposed by limiting their autonomy. Holding up work weight, lead nurses to the demotivation.

Key word: Workload, Nursing Care, Motivation, Antropology, Cultural. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.320>

ABSTRACT

Cómo citar este artículo: Lopera MA, Forero C, Paiva LE, Cuartas VM. El quehacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1262-70. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.320>

© 2016 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno central de la disciplina de enfermería es el cuidado, el cual es un concepto multidimensional en constante construcción¹. Sin embargo, la ciencia y la práctica de enfermería deberán ir en la misma vía, para no generar abismos o rupturas entre la academia y la práctica. En este sentido, es importante la asimilación de cada profesional de los valores que caracterizan la disciplina, el cual se conoce como el *ethos* del cuidado². La enfermera se destaca, “entre otras potencialidades, por la integralidad de la asistencia a la salud, por la capacidad de comprender el contexto social y se identifica con las necesidades y expectativas de los individuos”³.

Muchas veces el papel propio de las enfermeras se pierde en medio de las múltiples tareas administrativas. Por su parte, De la Rosa y Zamora sostienen que el cuidado directo “ha sufrido una invisibilización por los esfuerzos de la profesionalización, pero en ellos se fundamenta la identidad profesional”⁴. También Stein, Lorenzini y Büscher³, encontraron que las enfermeras del hospital sienten que la tecnología y la estructura del hospital limitan su autonomía. Adicionalmente, la carga laboral ha llevado a las enfermeras a dedicar menos tiempo al cuidado, lo cual puede llevar a sentimientos de culpa, agotamiento, estrés. Otra cara del problema la constituye el sistema de salud colombiano que hace presión para la rentabilidad económica de las instituciones de salud, Molina y otros encontraron que “las deficientes condiciones laborales y la política de contención de gastos coartan la autonomía profesional, porque condicionan la estabilidad laboral”⁵. Además llevan a sacrificar en algunas ocasiones los estándares de número de pacientes a cargo de cada enfermera.

El quehacer cotidiano de enfermería en el contexto de una sala hospitalaria, sea para pacientes en estado agudo o crónico surge en un ambiente donde coexisten el sufrimiento y el dolor de los pacientes. Sin embargo, una de las mayores fuentes de sufrimiento para las enfermeras, según Lunardi⁶, y otros, es enfrentarse con el ejercicio del poder por múltiples actores involucrados en las instituciones de salud que intentan conservarlo, poder que en muchas ocasiones se puede oponer a su deseo de realizar asistencia directa al lado del paciente y de sus familiares.

Por otro lado, las enfermeras se encuentran con la necesidad de dar respuesta a diferentes estándares de medición, lo que podría ser un intento por la

“objetivación de la práctica y la imposición de criterios medibles para diversas situaciones clínicas”⁷, situación loable, si se piensa en un medio para garantizar la calidad y supervivencia de la institución, pero que si se conciben como un fin en sí mismos podrían contribuir a que la ciencia y el arte de la enfermería se diluyan en el cumplimiento de tareas administrativas de llenar formatos. Resulta paradójico que dichos estándares de medición buscan garantizar la calidad del cuidado, pero pueden distanciar a las enfermeras de esta meta.

Adicionalmente, en muchas ocasiones las enfermeras se alejan de la interacción con el paciente, comprometiéndose solo con el cumplimiento de acciones médico-delegadas, lo que contribuye más a su invisibilización, según Ledesma y Mendes⁸, esto se debe a que “La enfermera, como actor social, interactúa con sus pares, otros profesionales de la salud, pacientes y familiares, y formula indicaciones de conducta a partir de las normas institucionales y de ese modo, orienta su interacción con otros, alienándose cuando realiza tareas definidas por la institución de salud, factor determinante de sus acciones e interacciones de cuidado, basadas principalmente en las prescripciones médicas”⁹. De esta manera lo describe Aquino⁹, cuando expresa que enfermería responde a los propósitos institucionales y no a los intereses de la profesión o de la sociedad⁹. Pero ¿qué efectos tiene en las enfermeras alejarse del cuidado?, ¿qué le significa su tarea cotidiana en un contexto adverso para el cuidado?

El interés en este trabajo surgió en la experiencia profesional de los investigadores, en la docencia y la asistencia, donde se nota no solo el divorcio entre la teoría y el ideal instituido en la academia con la realidad cotidiana de las enfermeras, donde van adoptando una práctica alejada del liderazgo que se espera de las profesionales y de la interacción que requieren los pacientes, familiares y la disciplina misma. Por lo tanto surgió la pregunta ¿Cuál es el significado que las enfermeras le dan a su quehacer cotidiano? Esperando escuchar su punto de vista con el ánimo de generar conocimiento de importancia para la práctica y la academia, en este sentido, Irigibel¹⁰, expone que además del saber de enfermería es necesario “comprender la estructura del conocimiento en relación con las condiciones sociales, históricas, políticas, económicas y epistemológicas desde donde emergen las prácticas”¹⁰. El objetivo de este trabajo fue comprender el significado que las enfermeras le dan a su quehacer cotidiano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio parte de la perspectiva de la investigación cualitativa, que busca la comprensión de los significados y acciones cotidianas, para construir y dar sentido al fenómeno estudiado desde la mirada de los participantes.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el enfoque etnográfico particularista que permite describir y analizar los procesos culturales dentro de un contexto determinado “para aprender acerca de la vida social y cultural de comunidades, instituciones y otros escenarios”¹¹, puede entenderse, según Geertz, como el proceso de la “descripción densa” es decir, ir más allá de los simples hechos y buscar estructuras significativas, se tuvo en cuenta la cultura y el contexto, basados en el acercamiento teórico de Geertz¹², quien define la cultura como “urdimbre de tramas y significados que el hombre mismo ha tejido y cuyo análisis puede darse desde una ciencia interpretativa en busca de significaciones”¹². Y es entendida como “sistemas en interacción de signos interpretables”¹², brindando mayor importancia al significado que tienen para las enfermeras su quehacer profesional.

Participantes: Enfermeras que laboran en una institución de IV nivel de la ciudad de Medellín a quienes se les explicaba el objetivo e invitaba y aceptaron dar su testimonio para este trabajo.

Técnicas

Entrevista: Se realizaron 7 entrevistas grupales cada una con enfermeras que compartían la misma área de trabajo. Para el desarrollo de estas se partió de temas generales sobre las actividades que realizan las enfermeras para luego profundizar en los aspectos relacionados con la carga. Se evitó, plantear preguntas que tuvieran efectos negativos, emocionales o que la convirtieran en un interrogatorio, se hizo registro individual de éstas, luego se transcribieron para iniciar su codificación, la duración en promedio fue de una hora por sesión. Las entrevistas se grabaron previo consentimiento de los y las participantes, para de esta forma lograr un máximo de fidelidad en la información recolectada.

Se emplearon dos entrevistadores: el principal y el secundario, mientras el primero realizaba la totalidad de la entrevista, el segundo permanecía atento para reconocer las preguntas que faltaron por responder y además, para identificar aspectos clave de la entrevista, que fueran necesarios profundizar o aclarar. De esta manera se logró que la entrevista fuera lo más completa

posible.

Diario de campo: Se llevó un registro detallado, tanto de los comentarios como de situaciones vividas durante las entrevistas y algunos aspectos metodológicos como: cronograma de actividades, desarrollo, registro de observación, registro de las reuniones, sentimientos e impresiones propias del investigador. Este diario sirvió para nutrir el análisis.

Socialización de los resultados: Una vez obtenidos los resultados se llevó a cabo una reunión por cada grupo de enfermeras y con grupos académicos y en ellas se hicieron acuerdos para la divulgación de la información, luego se presentó el informe final a las directivas de la institución donde se realizó el trabajo.

Durante el proceso de la investigación se garantizó el cumplimiento de las normas y la confidencialidad de la información obtenida de acuerdo con las directrices de: la Declaración de Helsinki¹³, y los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la resolución 8430 de 1993 de Colombia¹⁴. Se obtuvo aprobación por parte de la institución mediante acta del comité de investigaciones y ética IN08-2013, lo mismo que el consentimiento informado por parte de los participantes.

Análisis de la información: Tanto las entrevistas como el diario de campo fueron transcritas lo más pronto posible, con el fin de detectar elementos que faltasen o que no tuviesen profundidad suficiente; para con esto, lograr realizar los correctivos necesarios. Posteriormente, se dio inicio al proceso de codificación de datos, que buscó establecer y agrupar códigos, categorías y subcategorías, y que además, permitió vislumbrar temas de interés. Este proceso fue enriquecido con los memos, en los cuales aparecen ideas de reflexión, posibilidades metodológicas, consultas secundarias y bibliográficas sobre determinados aspectos. La unidad de análisis tuvo como eje central, los significados y las experiencias sobre el quehacer de las enfermeras.

A la par, se hicieron revisiones bibliográficas correspondientes a los temas, con el fin de realizar una descripción coherente con la mirada de las enfermeras, es decir, lograr realizar una descripción densa sobre la carga, partiendo de la mirada de los participantes.

Se identificó como categoría principal “carga” y se hallaron subcategorías como: el cuidado, las interacciones y la culpa. Finalmente después de la aprobación por parte de las enfermeras se procedió a la

escritura del documento.

El rigor, se obtuvo mediante la confirmación de los resultados y su revisión con las participantes, la utilización de grabaciones y establecer la similitud de los hallazgos con los de otras investigaciones.

RESULTADOS

Para las enfermeras en su quehacer cotidiano deben apropiarse del servicio, esto significa realizar cuidado integral y cargar el servicio.

Consideran servicio la forma de distribución y organización de los lugares donde se hospitaliza el paciente donde se ejecutan los procesos misionales tanto administrativos como asistenciales, pero este concepto no es solo arquitectónico o físico, incluye las funciones que se cumplen en cada espacio, los protocolos, la autonomía de enfermería, el tipo de servicio y el compromiso de la aplicación de los protocolos. Por lo tanto aunque en los servicios los procesos son los mismos, el ambiente no es igual, depende de cada una de las enfermeras, de su esencia, del conocimiento que tengan, de la motivación y de las relaciones con el equipo de salud.

Usted tiene que apropiarse de su servicio (E6)...

Cuidado Integral

Para la enfermera cuidado integral es el que recibe el paciente durante su hospitalización y es su responsabilidad porque es la dueña del servicio, la cabeza visible, por lo tanto debe conocer: todo el funcionamiento del servicio, las necesidades del paciente, hacer los procedimientos que son de la enfermera y cumplir las órdenes médicas.

Tiene que saber, de todos sus pacientes para poder saber qué hacer para mejorar su estado de salud (E1).

El cuidado integral está relacionado con el reconocimiento y la motivación que se logre en el cuidado al paciente incluye además la ronda de enfermería y la ronda médica.

Pasar la ronda médica, para que escuchen cómo ha pasado el paciente, cuál es nuestra visión y nuestra percepción, (E4).

Se espera que la enfermera responda a las inquietudes de los miembros del equipo de salud, por lo tanto su conocimiento en relación con la situación del paciente y el funcionamiento del servicio debe ser completo.

Todos, los especialistas, los auxiliares, todos se basan en ti, uno tiene que estar empapado absolutamente de todo del servicio, de sus pacientes, uno debe tener dominio de todo el servicio (E1).

El servicio funciona dependiendo del enfermero (E6).

Cargar el Servicio

Para la enfermera la carga del servicio es asumir la responsabilidad sobre todo lo que allí suceda, y realizar acciones que no son de su competencia disciplinar, que es el cuidado integral de enfermería. Tienen que cargar con: culpas, problemas, interacciones, indicadores y protocolos y además el tiempo no les alcanza.

Tenemos que hacer lo que no nos corresponde.

Las enfermeras dentro de su quehacer cotidiano deben realizar actividades que consideran no son de su competencia y esto las limita para hacer lo que en realidad si les corresponde, deben ser: recepcionistas y secretarias, vigilantes, resolver dudas, buscar, recibir regañones, ser culpables de todo lo que sucede en el desarrollo de los procesos, ser mensajeras, decirle a todo el mundo lo que debe hacer.

No estamos haciendo lo realmente nos toca como enfermeros, porque tenemos que hacer otras actividades que no nos corresponden, (E5).

Las enfermeras para lograr el cuidado integral del paciente siempre buscan que todo salga bien y por esto hacen el trabajo del médico, de la auxiliar y de la secretaria, pues quieren evitar demoras en los procesos, errores, complicaciones y garantizar calidad. Además hay poco personal que no alcanza a realizar determinadas actividades que consideran fundamentales para el cuidado y bienestar del paciente.

Explicar el por qué el paciente no se ha ido esto es de la secretaria (E6).

Así mismo las participantes plantean que al tener la responsabilidad del servicio deben resolver todas las dudas y algunas veces no saben cómo responder, además tienen que buscar estrategias que les permitan mantener la confianza principalmente del paciente y la familia

El familiar siempre está lleno de dudas, uno es el que se las tiene que resolver, pero hay veces son cosas que se le salen a uno de las manos (E2).

El culpable, es siempre la enfermera

Lo que suceda en el servicio es culpa de la enfermera, la mayoría de las veces es compromiso de otro y ella tiene que cargar con las consecuencias o por lo menos con el regaño y la queja correspondiente. Los coordinadores necesitan mostrar resultados y cuando sucede algo buscan culpables en lugar de preguntarse, qué se puede hacer para que una situación similar no vuelva a suceder en el futuro.

Eso es un gran problema, que se tiende a buscar culpables y no la solución (E4).

Las principales culpas que las enfermeras relatan están relacionadas con eventos adversos, citas perdidas, altas que no se dan de forma rápida, formatos que no se han llenado, órdenes que no se han escrito y pacientes que no ve el especialista.

Si no se hizo esto, entonces la culpa es de la enfermera (E3).

Las consecuencias de cargar con la culpa están centradas en el estrés que se manifiesta dependiendo de la hora y del estado de cansancio en que se encuentre la enfermera.

Si el evento fue en la mañana se te tiro todo el turno, y si el evento fue en la tarde peor, porque usted está más cansada (E2).

He solucionado todos los problemas del mundo, no he trabajado

Cuando los gastos superan un límite preestablecido se considera una situación problemática que deben solucionar al igual que mantener los registros. Es responsabilidad de la enfermera intervenir en todos los problemas de comunicación y contradicciones con los médicos, auxiliares de enfermería y la familia.

Yo tuve un evento adverso que por ponerme a solucionar un problema me golpearon los acompañantes (E5).

El solucionar los problemas les trae como consecuencia el retraso en sus actividades lo que les causa dificultades con la evaluación, la invisibilización de sus actividades y la sensación de carga.

He solucionado todos los problemas del mundo, pero si en este momento se sentaran a evaluarme podrían decir que yo hoy no vine a trabajar. Porque no hay un solo registró en el sistema (E4).

Las enfermeras de acá, somos como unos ogros con el resto de compañeras

Las enfermeras tienen múltiples interacciones: con las auxiliares, las colegas, los pacientes y su familia, los médicos, el personal de aseo, los camilleros y los vigilantes. Estas relaciones se convierten en carga cuando se vuelven complicadas como en el caso del personal que llega de otras partes y desconoce el funcionamiento del servicio; cuando los médicos y especialistas son distantes y en algunos casos ni siquiera hay interacción. La carga se siente también en los momentos de conflicto, cuando otras personas se enojan con las enfermeras, como el personal de las unidades de apoyo, los médicos y la familia.

La familia siempre viene predispuesta, y vienen con un tono más fuertecito (E3).

La carga producida por las interacciones les genera a las enfermeras agotamiento y desmotivación. Ellas buscan aliviarla aislándose de las personas y estableciendo pautas inflexibles.

Con el acompañante es agotador, con la familia es una perdida de energía y es muy duro (E4).

Con el médico y la familia es conflictivo por lo que el médico le promete a la familia (E4).

Se van acomodando, se vuelve como una obligación, y se vuelve una rutina

Las enfermeras diferencian las funciones que se desempeñan con criterio y autonomía de las que se consideran carga cuando se deben cumplir por un orden o por un protocolo que no pueden modificar y que

terminan ejecutándose de forma mecánica como una rutina.

Nosotros sabemos el ser, el saber, y el saber hacer y también el quehacer (E7).

Las enfermeras son profesionales con criterio y al no ser reconocidas se siente resentidas por estar subvaloradas y consideran que están preparadas para hacer algo diferente y esperan que las dejen trabajar tranquilas.

La enfermera está pordebajada, siempre, la enfermera va a estar sobre nada, pues siempre va a estar obedeciendo órdenes, y siempre es la enfermera, la que no está allí reconocida como profesional universitario. Yo estoy resentida (E1).

DISCUSIÓN

El fenómeno central de la disciplina de enfermería es el cuidado, el cual es un concepto multidimensional en constante construcción¹. Sin embargo, la ciencia y la práctica de enfermería deberán ir en la misma vía, para no generar abismos o rupturas entre la academia y la práctica. La enfermera se destaca, “entre otras potencialidades, por la integralidad de la asistencia a la salud, por la capacidad de comprender el contexto social, identificar las necesidades y expectativas de los individuos”³. No obstante, según Hanna y Villadiego “la función principal del profesional de enfermería parece estar sufriendo cambios significativos ya que el cuidado pasó a un segundo plano”¹⁵, por su parte Alcaráz¹⁶, y otros encontraron que las enfermeras abandonan el cuidado directo al paciente para realizar tareas de otro personal, y deben responder por todo lo que pasa en el servicio, lo cual coincide con nuestro estudio en el que las participantes lo consideran una carga.

También Lee y compañeros encontraron que “el aumento de trámites y tareas administrativas para las enfermeras ha llevado a una disminución en el cuidado directo”¹⁷. Adicionalmente, “la carga laboral ha obligado a las enfermeras a dedicar menos tiempo al cuidado lo cual puede llevar a sentimientos de culpa, agotamiento, estrés”¹⁴, asunto que también se identificó en el presente trabajo. Así mismo en un estudio realizado en Cartagena, se encontraron como motivos de estrés laboral la falta de tiempo para realizar todas las tareas de enfermería, recibir críticas de superiores y compañeros y la falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio¹⁸; este último asunto no fue prioridad para las enfermeras participantes en este estudio para quienes la carga

está centrada en verse obligadas a hacer lo que no les corresponde, cargar culpas y solucionar problemas.

Es importante señalar que las enfermeras de este estudio consideran que el cuidado integral incluye actividades como conocer el funcionamiento del servicio y las necesidades del paciente, la ronda médica, la de enfermería y cumplir las órdenes médicas, labores que en otros trabajos como el de Hanna y Villadiego¹⁵, fueron clasificadas como administrativas por las enfermeras y por esto mismo les restaban tiempo para “proporcionar cuidado con calidad e interactuar con el paciente y su familia”¹⁵, lo que lleva a pensar que el concepto de cuidado integral en las participantes de este estudio es más amplio. No obstante, según la ley de enfermería “el cuidado se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno”¹⁹. Adicionalmente, otros autores manifiestan que la enfermera que proporciona cuidado integral debe procurar una comunicación asertiva²⁰.

Por otro lado, el cuidado genera motivación la cual es una emoción capaz de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo²¹, que en este caso es el cuidado y la carga genera desmotivación, asunto considerado como preocupante porque se puede constituir en una amenaza para la calidad que en términos de las enfermeras participantes se refiere al cuidado integral. Garzón y compañeros en un trabajo realizado con profesionales del área de la salud de Colombia, aplicaron una escala de satisfacción con la calidad de vida laboral, y encontraron que “los factores con peor puntuación fueron el salario, la sobrecarga y la promoción, mientras que las relaciones con compañeros y pacientes fueron los mejor puntuados”²², lo que resulta coherente con los resultados de este estudio en cuanto a la sobrecarga y la relación con los pacientes.

Puede ser paradójico que mientras que los programas de gestión buscan estrategias de motivación para las enfermeras²³, dichas estrategias pueden no ser efectiva o ir en contravía según los hallazgos de este estudio los cuales muestran que la motivación está centrada en la posibilidad de realizar cuidado directo para lo cual las enfermeras se sienten preparadas y no en otras acciones que infructuosamente la buscan.

Por su parte Mantzoukas y Jasper⁷, encontraron que las enfermeras llevan una práctica en la cual predominan las acciones rutinarias guiadas por protocolos, estos hallazgos son coherentes con este estudio en el cual

las enfermeras expresan que un trabajo solo guiados por protocolos se puede convertir en una rutina ya que se van acomodando a las exigencias que son las pautas de evaluación de desempeño y no a su criterio profesional. También Orkaizaguirre²⁴, considera que las enfermeras realizan sus funciones en un sistema de salud que no valora suficiente la interacción directa con el paciente y esto hace que por un lado las cargue de tareas administrativas y por otro, no provea un estándar suficiente de personal que permita darles tiempo de cumplir con el cuidado determinado por la autora como integral, para quien las labores relacionales de la enfermera la hacen visible para el entorno, mas no para las instituciones, por tanto es necesario darle visibilidad a la enfermería y esto se logra, según la autora, poniendo relieve en estas competencias relacionales.

CONCLUSIONES

La enfermera se siente responsable del cuidado integral del paciente.

Cuidado integral no solo se refiere a suplir las necesidades de los pacientes, sino también a tener dominio sobre todas las situaciones administrativas y asistenciales que suceden en el servicio en el turno.

El quehacer de enfermería significa una carga cuando sienten que deben encargarse de tareas que no son de su competencia profesional o que son impuestas limitando su autonomía.

El sentimiento de obligación se debe a su deseo que las cosas salgan bien para el paciente, no obstante les molesta ser culpabilizadas de situaciones que inicialmente no eran de su competencia.

La carga tiene consecuencias para las enfermeras en términos de estrés.

Las enfermeras sienten que su esfuerzo por mantener el funcionamiento del servicio no se ve reflejado sino está respaldado de un registro, lo cual las lleva a que sientan la invisibilidad de su quehacer.

El quehacer de la enfermera está centrado en cuidar a los pacientes de manera integral produciendo motivación

mientras que soportar la carga del servicio lleva a desmotivación.

Las enfermeras consideran que como profesionales universitarias tienen la capacidad de realizar su trabajo en beneficio de los pacientes de manera autónoma, sin regaños, subvaloración o conflictos.

Recomendaciones

Teniendo en cuenta que el cuidado se reconoce como parte de la motivación de las enfermeras para ejercer su labor cotidiana, éste debe ser promovido en las instituciones. El paciente y su familia en un hospital es el centro de su funcionamiento, por lo tanto se deben establecer políticas coherentes con esta premisa y que logren un cuidado de enfermería de calidad.

Por otro lado, es necesario hacer visible ante las instituciones de salud la importancia que tiene para los pacientes y para las enfermeras el cuidado integral y directo al paciente.

Crear políticas institucionales encaminadas a ofrecer un servicio con calidad, que garantice el bienestar del paciente y su familia y que a la vez sirva para posicionar a la enfermera como líder del servicio dándole visibilidad social.

Es conveniente que las instituciones busquen estrategias para presentar la gerencia del cuidado como una responsabilidad profesional indispensable y autónoma no como una carga o amenaza para el cuidado.

Agradecimientos

A las enfermeras que participaron con sus experiencias de una forma desinteresada, a la enfermera Andrea Cano que facilitó los tiempos de los investigadores y de los enfermeros; a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia por facilitar los tiempos de los docentes, a la IPS universidad de Antioquia por permitir el trabajo de campo y a DARSER por su motivación y apoyo en el desarrollo de la investigación.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. **Rivera MS, Herrera LM.** Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. Texto & Contexto Enfermagem. 2006; 15(Esp):158-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500019>
2. **Lopes-Magalhães AV, Lyra da Silva RC.** Os conceitos de morte e morrer na enfermagem e as relações com o ethos do cuidado. Enfermeria Global. 2009; 8(3): 1-9.
3. **Backes D, Erdmann A, Büscher A.** Colocando en evidencia el cuidado de enfermería como práctica social. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17(6). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600010>
4. **De la Rosa R, Zamora G.** Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? Index enferm. 2012; 21(4): 219-23. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300009>
5. **Molina G, Vargas J, Muñoz I, Acosta J, Sarasti D, Higuera Y, et al.** Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. Rev Gerenc Polit. 2010; Sup. 9(18):103-17.
6. **Lunardi V, Filho W, Silveira R, Silva M, Svaldi J, Bulhosa M.** Ética en enfermería y su relación con el poder y organización del trabajo. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15(3): 493-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300020>
7. **Mantzoukas S, Jasper M.** Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. Journal of Clinical Nursing. 2004; 13(8): 925-33. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01008.x>
8. **Ledesma-Delgado ME, Mendes M.** El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras asistenciales. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(3): 328-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300008>
9. **Aquino V, García C, Ruvira C.** Enfermería: ¿déficit de identidad? ¿crisis entre reflexión-acción?. Revista Uruguaya de Enfermería. 2012; 7(2): 1-7.
10. **Irigibel-Uriz X.** Patrones de conocimiento (NO) posibles. Crítica foucaultiana a la clasificación de Barbara Carper. Enfermería en Costa Rica. 2011; 32(1):30-6.
11. **Velasco H, Díaz de Rada A.** La lógica de la investigación etnográfica: Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Madrid: Editorial Trotta;1997.
12. **Geertz C.** La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa S.A; 2003.
13. **Asociación Médica Mundial.** Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza, Brasil: 64ª asamblea general; 2013. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/> Consultado: 15, 2015.
14. **Ministerio de Salud.** Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, Bogotá: Colombia; 1993. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf Consultado: 15, 2015.
15. **Hanna M, Villadiego M.** La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. Revista Colombiana de Enfermería. 2014; 9(9): 65-70.
16. **Alcaraz G, Zapata M, Gómez M, Tavera E.** Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. Invest Educ Enferm. 2010; 28(1): 43-53.
17. **Lee G, Clark AM, Thompson D R.** Florence Nightingale – never more relevant than today. Journal of Advanced Nursing. 2013; 69: 245-6. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12021>
18. **Castillo I, Torres N, Ahumada A, Cárdenas K, Licon S.** Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. 2014; 30(1): 34-43. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.30.1.4312>
19. **Colombia.** Tribunal nacional ético de enfermería. Ley 911 de octubre 5 de 2004, por la cual se dictan 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. Bogotá; 2004.
20. **Ramírez P, Müggenburg C.** Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Universitaria. 2015; 12(3):134-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
21. **Cañedo R.** Motivación, pertenencia, responsabilidad... En busca de una cultura de excelencia. ACIMED. 2007; 16(4): 1-7.
22. **Garzón G, Chacón A, Rodrigo R, Alemany A, Domínguez C, Martínez C.** Análisis de la calidad de vida laboral y de los factores relacionados con esta, en un área de atención primaria. Revista de Calidad Asistencial. 2010; 25 (6): 334-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2010.07.001>

23. **Garzón C.** Análisis de los conceptos de administración, gestión y gerencia en enfermería, desde la producción científica de enfermería, en América latina. [tesis para optar al título de magister en enfermería] Biblioteca Digital Universidad Nacional de Colombia, 2011.
24. **Orkaizagirre A.** Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index Enferm.* 2013; 22(3): 124-6. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200002>