

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE  
MOGROVEJO**



**LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL CUIDADO:  
UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL  
ENFERMERO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS  
MERCEDES 2012**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: Bach. Milagros Del Pilar Monja Tineo.  
Bach. Ingrid Lisette Yafac Torres.**

**ASESORA: Dra. Elaine Lázaro Alcántara**

**Chiclayo, 11 de Marzo del 2013**

**LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL CUIDADO: UNA  
MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFERMERO.  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES 2012**

POR:

**Bach.** Milagros Del Pilar Monja Tineo.

**Bach.** Ingrid Lisette Yafac Torres.

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Santo  
Toribio de Mogrovejo para optar el Título de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR:

---

Mgtr. Miriam Saavedra Covarrubia  
Presidente de Jurado

---

Mgtr. Patricia Noemí Piscoya Angeles  
Secretaria de Jurado

---

Dra. Elaine Lázaro Alcántara  
Vocal/Asesor de Jurado

**CHICLAYO, Marzo del 2013**

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestra gratitud, principalmente está dirigida a Dios por habernos dado la vida y permitido llegar a esta etapa de la carrera.

A nuestros padres quienes han brindado su apoyo constante e incondicional, gracias por su paciencia.

A nuestra asesora Elaine Lázaro Alcántara, a quién debemos el hecho que esta tesis se desarrolle y culmine satisfactoriamente.

A todos los participantes del Hospital Regional Docente Las Mercedes por su tiempo y participación en el estudio. Gracias por su paciencia

Ingrid y Milagros

## INDICE

	Pág.
<b>Agradecimiento</b>	<b>iii</b>
<b>Resumen</b>	<b>v</b>
<b>Abstract</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO I: Contexto Histórico – Social</b>	<b>11</b>
<b>CAPITLO II: Marco Teórico Conceptual</b>	
2.1 Antecedentes del problema	16
2.2 Base teórico-conceptual	17
<b>CAPITULO III: Marco metodológico</b>	
3.1 Tipo de investigación	26
3.2 Abordaje Metodológico	27
3.3 Sujetos de Investigación	30
3.4 Escenario	31
3.5 Instrumentos de recolección de datos	32
3.6 Procedimiento	36
3.7 Análisis de datos	37
3.8 Criterios Éticos	44
3.9 Criterios de Rigor Científico	47
<b>CAPITULO IV: Análisis Interpretativo de las entrevistas</b>	<b>49</b>
<b>CAPITULO V: Representación Social del Cuidado desde la Perspectiva del Enfermero</b>	<b>85</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>105</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>108</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>111</b>

## RESUMEN

Esta investigación de enfoque cualitativo construye la Representación Social del Profesional de Enfermería sobre el Cuidado. Participaron como sujetos de investigación los profesionales de enfermería quienes laboran en el Hospital Regional Docente "Las Mercedes"- MINSA de Chiclayo – Perú el cual fue elegido como escenario.

Los objetivos planteados son: Caracterizar, analizar y discutir la Representación Social del Cuidado desde la perspectiva del enfermero.

El referencial teórico se basó en tres conceptos: Cuidado, cuidado de enfermería y representación social respaldado por: Waldow (1998), Kérrouac (2002), Castrillón, (2003); articulados a la teoría de Representaciones Sociales de Moscovici (1979) y Jodelet (1989). Los instrumentos de recolección de datos fueron la entrevista a profundidad y el Test de Asociación libre de palabras. Las entrevistas se registraron a través de grabaciones, con previo consentimiento informado. Se siguieron criterios de rigor ético y científico.

Bajo la visión de la representación social del enfermero emergieron tres categorías que forman el significado de cuidado: el acto de cuidar, estereotipos del cuidado y actividad propia de la enfermera. Se concluye que el quehacer enfermero une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, que implica crear un cuidado que recurre a diversos procesos.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, Enfermera, Representaciones Sociales.

## ABSTRACT

The approach used to carry out this research is qualitative and it builds the Social Representation of Professional Nursing Care. The location for this research was the Regional Hospital "Las Mercedes" - MINSA Chiclayo – Peru and Nursing staff who works there participated as sample research.

The objectives stated are: To typify the social representation on Professional Nursing Care. Analyze and discuss the Social Representation of Professional Nursing Care.

The theoretical framework was based on three concepts: care, nursing care and social representation supported by: Waldow (1998), Kerouac (2002), Castrillon, (2003), and related to the theory of social representations of Moscovici (1979) and Jodelet (1989). The instruments for gathering data were in-depth interviews and the Free Association Test words. The interviews were recorded with previous consent. Parameters were followed according to ethical and scientific rigor.

Following the principles of social representation of nurses three categories constitute the meaning of care emerged: the act of caring, stereotypes care and activity of the nurse. We conclude that the nursing task joins the "what" care and "how" of person-nurse interaction, which involves creating a care that uses several procedures.

Keywords: Nursing Care, Nursing, Social Representations.

## INTRODUCCIÓN

El ejercicio profesional de enfermería centrado en el cuidado, ha sido vinculado a diferentes momentos históricos, modificándose en su representación, lo que ha generado estereotipos, no solo en la sociedad, sino también en el colectivo de enfermería, condicionando sus actividades en el ámbito hospitalario.

Desde este enfoque se puede afirmar que el cuidado, se inició como una actividad inherente a la supervivencia del ser humano, configurándose como una actividad ligada a la mujer, por lo que ella ha sido la encargada de desarrollarlo como una actividad socialmente femenina quien es conocedora de los elementos como: el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas para la alimentación y las manos para transmitir bienestar, convirtiéndose algunos de éstos en cuidados básicos que solo una mujer podría brindar.<sup>1</sup>

Posteriormente esta actividad de cuidar se reorientó a la ayuda y salvación del alma, dándole el calificativo de vocacional, abnegado, dedicado y servil; aspectos que se mantienen invariables hasta hoy en día. Con el surgimiento de hospitales la enfermera pasa a centrar su atención en el acto médico apartándose del cuidado, lo que reconfiguró su saber, orientándose hacia acciones fragmentadas biomedicalizadas de cuidado, lo que generó una representación social de la enfermera "auxiliar del médico".<sup>2</sup>

La idea que el cuidado de enfermería es invisible, surge a partir que la enfermera se aparta de su centro de interés, impregnándolo de estigmas, reflejados en el hacer de enfermería; el cual se caracteriza por el desarrollo de actividades mecanizadas y rutinarias, trayendo como consecuencia un cuidado subvalorado socialmente, inclusive por el colectivo de enfermeras, permitiendo que el sistema de salud opaque su práctica reduciéndola al

cumplimiento de funciones en torno a la enfermedad y el auxilio para su cura. Emergiendo dicotomías entre cuidar y curar, cuidar y atender, cuidar y servir.

Las dicotomías procedentes de la imprecisión para definir lo que implica el cuidado en la práctica de enfermería ha dado como resultado limitantes en su desempeño profesional, encontrando que la labor enfermera está caracterizada por actitudes que evidencian un cuidado categorizado y direccionado solo a realizar procedimientos rutinarios como: administrar medicamentos, canalizar una vía periférica, tener listo los registros, informes, anotaciones de enfermería a tiempo, dejando de lado lo que la persona siente, desea o espera de su servicio.

El actuar de la enfermera para el cuidado de la persona ha generado una construcción de la imagen de enfermera deshumanizada, con poca visión para el cuidado, sin indicios de sensibilidad y empatía, aspectos primordiales para el paciente cuando valora el cuidado de enfermería. De este modo las enfermeras muchas veces solo realizan intervenciones de enfermería distintas de un cuidado humano.<sup>3</sup>

Respecto al cuidado que ejerce la enfermera, se afirma que su rol queda difuminado en el acto médico; encontrando que un 64% de la población asegura que dichas funciones se desarrollan bajo las órdenes del médico y estableciendo que su cuidado se limita a simples acciones, que refleja una imagen de cuidado que tiende más al aspecto técnico que profesional.<sup>5</sup> Esta realidad tal vez sea por una razón principal y es: que enfermería se ha desarrollado históricamente de manera subordinada a otras profesiones, principalmente la médica y como acción complementaria o auxiliar<sup>3</sup>, impregnado al cuidado de un significado limitante y limitado.

El significado atribuido al cuidado por los profesionales de enfermería está definido como un acto basado en conocimiento, responsable, integral, continuo y empático; que se ve influenciado por limitantes que condicionan

su quehacer, entre ellas: las carencias institucionales de recursos materiales y humanos, jornadas prolongadas, turnos rotatorios, frecuentes cambios entre áreas de diferente especialidad y escasas horas de descanso <sup>5</sup>; diluyendo el perfil de su rol y dispersando en un sin número de tareas que la apartan del objetivo mismo de enfermería: el cuidado.

La realidad del cuidado en el escenario de estudio esta caracterizado por una variedad de determinantes sociales que manifiesta la permanencia de estereotipos, mitos y creencias de parte del colectivo de enfermeras que reflejan un ancoraje perpetuo de lo vocacional, sumiso, sacrificado y profesional. Esto determina que la mayoría de enfermeras identifiquen los actos de mayor responsabilidad con el campo de acción de los médicos, devaluando sus propias capacidades profesionales. Claro está que estas actitudes no están solas, sino que van acompañadas por otras dificultades de orden profesional, caracterizado por condiciones de trabajo altamente desgastantes, observándose en la mayoría de ellas una sobrecarga de actividades, reflejando un cuidado poco humanizado.

Esta realidad permite formularse una serie de interrogantes: ¿Cómo ha cambiado el significado atribuido al cuidado por las enfermeras?; ¿En realidad el enfermero se centra en el acto médico?; ¿Qué significa el cuidado para los profesionales de enfermería?; ¿Es pertinente pensar en el cuidado como simples actividades cotidianas?; ¿Cómo se representa socialmente el cuidado por el colectivo de enfermeras?

Frente a todas estas cuestiones que se piensa discutir a lo largo del estudio, se plantea la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la Representación Social del Cuidado desde la perspectiva del enfermero?

El objeto de estudio se configuró como: La Representación Social del Cuidado desde la perspectiva del enfermero.

Se formularon como objetivos: Caracterizar, analizar y discutir las representaciones sociales del Cuidado desde la perspectiva del enfermero.

Los resultados del presente estudio apuntaron a la comprensión de la génesis de las representaciones sociales del enfermero sobre el cuidado, partiendo de la configuración de su hacer profesional, reflejadas en las formaciones subjetivas expresadas, tal como: opiniones, actitudes, creencias y conocimientos.

La (re) construcción de los símbolos emergentes permiten la comprensión de los significados del cuidado, que luego permite la reificación de creencias y valores en su actuar práctico, lo que limita o facilita su reconocimiento social.

Actualmente existe un vacío en el reconocimiento del significado social del cuidado, en todas sus dimensiones, por lo que los resultados del trabajo apuntaron al conocimiento del ejercicio profesional y valores sociales inmersos en ella. Permitiendo a los profesionales de enfermería analizar desde una perspectiva histórica y social los mitos y estereotipos que siguen circulando en el senso común de los profesionales de enfermería sobre el significado del cuidado.

Finalmente el trabajo contribuyó en la profundización de la línea de investigación del cuidar/cuidado y su representación, desde una perspectiva social, constituyéndose en punto de partida para nuevas investigaciones.

## **CAPITULO I**

### **CONTEXTO HISTÓRICO - SOCIAL**

El cuidado es una actividad permanente y cotidiana en la vida, comprender su representación social significa analizar aquellas determinantes históricos y sociales. El cuidado de enfermería tiene su origen en aspectos instituidos del hombre, quien animado por la supervivencia desarrolla junto a la mujer comportamientos organizados de cuidado. El concepto de cuidado es considerado tan antiguo, que el mismo Sócrates lo describió como el arte de la existencia; éste se inicia o expresa predominantemente de dos maneras: como un modo de sobrevivir y como una expresión de interés y de cariño. La primera forma se nota en todas las especies; el ser humano desarrolla formas de supervivencia que, dada la capacidad del raciocinio mejora y refina con el tiempo. La segunda manera de cuidar ocurre entre los seres humanos, considerando su capacidad de usar el lenguaje entre otras formas, para comunicarse.<sup>1</sup>

Cuidar es un acto de vida; comporta infinitas actividades encaminadas a su mantenimiento permitiendo la continuación, reproducción y preservación de los seres vivos.<sup>6</sup> Sin embargo esta significación ha ido evolucionando desde la edad antigua hasta nuestros días, rumbo a la postmodernidad y hacia el tercer milenio; es decir formas y expresiones de cuidar se han sofisticado; el cuidado no se considera como una actividad o tarea realizada en el sentido de tratar una herida, aliviar un desconfort o aliviar una dolencia;<sup>7</sup> sino que incluye una acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer por sí mismo, a mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.<sup>6</sup>

Con el transcurrir de los años se dieron diversas formas de cuidar, dando lugar al quehacer enfermero,<sup>2</sup> los primeros seres en practicar los cuidados fueron las mujeres, no solo por ser las “enfermeras” naturales de sus hombres y niños, tampoco por atender los partos, sino debido a su

conexión tan cercana con el suelo, la agricultura. Esta experiencia les dio el conocimiento de las plantas, frutos, raíces y semillas, capacitándolas para desarrollar el arte en los cuidados, diferente de la magia, de lo religioso o shamanes. Desde los comienzos fue la mujer la primera en tratar lo que implica cuidar y medicar; Colliere también comparte esta idea al referir la olvidada asociación de las mujeres con la farmacología.<sup>1</sup>

El cuidado tiene una historia arraigada desde el inicio de las civilizaciones y varía según la época y circunstancias. En este sentido el estereotipo de la femineidad, ha estado siempre ligada a las prácticas de cuidado en relación a la salud, de hecho, en la mayoría de las culturas de la antigüedad "el cuidado" de los niños, las parturientas y los enfermos en general, ha sido responsabilidad de las mujeres, mientras que el tratamiento de la enfermedad o "curación", generalmente fueron asignados a determinados hombres de la medicina o sacerdotes.<sup>2</sup> Esta visión del cuidado ha estado relacionada con dos ideologías predominantes: una concepción religiosa sobre el cuidado y un discurso sexista sobre el rol social de la mujer.<sup>9</sup>

Posteriormente con la llegada del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación, convirtiéndose en un valor religioso y los cuidados pasaron a considerarse como un deber sagrado. Es decir, a través del cuidado a la persona, el cuidador salvaba su alma; en donde lo más importante era el sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.<sup>10</sup> Desde la edad media, a inicios del cristianismo, la práctica de enfermería fue independiente de la práctica médica; pues sus acciones no presuponían órdenes médicas o planes médicos-terapéuticos. La medicina y la enfermería constituían prácticas con objetos y fines diferentes, ya que las técnicas de enfermería comprendían solo los procedimientos domésticos dirigidos a la alimentación, la higiene y la comodidad del enfermo.

Los cambios sociales que se dieron durante el renacimiento y la reforma en Europa, determinaron nuevas concepciones sociología que llevaron

incluso a otras formas de entender el poder estatal, que entonces se empezaba a separarse de la autoridad de la iglesia. Esta situación transformo también el tipo de agentes que prestaban atención en salud, pues del servicio en nombre de la salvación del alma se paso al deber de asistir al los enfermos. El hospital que funcionaba no era un espacio concebido para curar; hasta a mediado del siglo XIX, según Foulcaut, era fundamentalmente una institución de asistencia a los pobres; allí se realizaba mas obras de misericordia que curaciones.<sup>5</sup>

A finales del siglo XVIII comienza a consolidarse el hospital como espacio de la clínica, es decir, como el lugar donde se podían capacitar los agentes de salud, donde se producían y transmitían conocimientos; y donde se concentraban enfermos que no solamente iban a morir, sino en busca de curación. En ese momento el cuerpo del enfermo paso a ser objeto de la medicina y el ambiente del enfermo el objeto de la enfermería.<sup>10</sup> La salud adquiere otra connotación entendida como la lucha contra la enfermedad; lo cual hizo necesario la aparición de una persona que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos, tales como: medición de signos vitales, administración de fármacos, etc.; denominándola Colliere “Mujer enfermera – Auxiliar del médico”.<sup>11</sup> Es desde entonces que se forma una imagen de la enfermera como la ayudante del médico, quedando anclada esta imagen en las personas y en ocasiones hasta en la misma profesional de enfermería.

La Revolución Francesa, trajo un choque entre tres mundos: político, religioso y médico, en donde la única idea que se tenia era el de destruir el poder de la iglesia. Así se cambio la idea del cuidado de los enfermeros como cuestión de caridad cristiana para convertirlo en cuestión del estado. En el mundo religioso se declararon contrarrevolucionarias las enfermeras cuyas actividades se relacionaron con órdenes y compañías religiosas. Durante aquel periodo el trabajo de enfermería debía ser realizado por laicos fieles al gobierno, las enfermeras que no hicieran tal juramento eran llevadas a prisión; de este modo, los enfermos perdieron un personal que tenia

entrenamiento para cuidarlos, el mundo médico comenzó a legislar sobre el hospital espacio donde hasta entonces el poder era ejercido por las comunidades religiosas, donde el cuidado, estaba a cargo de la enfermeras, porque los médicos ejercían la medicina en su consultorio o en la casa del enfermo. El poder paso a los médicos y el hospital se convirtió en el centro de la cura en particular de las intervenciones quirúrgicas.<sup>5</sup>

La asignación social de la “cura” al médico y del “cuidado” a la enfermera, no fue solamente consecuencia de la división técnica del trabajo, también lo fue de las formas de socialización del hombre para el espacio público y de la mujer para el espacio doméstico; es decir corresponde a una división social del trabajo. Florence Nightingale, dio lugar a un nuevo concepto de cuidados, pasando de una actividad totalmente doméstica a un nivel de profesión; esta aparición de la enfermería como profesión se consolida como una disciplina con un cuerpo de conocimientos propios y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.<sup>11</sup>

Por otro lado las profesiones dedicadas a la prestación de servicios tienen como objetivo el cuidado de la salud, el cual es distinguido y reconocido por la sociedad; es así que del médico se espera que haga diagnósticos y tratamiento; la enfermera sin embargo es percibida y descrita de las más diversas formas, no solo por la gente común sino por los mismos profesionales. Por ello la contribución de enfermera ha sido largamente percibida como la prolongación del servicio que los médicos daban a la población, ya que en ciertos momentos la mayor parte de los cuidados enfermeros parecen dedicados a las actividades derivadas de órdenes médicas,<sup>11</sup> provocando de esta manera que el quehacer profesional aún se vea marginado e invisible frente a los saberes de otras disciplinas, cuyo poder y legitimidad ha resultado predominante.

Se puede afirmar que, históricamente el cuidado esta marcado por estigmas, que han originado representaciones sociales de la labor de

enfermería fuertemente arraigadas a aspectos como: el género femenino, grupo discriminado y subyugado durante gran parte de la historia; otro hecho lo constituye el estrato social humilde de donde provienen históricamente las enfermeras, sea del país que sea, los cuales siempre han sufrido opresión de los estratos superiores. Finalmente se objetiva el hecho que el quehacer enfermero creció a la sombra de una profesión tan fuerte y dominante socialmente como la medicina. Realidad que aun hoy le significa una severa dificultad a la hora de declarar su autonomía que requiere como toda profesión.

Este escenario socio-histórico, ha permitido que la profesión de enfermería venga batallando por un reconocimiento hacia su labor, enfatizando que el cuidado es la esencia de su práctica, su ideal; sin embargo, ese cuidado se fue haciendo invisible, cuando se enlazó a un modelo biomédico, arraigado en el propósito de curar, constituyéndose en un mero cumplimiento de la prescripción médica, en un espacio rutinario y burocrático.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

#### 2.1. Antecedentes

Las investigaciones sobre la perspectiva del enfermero acerca del cuidado, son muy escasas en nuestro país, sin embargo se logró encontrar investigaciones internacionales cercanas al objeto de estudio.

Báez F., Nava V., Ramos L., Medina O. (2009); realizaron en Puebla - México un estudio titulado “El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería”; con el propósito de comprender cómo representan los profesionales su quehacer profesional, este estudio se realizó a través de un muestreo teórico, mediante el marco interpretativo de las representaciones sociales de Moscovici, que contempla cuatro dimensiones: información, imagen, actitud y opinión. Los datos se recolectaron a través de diario de campo y siete entrevistas semiestructuradas aplicadas de manera individual y a profundidad a los profesionales de enfermería, con un promedio de edad de 30 años. En los resultados se encontraron seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado: factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes.<sup>12</sup>

Otro estudio realizado en Brasilia - Brasil por Da Silva Borges M.; Lima D.; De Oliveira A., (2008) titulado “Las representaciones Sociales de la Atención de Enfermería y la Ciudadanía”, tuvo como objetivo: determinar las representaciones sociales de los trabajadores que participan en las actividades de enfermería en el ámbito hospitalario del Distrito Federal. Esta investigación es de enfoque cualitativo, en el cual utilizó la técnica de entrevista guiada semi-estructurada; fue desarrollado con grupos de profesionales de tres diferentes tipos de instituciones: a) hospital público; b) hospital privado; c) hospital docente. Se obtuvo como resultado que los profesionales identifican el cuidado como su objeto de trabajo, pero este

asume características diferentes, alineándose con la misión institucional, en el que esta insertado. Por lo tanto en las instituciones públicas la atención se presenta en una dimensión social; en el hospital docente es visto sobre una óptica tecnicista; en cuanto a los hospitales privados se presenta como el producto del trabajo.<sup>13</sup>

Una investigación también realizada en Concordia - Brasil, por Baggio M. (2006); la cual se titula "El significado del cuidado para los profesionales del equipo de enfermería"; cuyo objetivo fue: comprender el significado del cuidado para los profesionales del equipo de enfermería. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de abordaje cualitativo, las personas participantes son auxiliares y técnicas en enfermería y enfermeros de la red de atención en salud. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista estructurada y semi-estructurada, obteniéndose los siguientes resultados: categorías del cuidado: el cuidado verbal y no verbal; la minimización del dolor físico en el cuidado; cuidar con empatía para atender el todo; el involucramiento y el proceso de cuidar.<sup>14</sup>

## **2.2. Bases Teórico Conceptuales**

La base teórica del presente estudio está orientada a conceptualizar el cuidado, argumentados por Waldow (1998) y Kérouac (2002), relacionándola con los conceptos de Representación social formulada por Moscovici (1979) y Jodelet (1989). A partir de estos supuestos teóricos se busca comprender las representaciones sociales que las enfermeras tienen sobre el cuidado.

El cuidado puede observarse bajo diferentes lentes, conforme a las necesidades, intereses y experiencias de cada persona, es así que existen múltiples connotaciones del verbo cuidar, para algunos supone poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define

el cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo.”<sup>6</sup>

Al respecto Waldow,<sup>1</sup> refiere que el cuidado es la esencia humana del ser. Si el cuidar es lo que caracteriza las acciones de enfermería en sus diferentes dimensiones, y es parte del ser cuidador, todas sus acciones se deberían inscribir en el cuidado. Ese cuidado significa realizar acciones acompañadas, siempre, de actitudes y comportamientos de cuidar. El cuidar es una característica que hace parte del ser, y es pensado y dirigido a todas las cosas, los objetos y los seres vivos, pues fundamentalmente esta acción se constituye en la relación con los otros, y en ayudarlos a crecer y a realizarse.

Por tanto, si el objetivo del cuidar es el ser, la enfermería tiene un compromiso que es el cuidado, y debería empeñarse en comprenderlo y ejercitarlo a fin de absorberlo en su quehacer diario, pues aunque importe saber y conocer qué se hace, importa principalmente el cómo se hace y a quién va dirigido. Antes que todo importa el ser a quien se destina cualquier acción y cómo vamos a portarnos con relación a ese ser. A la vez el cuidar, como un proceso interactivo, implica confianza. La confianza debe partir del propio profesional en su habilidad para cuidar a otro ser. Al ejercitar la habilidad como cuidador, el profesional se torna apto para proveer a las personas de seguridad y confianza en sí mismos.<sup>1,6</sup>

El cuidar implica aprendizaje continuo acerca del otro; es importante destacar que en cualquier acción de cuidar, el ser que cuida no lo hace en el sentido de ayudar al otro a crecer para encontrar realización personal, profesional o llenar sus necesidades. Al cuidar, en el verdadero sentido del término, el ser que cuida se realiza al sentir placer, satisfacción y gratificación por sus acciones, pero sin esperar nada a cambio.

El cuidar significa responder a la necesidad de cuidado (de una persona, idea, objeto, etc.) aquí y ahora. El presente es alimentado por los significados e ideas del pasado, y enriquecido por la anticipación del futuro, o sea,

previendo lo que es significativo e importante para la realidad presente con miras al futuro, pero con la experiencia que brinda el pasado.<sup>1,6</sup>

La capacidad de cuidar es evocada en respuesta a alguien o a algo, a quien o al cual se atribuye alguna importancia y representa un valor. Constituye a la vez un modo de ser, una actividad humana de ayuda mutua, que promueve el crecimiento, la autorealización y tienen una dimensión ética y moral. Cuidar consiste también en un modo de conocer, percibir e influye la intuición, la sensibilidad, el deseo de paz y amor.

En enfermería el cuidado se caracteriza como una experiencia vivida, comunicada intencionalmente, en una presencia autentica a través de una interrelación persona – persona. Las relaciones de cuidado son explicitadas y definidas por Waldow <sup>1</sup>, que opina que nuestra relación de estar en el mundo es un compromiso del yo (Self) para con el otro y con el todo o cosmos. El cuidado se caracteriza por su no linealidad, es un proceso energético, tiene movimiento; el cuidado es dialectico, es la luz y la oscuridad, pues así como existe el cuidado existe el no cuidado.

Otros autores destacan que el cuidado constituye un modo de ser. El “Ser (en el) mundo”, se caracteriza por el cuidar, por estar en permanente relación. Es un comenzar (a) ser, completándose y haciéndose, indicando potencialidades y posibilidades. El cuidar significa solicitud, preocupación por el estar con los demás, es a través del cuidado que los seres humanos viven el sentido de sus vidas. El cuidar es un proceso que abarca el desarrollo, cuidar es ayudar a crecer y a realizarse y para eso existe un patrón común; al cuidar se experimenta al otro ser considerando sus capacidades y necesidades de crecimiento. En el proceso de ayudar al otro a crecer, permanece la idea de que ese ser llegue a cuidar también de algo o de alguien, así como de sí mismo.<sup>1</sup>

El cuidado para Mayeroff <sup>11</sup>, esta constituido por algunos ingredientes o cualidades que consideran necesarias para cuidar. Estos ingredientes son: el

conocimiento, la paciencia, la honestidad, la combinación de ritmos, la confianza, la humildad, la esperanza y el valor; estos ingredientes son reafirmados por Waldow.

Todo cuidado representa un compromiso, pues al decidirse por cuidar, uno se compromete. Cuidar es atención, y actuar como cuidadora incluye el afecto, consideración e implica promover el bienestar del otro; vale destacar que la humanización ocurre por intermedio del cuidar; es a través del acto de cuidar que el ser humano se humaniza. Como elementos que caracterizan el cuidado se destacan principalmente, el respeto y la consideración, englobando la ética, el interés que determina el grado de compromiso, el estar con los demás, representados por la presencia y la disponibilidad.<sup>1,6</sup>

Se ha sostenido que el Cuidado, como el reconocimiento social de enfermería tienen muy bajo peso social; éste vinculado a una historia marcada de subordinación a la profesión médica, ha estimulado una actitud psicológica de servicio como subordinado, carente de confianza. En general, el Cuidado de enfermería tiene dificultades en hacer visible su servicio a la sociedad.

Por su parte Roach, refiere que el cuidado no es otra cosa que la forma humana de ser y consiste en cinco atributos: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso; también anuncia que el cuidado es la fuente de nuestra conciencia y se manifiesta en el cuidado ofrecido como la expresión de nuestra humanidad y reflexión de nuestros valores, principios profesionales y personales, también es una virtud, una actitud, un ideal, una conducta, una destreza y un proceso.<sup>1</sup>

Sin embargo Pollack, afirma que el cuidado es un proceso interactivo y describe tres dimensiones en el cuidado personal, social y profesional. El cuidado persona en el que la atañe a la salud de otra persona, consiste en una relación más íntima involucrando familia y amigos. El cuidado social o público incluye el cuidado de extraños y en general no se concretiza por una

relación tan intensa e íntima como el personal. El cuidado profesional a su vez implica la responsabilidad por parte de la enfermera de usar conocimientos y habilidades en el sentido de ayudar a la persona que necesita del cuidado.<sup>1</sup>

Para las investigadoras el cuidado requiere del conocimiento del otro ser, él o la cuidadora debe ser capaz de entender las necesidades del otro y de responder a ellas de forma adecuada. Estar bien intencionado no es suficiente para garantizar una respuesta de cuidado, otro ingrediente es la capacidad de la persona encargada del cuidado es de modificar su comportamiento frente a las necesidades del otro.

Para abordar la construcción del cuidado se puede tener en cuenta la perspectiva del interaccionismo simbólico, siendo que los símbolos significantes surgen de los actos sociales. “Una persona (self) es cualquier individuo en cuanto objeto social para sí. El ser un objeto social para sí significa que el individuo adquiere para sus gestos, significados similares a los que tienen para aquellos que le rodean”. La representación actúa simbólicamente para clasificar el mundo y nuestras relaciones con su interior.

Es por ello que el presente estudio se basó en conceptos de Representación social, a partir de estos supuestos se busca entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.<sup>15</sup>

Al respecto Moscovici, define la representación, como un corpus organizado de conocimientos y una actividad psíquica gracias a la cual los hombres hacen inteligible la realidad física y social, integrándose en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberando poderes de su imaginación. Las representaciones sociales son como una modalidad

particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos.

En términos más sencillos, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimientos a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce. Al tener la representación social dos caras – la figurativa y la simbólica, es posible atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura.<sup>16</sup>

Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto. Esto significa, como bien lo señala Jodelet<sup>15</sup>, que representar es hacer un equivalente, pero no en el sentido de una equivalencia fotográfica sino que, un objeto se representa cuando está mediado por una figura. Y es solo en esta condición que emerge la representación y el contenido correspondiente.

Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común.<sup>14, 15</sup>

El sentido común es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar. El conocimiento del sentido común es conocimiento social porque está *socialmente elaborado*. Incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no solo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan.<sup>15</sup>

Las representaciones sociales, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa <sup>15</sup>; es decir las representaciones sociales no representan simplemente opiniones acerca de, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. <sup>17</sup>

El conocimiento de la sociedad resulta una forma de conocimiento “científico” vulgarizado donde los conceptos y teorías se tornan desconectados de sus fuentes originarias; por un lado, están los mitos de la vida cotidiana y por otro, los argumentos científicos que se utilizan para justificar la ideología del conocimiento cotidiano y social.

Una representación social como proceso puede ocurrir en grupos y sociedades donde el discurso social incluye una comunicación tanto del punto de vistas compartidas, como divergentes sobre muchos asuntos. Son exactamente esas experiencias y conocimientos contradictorios que habilitan el tipo de discurso colectivo que crea lo que llamamos conocimiento ordinario de senso común de las sociedades. <sup>18</sup>

Este estudio pretendió construir el significado que tiene para el profesional de enfermería el cuidado, teniendo en cuenta el sentido común de la sociedad en relación a este objeto de estudio, pues va influir en su significado, ya que este conocimiento es construido socialmente con el transcurso de los años y es compartido en la sociedad.

Las representaciones sociales además de ser una forma de conocimiento e intercambio de comunicaciones del grupo social, tiene una doble función: “hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible”, en este sentido, cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y además, los evalúan es porque tienen una representación social de ese objeto <sup>15</sup>; por ello se afirma que las

representaciones sociales nos permiten comprender la realidad para luego adaptarnos y definir nuestro lugar en esa realidad, entonces se puede afirmar que la representación incluye significados y símbolos por medio de los cuales nos vamos identificando como sujetos sociales.

Tratar de comprender el origen de la representación social del cuidado desde la perspectiva de la enfermero (a), merece profundizar en conceptos que expliquen el proceso de formación de una representación social, en este sentido Oliveira, dice que las Representaciones Sociales permiten tornar en familiar lo no familiar, es decir pasar de un universo consensual (senso común) a un universo deificado (teoría – ciencia); pero para asimilar lo no familiar, son necesarios dos procesos básicos y que pueden ser identificados como generadores de las representaciones Sociales, el proceso de *anclaje y objetivación*. Moscovici describió dos procesos principales que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación, y como esta representación transforma lo social. Ambos procesos se denominan, respectivamente, "objetivación" y "anclaje".<sup>15</sup>

*La objetivación*, es lo social en la representación, es el proceso por el cual procuramos tornar en concreto, visible una realidad. Al poner en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas. Por ejemplo el concepto de cuidado de enfermería, se materializa con "sacrificado, vocacional, ayudante, la que pone inyectables, etc." Primero se da una selección de ciertos conceptos acordes con nuestra ideología y los separamos del contexto donde estaban (descontextualización). En una segunda fase se forma un núcleo figurativo, una estructura de imagen que reproducirá en forma visible una estructura conceptual. En una tercera fase el modelo figurativo adquiere propiedades humanas naturales, tal como se ha demostrado en el ejemplo, con palabras: sacrificado, vocacional, la que pone inyectables. Por lo tanto, la objetivación es la concretización de lo abstracto, en este caso objetos sociales, y es un proceso fundamental en el conocimiento social. Se refiere a la transformación de conceptos extraños en experiencias imaginarias a materializaciones concretas, por medio de este proceso lo invisible se convierte en perceptible.

*El anclaje:* es la representación en lo social, este segundo proceso se refiere al enraizamiento social de la representación y su objeto. A diferencia de la objetivación, que es la constitución formal de un conocimiento, en el anclaje encontramos una inserción orgánica de conocimiento dentro de un pensamiento constituido. Articulando así las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de lo novedoso, función de interpretación de la realidad, y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales.<sup>15</sup>

El proceso de anclaje se descompone en varias modalidades que permiten comprender el mismo. Estas modalidades son: como se confiere significado al objeto representado. La jerarquía de valores que se impone en la sociedad contribuye a crear una red de significados. Por ejemplo, nuestra sociedad cree que la enfermera es solo la que pone los inyectables, y la representa como asistente o ayudante del médico, permitiendo luego que la enfermería deje de ser reconocida como profesión. Otro de los procesos está referido a cómo se utiliza la representación como sistema de interpretación del mundo social marco e instrumento de conducta. En este sentido Jodelet, dice que esta modalidad permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a construirlas. Finalmente el anclaje permite comprender cómo opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionados con la representación. Los sujetos se comportan según las representaciones; los sistemas de interpretación proporcionados por la representación guían la conducta.<sup>15</sup>

Es esencial tomar como teoría la representación social, pues nos ofrece un cuadro de análisis y de interpretación que permite comprender la explicación de la interacción entre el cuidado de la enfermera y las condiciones sociales en las cuales se desenvuelve. Permitiendo además percibir los procesos informativos, cognitivos, ideológicos, valores, creencias, actitudes, opiniones y otros que intervienen en la construcción del cuidado de enfermería; comprender el cuidado incluye la comprensión de sus aspectos relacionados a los estereotipos de enfermería arraigados en una realidad socio-histórica de la sociedad.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Una vez determinado el objeto de estudio de la presente investigación: representación social del cuidado desde la perspectiva del enfermero, se asume como un tema complejo el cual implica conceptos afiatados a los aspectos sociales y las relaciones concretas y subjetivas del contexto; tomando en cuenta ello, es que se consideró adecuado realizar un estudio orientado por el abordaje cualitativo.

Para ello Lincoln y Denzín,<sup>19</sup> definen que este abordaje es muchas cosas al mismo tiempo; es multiparadigmática en su enfoque, es decir, están sometidos a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana. Los autores, Treviño y Sanhueza, refieren, que el objetivo científico de de este tipo de abordaje, es el mundo subjetivo y a la vez interpreta el sentido y significado que los actores dan a la acción social; el conocimiento busca explicar y comprender situaciones específicas de la vida cotidiana.<sup>19, 20</sup>

Sá,<sup>21</sup> refiere que el uso de los métodos experimentales señalados (cualitativo / Representaciones sociales) da cuenta de complejos fenómenos de representaciones que no hacen justicia a las creencias, actitudes y valores implicados en sus supuestas representaciones. Para atender esa crítica, solamente la recolección, tratamiento e interpretación de las expresiones verbales no podrían dar cuenta de tales fenómenos. De ahí la necesidad de un abordaje metodológico multidimensional de las representaciones.

Cabe resaltar que el instrumental investigativo fue de tipo interpretativo permitiendo ampliar las posibilidades de comprender e interpretar, la

realidad humana, tal como es vivida, pensada y representada. En este sentido Minayo, afirma que “no hay acción humana independiente del significado que represente”.<sup>17</sup>

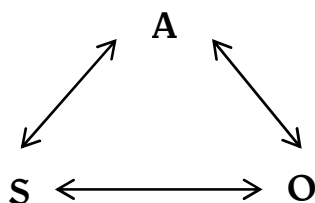
Este tipo de abordaje cualitativo es empleado en enfermería, ya que permite investigar fenómenos que desde la perspectiva cuantitativa son difíciles de estudiar, como es el caso de esta investigación que busca el pensamiento común que tiene el enfermero sobre el cuidado; garantizando al mismo tiempo los resultados derivados de los sujetos de investigación, respetando sus valores, creencias y actitudes frente al tema en estudio.<sup>21, 22</sup>

### **3.2. ABORDAJE METODOLÓGICO**

La metodología utilizada fue de Representaciones Sociales; la cual se configura a partir de un fondo cultural que circula en la sociedad y proporciona las categorías básicas a partir de las cuales se constituyen, es decir provienen de fuentes de determinación que incluyen condiciones económicas, sociales, históricas y el sistema de creencias y valores de una sociedad dada. Y aunque se definen por su contenido (informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, etc.) a la vez, dicho contenido se relaciona con un fin, como ser un trabajo a realizar o alguna otra cuestión enlazada con el pensamiento de tipo "práctico".<sup>15, 23</sup>

Partiendo de la idea que la representación incluye significados y símbolos por medio de los cuales nos vamos identificando como sujetos sociales. Estos significados son producidos a partir de una triple relación entre sujeto – objeto – sujetos, es decir no podemos formular una representación de algo sino interactúan estos tres elementos, que permiten finalmente comprender y establecer identidades individuales y colectivas. En pocas palabras la representación social te permite conocer una realidad para posicionarte dentro de ella, para construir tu identidad, la cual lógicamente son cambiantes.<sup>18</sup>

Araya,<sup>15</sup> cita a Moscovici, indicando que en la interacción sujeto – objeto, no existe un solo sujeto, sino que intervienen otros sujetos, a los que el autor llama Alter, que además de relacionarse estrechamente entre ellos y ellas, guardan también íntima relación con el objeto social. Con este planteamiento Moscovici, trasciende de un esquema diádico, donde sujeto (S) y objeto (O) interactúan, para pasar a un esquema triádico donde los otros sujetos también interactúan e inciden en la relación sujeto – objeto. Expresado en forma esquemática sería:



Este esquema triádico de Moscovici da supremacía a la relación de sujeto - grupo (otros sujetos) porque: a) los otros y las otras son mediadores y mediadoras del proceso de construcción del conocimiento y b) la relación de los y las otras con el objeto físico, social, imaginario o real es lo que posibilita la construcción de significados.<sup>15, 24</sup>

En primer término, se parte de que el conocimiento no es solo comprensible desde la tradicional concepción que señala la existencia de un conocimiento científico y de un conocimiento cotidiano o del sentido común. En esta concepción se comprende el conocimiento como fenómeno o fenómenos complejos que se generan en circunstancias y dinámicas de diversa índole y cuya construcción está multideterminada por relaciones sociales y culturales.<sup>15</sup>

Por su parte, las personas son concebidas como seres que piensan autónomamente y que producen y comunican constantemente representaciones y no como meras receptoras pasivas, por lo que cualquier

determinismo social es rechazado. En la construcción de la realidad social el papel del *Alter* es significativo. Las personas se relacionan entre sí y en esta relación con los otros y las otras, elaboran observaciones, críticas, comentarios y “filosofías” no oficiales que tienen una influencia decisiva sobre sus escogencias, formas de educar a sus hijos e hijas, en la elaboración de sus planes, etcétera.<sup>15</sup>

Por lo anterior, se afirma que la teoría de las representaciones sociales hace énfasis en la importancia de los procesos inferenciales presentes en la construcción de la realidad y en la insistencia de que la realidad es “relativa” al sistema de lectura que se le aplica. De ahí que para acceder al conocimiento de las representaciones sociales se deba partir de un abordaje hermenéutico.

Al concebir a las personas como productoras de sentidos, el análisis de las representaciones sociales focaliza en las producciones simbólicas, en los significados y en el lenguaje a través de los cuales las personas construyen el mundo en que viven. Por esta focalización, la teoría de las representaciones sociales y la corriente hermenéutica se intersecan y presentan algunos puntos de afinidad. No obstante, entre ambas hay diferencias.

Para la corriente hermenéutica la realidad siempre actúa a través de la interpretación de los seres sociales, de modo que no hay más realidad que la realidad tal y como es descifrada por las personas. Son los significados que se le atribuyen los que van a constituirla como la única realidad que, efectivamente, existe para las personas: La realidad tal y como la interpretamos es la única realidad que puede tener, por consiguiente, unos efectos sobre nosotros.<sup>15, 24</sup>

La teoría de las representaciones sociales también enfatiza la importancia de los significados; el papel de los aspectos simbólicos y de la actividad interpretativa de las personas, sin embargo, no admite que la construcción de la realidad pueda resumirse a su interpretación.

Desde la teoría de las representaciones sociales, la realidad social impone a su vez las condiciones de su interpretación por los sujetos, sin que ello implique un determinismo estricto. Esto significa que las matrices socioestructurales y los entramados materiales en los que están inmersas las personas definen su lectura de la realidad social, sus claves interpretativas y reinyectan en su visión de la realidad una serie de condicionantes que reflejan sus inserciones en la trama socioeconómica y en el tejido relacional.

Si bien es cierto que gran parte de los efectos que produce la realidad social pasan por la interpretación que de ella hacemos, también es cierto que nuestra actividad hermenéutica está determinada en buena medida por factores que son independientes de cualquier interpretación.<sup>15, 24</sup>

### **3.3. SUJETOS DE ESTUDIO**

Para la elección de los sujetos de estudio se consideró el contexto en que se desenvuelven las profesionales; por ello se decidió escoger a enfermeras que laboran en el Hospital Docente Las Mercedes (HRDLM) - MINSA, siendo además el ámbito donde se concentra el mayor número de enfermeras de la localidad.

La muestra estuvo conformada por 15 profesionales de enfermería; respecto al tamaño, no hay criterios ni reglas firmemente establecidas, pues se determinó en base a las necesidades de información; por ello, uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante. Considerando esta afirmación, la selección de número de personas debe buscar la diversidad de opiniones, lo que nos lleva a la diversidad de experiencias vividas.<sup>19</sup>

En cuanto al tipo de muestreo fue de conveniencia o intencional; se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos.

También puede ser que el investigador seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población.

Para la selección de los sujetos de investigación, se consideró como criterio de inclusión, enfermeras que tenga mínimo 3 años de servicio y como criterios de exclusión que se encuentren laborando recientemente y aquellos que no acepten participar en el estudio; en cualquiera de los servicios seleccionados: emergencia, medicina mujeres y hombres, pediatría, neonatología, ginecología, UCI, UCIN, centro quirúrgico; cirugía mujeres, varones, especialidades, traumatología; consultorio externo, etc. Es así que el Hospital Regional Docente Las Mercedes, cuenta con un total de 110 enfermeras de las cuales 82 son nombradas y 28 son contratadas, siendo estas últimas las más perjudicadas salarial y laboralmente.

Al analizar el perfil de las enfermeras del hospital regional docente Las Mercedes (HRDLM), encontramos que: con relación a la edad el 46.6% de enfermeras oscila entre 41 y 50 años de edad. Es importante precisar que existe una relación directa entre la edad y el tiempo de servicio de las enfermeras en el hospital, que oscila entre 26 y 30 años de servicio (40%).

En cuanto a la capacitación profesional alcanzada por las enfermeras de este hospital, tenemos que, el 20% de ellas no han realizado ningún estudio de postgrado, el 33.3% ha realizado una especialidad relacionada con el campo en el cual se desempeña y el 40% de las 15 enfermeras tiene el grado de maestría. Esto está relacionado sobretodo, según la referencia de las propias enfermeras a su nivel económico en base a sus ingresos y egresos, además también se justificaron de disponer de poco tiempo.

#### **3.4. ESCENARIO**

El escenario en el que se llevó a cabo la presente investigación fue el Hospital Regional Docente Las Mercedes, se encuentra ubicado en la provincia de Chiclayo, departamento Lambayeque. Siendo éste una de las instituciones

más antiguas de la ciudad, la cual existe desde el siglo XVIII, desde ese entonces perteneció a la Beneficencia Pública. En el año 1980 pasa a depender del MINSA con el nombre Hospital Las Mercedes y para el año 1985 se convierte en Hospital Regional Docente “Las Mercedes”. Es un hospital de nivel III-1, brinda servicios integrales accesibles de salud individual y colectiva, en el proceso de salud – enfermedad de la población de la macro Región Norte. Es preciso describir que dicha institución posee una infraestructura antigua y deficiente, así tenemos equipos (tensiómetros, camas, soportes, coche, sillas, etc.) en desuso, o con deficiente mantenimiento, además de contar con escasos materiales de uso diario (algodón, alcohol, esparadrapo, etc.), y equipo de bioseguridad; condiciones que definitivamente va a influir en la calidad de cuidado que se brinde, pero que el profesional de enfermería en su cotidiano trata de solucionar y desempeñar lo mejor posible su trabajo.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

Para el establecimiento de la forma de recolección de datos y los instrumentos idóneos para el mismo, es primordial recordar que la presente investigación está basada en los conceptos teóricos de Moscovici y Jodelet. En este sentido, la metodología de recolección de datos es un aspecto vital para determinar el valor de los estudios, de ahí que resulte importante tener en cuenta los supuestos epistemológicos en que se apoya la representación social<sup>15</sup>.

Sá, refiere que existen tres líneas de investigación de las representaciones sociales que se han ido perfilando a través del tiempo: Escuela clásica, desarrollada por Jodelet en estrecha cercanía con la propuesta de Moscovici, que pone énfasis más en el aspecto constituyente que en el aspecto constituido de las representaciones. Metodológicamente recurre al uso de técnicas cualitativas, en especial las entrevistas a

profundidad y el análisis de contenido. La escuela de Aix-en-Provence: desarrollada por Abrieu, y está centrada en los procesos cognitivos; se le reconoce un enfoque estructural de las representaciones recurriendo por ello a técnicas experimentales. Por último la escuela de Ginebra: cuyo máximo exponente es Piaget; es conocida como la escuela sociológica pues se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales.<sup>15</sup>

Es así, que se evidencia la existencia de dos enfoques básicos en la representación social: el procesual y estructural. Esta investigación por estar basada en la escuela de Jodelet, tiene un enfoque procesual por lo que los instrumentos seleccionados fueron el de entrevista a profundidad semiestructurada (Anexo N° 2) bajo la determinación de la saturación y redundancia con el fin de consolidar datos y ahondar en la representación del objeto; además teniendo en cuenta la complejidad del objeto de estudio y de los objetivos, se utilizó la técnica de asociación libre de palabras (ALP) (Anexo N° 4), para estudiar de cierta forma la estructura de la representación social del Cuidado, a través del análisis de los componentes de dicha representación; dichos instrumentos fueron aplicadas a un total de 15 personas conformadas por enfermeras(os) del Hospital Regional Docente las Mercedes, las cuales nos permitieron obtener datos específicos acerca de la representación del profesional de enfermería sobre el cuidado.

La técnica de Asociación Libre de Palabras (ALP) proviene del campo de la psicología clínica, ésta técnica ha sido aplicada en diferentes análisis sobre estereotipos que los entrevistados sostienen sobre un objeto en estudio, Javaloy y Cols, denominan 'imagen libre' al resultado obtenido del uso de la asociación libre.<sup>25</sup>

En este sentido Bardín,<sup>24</sup> quien se refiere a la asociación libre de palabras como el más antiguo de los test proyectivos, el cual consiste en solicitar a los sujetos que, a partir de la elocución de una palabra o frase

introdutoria, que para el presente estudio fue la palabra “Cuidado de la Enfermera”, evoquen de modo libre (asociación libre) e inmediata otra palabra o frases respuestas, en este caso se les pidió a los participantes que produzcan todos los términos, expresiones o adjetivos que se les viniera a la mente; es decir manera espontánea, sin estructurar el pensamiento, así los participantes proyectaron aspectos que están anclados, y que conforman de cierta manera su representación sobre el Cuidado, ello permitió un rápido acceso a los elementos que constituyen el universo semántico del objeto de estudio.<sup>22, 25</sup>

En el presente estudio, la técnica fue aplicada en dos momentos, el primero permitió obtener las cuatro primeras palabras que a la participante se le venía a la mente luego de darle la palabra inductora; en un segundo momento se le pidió que señale los dos términos más importantes para ella de las que había mencionado, esto último con la finalidad de determinar la importancia del ítem para ella y así delimitar los elementos organizadores. Estas diversas evocaciones, una vez listadas, irán conformando un grupo heterogéneo de unidades semánticas. La composición de este conjunto exige un trabajo de clasificación para posibilitar el análisis descriptivo y explicativo necesario para así llegar a las representaciones del objeto considerado.<sup>23</sup> Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se realizó un análisis cuantitativo basado en tres indicadores: la frecuencia del ítem en la población, su porcentaje y finalmente la importancia del ítem para las participantes, que como ya se explicó se obtuvo de los dos términos mas importantes; de tal manera que luego permitieran reforzar el análisis de las categorías empíricas emergentes, a través del análisis de asociación de contenidos.

La entrevista a profundidad semiestructurada; fue la técnica principal en la recolección de los datos. En este sentido Hernández<sup>22</sup>, refiere que la entrevista a profundidad semiestructurada, consiste en el proceso de interacción dinámica de comunicación entre dos personas, entrevistador y

entrevistado bajo control del primero, y la finalidad de este tipo de técnica es conseguir información lo más implicante posible, sobre el objeto de análisis que se plantea.

En la presente investigación, a través de su aplicación se profundizó en el abordaje de la complejidad del fenómeno estudiado, por medio de las aproximaciones al objeto de estudio de esta manera las entrevistadas pudieron emitir los aspectos subjetivos (creencias, opiniones, actitudes, mitos) a partir de sus experiencias y vivencias en el cotidiano de su actuar. Los resultados obtenidos en esta técnica han permitido analizar la génesis de las representaciones sociales de las enfermeras respecto al Cuidado, permitiendo una mayor participación de las mismas en la investigación y la posibilidad de revelar situaciones no visibles objetivamente, así como estudiar la sensibilidad y las emociones en las cuestiones más subjetivas de las participantes.

Para Polit, 20 en la entrevista profundidad semiestructurada, el investigador utiliza una lista de materias o preguntas (guía temática) que deberá abordar con cada uno de los sujetos. El cometido del entrevistador consiste en motivar a los participantes a expresarse con libertad acerca de todos los temas de la lista y registrar sus repuestas, normalmente mediante una grabadora.

Este supuesto respaldó la necesidad de basarse en datos recolectados a través de la entrevista a profundidad semiestructurada (Anexo N° 2) planteada con 5 preguntas, para abarcar los aspectos cognitivos y afectivos explicitados por las enfermeras que reconstruyen su Cuidado. Las preguntas cumplieron una función netamente orientadora, permitiendo que las entrevistadas tuviesen una mayor posibilidad de desarrollar sus discursos con libertad.

También se afirma que en la aplicación de esta técnica se debe tener en cuenta, que ésta se desarrolla dentro de un marco y situación social<sup>26</sup>. En este estudio la cita y el local fueron previamente acordados con las enfermeras. La entrevista se realizó después del turno de trabajo de mañana en el hospital, pero en algunos casos a solicitud de la enfermera las

entrevistas se realizaron en el turno de noche. Todas las entrevistas fueron registradas en cámara digital. La ventaja de la entrevista a profundidad semiestructurada es que permite entrevistar a diferentes personas logrando así que el estudio sea más sistemático e integral ya que delimitan los temas que tratan. 19

En conclusión, se puede afirmar que las técnicas que son utilizadas para el estudio de la representación social deben apuntar a recoger conjuntamente el contenido, la estructura interna y el núcleo social, es necesario aclarar que el material cualitativo producido por medios de entrevistas y cuestionarios puede ser sometido a rigurosos procedimientos de análisis, y de esta manera reconstruir la estructura interna de la representación social.

### **3.6. PROCEDIMIENTO**

Partiendo del hecho que la metodología es un punto clave para determinar el valor de los estudios de representación social y de parte de la metodología es el análisis de los datos los cuales determinar directamente la validez de los datos obtenidos, es que resulto preciso explicar cómo se ha desarrollado la parte activa de la investigación como fue: la recolección de datos, la selección y el procesamiento.

Para la recolección de datos, realizados en el periodo de Marzo y Abril, se tuvo en cuenta la importancia de interactuar con las entrevistadas; el primer paso para el logro de ésta fue adquirir la autorización de la oficina de capacitación del Hospital Docente Las Mercedes, previa presentación de la resolución aprobada del proyecto de tesis por la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, con la finalidad de ingresar a la institución sin problemas.

Durante la recolección de datos se presentaron muchas dificultades; inicialmente no se obtuvo a tiempo la autorización correspondiente, luego una vez obtenido el permiso fueron los propios profesionales de enfermería quienes obstaculizaron este proceso; pues muchos de ellos se negaban a ser

entrevistados, a pesar de explicarles el objetivo, objeto de estudio y asegurarles el anonimato, algunos de ellos mostraban rechazo para llenar el consentimiento informado (Anexo N° 01) y al mismo tiempo unos emitían cierto temor a ser grabados y otros falta de interés a contribuir en el desarrollo de la investigación.

En la realización de las entrevistas se aplicó el test de asociación libre de palabras, previa presentación de las investigadoras, se explicó los objetivos de la misma y se recalco que solo se llevaría a cabo si ellos lo autorizan a través del Consentimiento Informado (Anexo N°1). Una vez autorizada la participación, se procedió a aplicar el test, el cual constó de una pregunta orientadora, donde plasmaron palabras claves acerca del cuidado de enfermería en una hoja impresa proporcionada por las investigadoras, y marcando las dos palabras más importantes de las señaladas.

Luego se procedió a la aplicación de las entrevistas a profundidad semiestructuradas, las cuales se registraron a través de grabaciones, se realizaron en un tiempo prudente. Para ello se programaron fechas, de tal manera que estuvieran disponibles para responder las preguntas a profundidad. Una vez obtenidas las grabaciones (cámara digital), con los datos vertidos se procedió a la transcripción fidedigna de las mismas que posteriormente fueron analizadas.

Paralelamente a la aplicación de los instrumentos se procedió a realizar una encuesta socio-demográfica, ésta sirvió para la caracterización de la población en estudio, abordando los datos generales de la enferma; cuyos resultados fueron explicados en el ítem anterior de sujetos de estudio.

### **3.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Posterior a la recolección de la información por medio de la entrevista a profundidad semiestructurada, se realizó el análisis y tratamiento de los datos hallados para ordenar la información de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer.

Para la realización del análisis de los datos se siguió el modelo propuesto por Bardín, tomado y modificado por Porto I. et.al, denominado “método de asociación de contenidos”, como base para analizar e interpretar los resultados del tema en estudio: Representación Social del Cuidado desde la perspectiva del enfermero. Este análisis va mas allá de las ideas manifestadas por el informante procurando extraer las relaciones encontradas entre los elementos de su discurso/texto. En este tipo de análisis, se busca señalar la presencia simultánea de dos o más elementos previamente definidos, en un fragmento de mensaje, para encontrar las relaciones de asociación. La frecuencia de expresiones (elementos) dentro de la misma frase o párrafo (fragmento) es tomada como indicador de sentidos asociativo.<sup>22</sup>

El análisis de contenido se caracteriza por ser un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que busca la obtención de indicadores cuantitativos y/o cualitativos de descripción del contenido de mensajes, a través del empleo de procedimientos sistemáticos y objetivos, metódicamente explícitos y replicables, ella permite la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de esos mensajes.<sup>23</sup>

La ventaja de trabajar con el análisis de contenido, es la reducción de la complejidad de una colección de textos; así una gran cantidad de material es reunida en una descripción corta de sus características, como resultado de recuento de unidad de texto de una clasificación sistemática, en este sentido, un texto es transformado después de las codificaciones de la nueva información centrada en ella su irreversibilidad.<sup>23</sup>

Además este método, permite la elaboración de conjeturas fundamentales para establecer inferencias sobre valores, actitudes, estereotipos, símbolos y cosmovisiones de un texto. Esas inferencias son informadas por la reconstrucción de mapas de conocimiento, que van más

allá de la clasificación de las unidades de texto, a través de la construcción de redes de unidades de análisis para representar el conocimiento en sus elementos y principalmente en sus relaciones.<sup>25</sup>

Este método de asociación de contenidos es un refinamiento metodológico viable y asequible que proporciona consistencia y confiabilidad en el tratamiento y análisis de los resultados de las investigaciones en enfermería pudiendo contribuir para este reconocimiento, de enfermería como ciencia de estricto saber.<sup>25</sup> En cuanto al procedimiento del método de asociación de contenidos existen cinco pasos a seguir:

*1. Lectura y recorte (identificación de fragmentos en el mensaje):* En esta etapa, la unidad del cuerpo de datos correspondió a la entrevista y las unidades de contexto fueron fragmentos resultantes de recorte en la base textual. Es decir, después de haber realizado la entrevista a profundidad semiestructurada, la cual fue redactada tal cual está en la grabación, luego se elaboró un cuadro donde se recortaron los fragmentos que mostraron una relación estrecha con el objeto de estudio; dichos fragmentos pasaron de un lenguaje Emic a un lenguaje Etic.

La lectura cuidadosa de la base textual es imprescindible para identificar el inicio y el fin de cada recorte/ fragmento; el tamaño de los fragmentos es determinado por el sentido completo del mensaje/ pensamiento que el presenta. Después de la determinación del fragmento en la base textual, este debe ser identificado con números romanos crecientes.<sup>25</sup>

*2. Identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación en temas:* Para proceder a la búsqueda de los elementos existentes en cada texto, los fragmentos fueron leídos minuciosamente para identificar temas expresados en ellos, a través de palabras claves o expresiones significativas.

El tema es una afirmación, una idea o una unidad de significación que se libera naturalmente del texto y puede ser identificada durante la lectura de los fragmentos; <sup>25</sup> los temas encontrados durante esta etapa fueron registrados en un orden numérico arábico creciente, para su codificación y composición de una lista.

*3. Montaje del Mapa de las asociaciones de contenido:* en esta tercera etapa, como su propio nombre lo dice consistió en la elaboración de un montaje del mapa, el cual fue esencial para la identificación de las asociaciones de contenido entre los fragmentos de la entrevista. Es decir se elaboro un cuadro de doble entrada compuesto por una columna ubicada a la izquierda y numerada con números romanos crecientes relativos a los fragmentos, y una lista horizontal superior y numerada con números arábigos crecientes, que se refiere a los elementos encontrados en los fragmentos de las entrevistas.

Cada vez que un elemento es encontrado en los fragmentos, el es señalado en el mapa con la señal (+), por ejemplo tenemos que en el fragmento I se encuentran los elementos 1, 2, 3, 4, etc.; esto se señala en el cuadro con este símbolo (+), luego seguimos con el fragmento II donde aparecen nuevos elementos así como también se pueden aparecer algunos de los elementos del fragmento I como el 2, 3, 4, 5,6; de igual forma se coloca el símbolo (+), y así sucesivamente se continua con el resto de los fragmentos de la entrevista , además ello permite la determinación de las frecuencias simples de los elementos. Es importante aclarar que este Montaje del Mapa de las asociaciones de contenido se elabora por cada entrevista.

*4. Identificación del elemento polo:* en esta etapa, se estableció un marco fundamental denominado núcleo de asociación de ideas. Ese núcleo fue denominado como elemento polo, éste es aquel elemento cuya frecuencia fue mayor en las asociaciones encontradas.<sup>25</sup> Es así, que en el presente estudio para encontrar el elemento polo de cada entrevista, las frecuencias de los elementos encontrados en el mapa de montaje fueron calculadas, dando como resultado la elaboración de otro cuadro.

En este cuadro también de doble entrada, se encuentran dos tipos de números: en la línea superior horizontal quedan los números atribuidos a los elementos encontrados en las asociaciones; y en la columna vertical a la izquierda son presentados los números relativos a la frecuencia de los elementos en las asociaciones.

*5. Elaboración del esquema de asociaciones:* Este esquema favorece la expresión matemática de los contenidos del texto, a través de la creación de una representación gráfica espacial bidimensional expresiva de la esencia del texto considerado. En esta representación gráfica, es posible destacar las relaciones entre los elementos presentes en el texto y la intensidad de sus ligaciones, configurando así, lo fundamental de un texto a partir de técnicas cuantitativas empleadas en la etapa anterior.

Para la elaboración de este esquema fue necesario, disponer de los elementos de acuerdo con su posición en relación a los elementos polos encontrados, a través de diferentes niveles jerárquicos (Anexo N°9). Así fueron elaboradas algunas denominaciones para los otros elementos presentes en el esquema: *(a) elementos esenciales:* son aquellos que se vinculan directamente al elemento polo; *(b) elementos agregados:* son elementos que se ligan indirectamente al elemento polo a través de los elementos esenciales; *(c) elementos complementarios:* son aquellos que se vinculan indirectamente al elemento polo, a través de los elementos esenciales y agregados. (Los esquemas pueden observarse en el siguiente capítulo IV).

Con base en las relaciones existentes entre las asociaciones identificadas, los demás elementos encontrados fueron posicionados, distribuidos en relación al polo, de acuerdo al orden en que aparecen en las asociaciones.

Las asociaciones de contenido que aparecen aisladas del cuerpo principal del esquema fueron tratadas por su aproximación semántica con el elemento polo o con otro elemento del esquema que se aproximó más del objeto de estudio de la investigación o que expresó solo una asociación entre sus elementos, se consideró su ligación como una relación débil. Para ligaciones que expresaron dos o tres asociaciones entre sus elementos, su

intensidad fue considerada como relación fuerte; y para las ligaciones que expresaron más de tres asociaciones entre sus elementos.

Una vez analizado el tratamiento de los datos, se procedió a componer las categorías empíricas, utilizando nuevamente la lista temática, en la cual los elementos se presentan desasociados. Para componer las categorías se aplicaron los siguientes criterios a la lista de la temática: a) frecuencia de los elementos en las asociaciones (criterios eliminatorios), es necesario que el número de asociaciones sea significativo para que este criterio pueda tener una naturaleza determinante,<sup>21</sup> para ello apreciamos el Cuadro N°1 donde la frecuencia simple (menor) es 11 y la mayor frecuencia (máxima) es 63. Luego establecemos un rango promedio que se obtendrá de la división de la frecuencia máxima  $74/3$  en tres (la constante tres representará la tercera parte del rango que asegurará una discriminación menor de elementos) el resultado fue entonces 25, entonces del rango quedo definido entre 25 y 63; b) la suma de las frecuencias simples de los elementos encontrado en todos los mapas identificadores de asociación de contenido, en este estudio las frecuencias de elementos en asociaciones fue: para la menor fue 5 y para la máxima 122, de igual manera se procede a dividir la frecuencia máxima entre tres resultando un total de 42; aquí el rango se definió entre 42 y 122; c) en la columna de porcentaje de textos del cuerpo de datos, en los cuales el elemento esta presente, en general este criterio adopta un porcentual en torno de 50% del texto. Este último criterio solo funciona como confirmación para componer las categorías. Se seleccionaron solo 10 de los 16 elementos.

Frecuentemente, en este momentos de categorización se buscan algunas dimensiones que puedan agregar temas a fin. De este modo, las categorías empíricas de la investigación fueron construidas y presentadas de manera cualitativa, sin recorrer mas a los fragmentos de mensajes, siendo analizadas e interpretadas a la luz del referencial de las representaciones sociales. Tal como se demuestra a continuación:

CUADRO N°1

## Cuadro de Frecuencias de Elementos Simples y Elementos Asociados

ELEMENTOS	FRECUENCIAS SIMPLES	FRECUENCIAS ASOCIADAS	ELEMENTOS INGRESANTES A CATEGORÍAS
1. Estereotipos sociales del cuidado	40	42	X
2. El cuidado trabajo de la enfermera	37	46	X
3. Limitantes del cuidado	43	73	X
4. Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora	57	84	X
5. Cuidado y rol de la enfermera	32	21	a
6. Características del acto del cuidado	63	122	X
7. Cuidado como realidad utópica	13	7	
8. El aspecto cultural en el cuidado	13	7	
9. El cuidado invisibilizado	19	11	
10. El cuidado profesional	45	55	X
11. Complementariedad en el cuidado	32	28	a
12. Conocimiento base del cuidado	47	68	X
13. Status en el acto de cuidar	38	39	a
14. Erradicando mitos sobre el cuidado	12	7	
15. Percepción del cuidado asociado a experiencias del paciente	11	5	
16. Necesidad de cambio en el cuidado	12	8	

En esta etapa se elaboró un cuadro organizado para la visualización operacional de criterios y la decisión sobre los elementos que serán incluidos en las categorías; obteniéndose de este modo las categorías. En este sentido Bardín, <sup>24</sup> refiere, que la categorización es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un grupo, por diferenciación y seguidamente por

reagrupamiento según los criterios previamente definidos. Las categorías son rúbricas o clases, las cuales reúnen un grupo de elementos, bajo un título genérico, agrupamiento efectuado en base a características comunes de estos elementos.

Al finalizar este proceso se obtuvo la representación social del cuidado desde la perspectiva del enfermero, a través de tres grandes categorías; la primera: “El Acto de Cuidar: Conocimiento y Complementariedad”, esta categoría enfoca el cuidado como un acto dirigido a las personas, con una relación y un proceso que va mas allá de la enfermedad; lo cual incluye comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que realiza la enfermera involucrando conocimientos y ciertas características que permitan brindar un mejor cuidado; la segunda categoría: “Actividad Propia de Enfermería: Rol de la enfermera y limitantes del Cuidado”; en esta categoría se entiende al cuidado como un trabajo que supone la organización de actividades con metas concretas e implica la satisfacción de necesidades de la persona; las cuales muchas veces no pueden ser cumplidas en su totalidad atribuido principalmente a limitantes. Por último la tercera categoría: “Estereotipos del Cuidado: Imágenes del Cuidado: estereotipos y status”; que contempla aspectos del cuidado asociados a estereotipos sociales que han acompañado a al Cuidado durante su proceso de evolución.

### **3.8. CRITERIOS ETICOS**

Para la realización del presente estudio, se tuvo en cuenta los principios de la bioética personalista de Elio Sgreca, de los cuales se tomaron los siguientes:

*Principio del respeto a la vida humana:* representa el imperativo ético más importante del ser humano, el respeto a la vida, así como su defensa y promoción tanto la ajena como la propia. Tal respeto a la vida humana se

entiende en todas sus etapas de manifestación, desde el momento de la concepción (fecundación) hasta el último instante (muerte cerebral total).<sup>26</sup>

La relación que el ser humano establece sobre el mundo se llama dominio técnico y respecto del cuerpo humano y la vida humana la relación que se establece es de carácter ético, en tal caso la actitud ética correcta no es la del uso o la eficacia sino la del respeto. Por lo tanto, con la persona humana no es lícito establecer una relación de dominio o de producción. Respetar el cuerpo y la vida humana significa que nunca puede ser utilizada como medio para un fin distinto a ella misma, no puede ser objeto de experimentación.<sup>26</sup>

Por tanto en el presente estudio, este principio fue puesto en práctica, informando y garantizando en los participantes que todo el aporte o la información que ellos nos proporcionen, no infringirá ningún daño, así mismo se estableció con la persona una relación de respeto y confianza donde se le llamó por su nombre además de usar un seudónimo puesto que esto sirve para su anonimato, de esta forma se permitió sentirse más en confianza.

*Principio de libertad y responsabilidad:* Este principio señala que el paciente ha de ser libre al decidir sobre la opción terapéutica que se le va a aplicar, decisión que debe tomar en base a un conocimiento racional de los hechos y desde su propia libertad. Esta libertad debe venir acompañada de responsabilidad, la cual le impide obrar contra sí mismo; este principio significa respetar a las personas como individuos libres. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus acciones propias.<sup>26</sup>

Durante la ejecución de la investigación este principio se puso en práctica a través del reconocimiento de la libertad de los participantes, en este caso la enfermera y fundamentalmente el respeto a la integridad y con el consentimiento informado, que comprende de la información a cada

participante de lo que ocurrirá en la investigación y éste decidirá si lo acepta o rechaza. Por tal motivo se les hizo conocer a los sujetos de estudio el objetivo de la investigación, la importancia de su participación en la construcción de la Representación Social del Cuidado desde la perspectiva del enfermero.

*Principio de Totalidad o Principio Terapéutico:* El principio se refiere a la justificación de la pérdida directamente querida de un miembro u órgano como medio para salvar el organismo. Si el cuerpo es un todo unitario en el ser de la persona, toda intervención sobre una "parte" no puede prescindir de la consideración del 'todo' (que es cualitativamente más que la suma cuantitativa de las partes). El principio terapéutico justifica la intervención sobre la vida humana sólo si se interviene sobre una enfermedad actual (o sobre la causa activa de la enfermedad), que no puede curarse de otro modo, con una fundada esperanza de un efecto positivo y con el consentimiento del interesado (o del que tenga derecho).<sup>26</sup>

De este modo, en la investigación se consideró a la persona como un todo integrado por la suma de sus partes; es decir pandimensionalmente; donde se tuvo en cuenta todas estas características al momento de proceder a la entrevista, considerando el binomio riesgo-beneficio, ya que estas deben ser aplicadas en horas de trabajo de los sujetos en estudio; es así que como investigadoras tuvimos en cuenta que en ese momento los participantes dispongan de tiempo suficiente para ser entrevistados o en todo casos se coordinará con los entrevistado el espacio donde nos permitiera desarrollar completamente la entrevista; de esta manera se evitó ocasionar un daño a los pacientes; puesto que tal vez se puede causar distracción con respecto a las funciones de estos profesionales.

*Principio de Sociabilidad y Subsidiariedad:* consiste en la promoción de la vida y de la salud de la sociedad a través de la promoción de la vida y de la salud de la persona singular: al margen de toda forma de individualismo o

colectivismo, la Socialidad está finalizada por la consecución del “bien común” a través de la consideración de los “bienes individuales”. El principio de Socialidad está integrado en el de subsidiariedad que prescribe la obligación del cuidado de los más necesitados. Socialidad y subsidiariedad derivan del deber de respeto recíproco interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de los demás en cuanto personas: la persona es la fuente y el fin de la sociedad, en cuanto se realiza participando en la realización del bien de los semejantes.<sup>26</sup>

Por tanto los resultados serán dados a conocer a los servicios y publicados en congresos tanto locales, regionales, etc., así mismo los participantes recibirán un buen trato por parte nuestra, que como seres humanos se merecen, asegurando el derecho en todo momento de su participación o a gozar privacidad.

### **3.9. CRITERIO DE RIGOR CIENTIFICO**

Cuando hablamos de calidad de la investigación aludimos al rigor metodológico con la que será diseñada y desarrollada, y a la confianza que, como consecuencia de ello, lograremos obtener la veracidad de los resultados.

En esta investigación se precisa los aspectos que hemos considerado apoyarán los criterios de rigor en el marco de nuestra investigación, ante esto Guba y Lincoln establecen los siguientes criterios para la investigación cualitativa: la credibilidad, la transferencia, la consistencia y la confirmabilidad. Los criterios que fueron utilizados en esta investigación son la credibilidad, transferencia y confirmabilidad.

*La credibilidad:* Según Guba y Lincoln;<sup>22</sup> se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que

son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

*La Transferencia (validez externa o aplicabilidad de resultado):* Es otro criterio a tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio no se refiere a garantizar los resultados a una población más amplia, sino que parte de estas o su esencia puede aplicarse en otros contextos, también se denomina “traslado”. Sabemos que es muy difícil que los resultados de un estudio cualitativo en particular puedan definirse en otro contexto, pero en ciertos casos nos pueden dar pautas para tener una idea en general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente. Guba y Lincoln, refieren que lo que buscan es asociar los datos encontrados en el estudio con los datos oriundos de sus experiencias personales.<sup>22, 28</sup>

*La confirmabilidad:* está vinculado a la credibilidad y se refiere a demostrar que hemos minimizado los sesgos y tendencias del investigador. Implica rastrear los datos en su fuente y la explicitación de la lógica utilizada para interpretarlos.<sup>27</sup>

Las estancias prolongadas en el campo, la triangulación, la auditoria, el chequeo con participantes y el listado de los prejuicios, creencias y concepciones del investigador, nos ayudan a proveer información sobre la confirmabilidad.<sup>27</sup>

## CAPITULO IV

### **Análisis Interpretativo De Las Entrevistas**

El presente apartado evidencia los elementos significativos involucrados en los discursos de cada una de las enfermeras entrevistadas con respecto al Cuidado y la forma como ellas lo representan; asumiendo el hecho que las representaciones sociales como tal, surgen del senso común; es decir las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones, del conocimiento de la vida cotidiana, de sus creencias, estereotipos e imágenes, entrelazadas por el lenguaje y la comunicación, de esta manera esbozan y crean una realidad inmersa en un escenario y por ende en una práctica social.<sup>15</sup>

Se expone las asociaciones entre elementos de significado, identificados en los diferentes fragmentos que compone cada una de la entrevistas de los participantes del estudio, constituyendo las representación que cada una de ellas hacen sobre el Cuidado. Para cada una d las entrevistadas fue construido un mapa identificador de asociaciones (Anexo N° 7), donde demuestra los elementos y fragmentos relacionado al objeto de estudio.

Los elementos que aparecieron una sola vez en los fragmentos del texto no fueron importantes, pues no participaron en ninguna asociación; a partir de los que se presentan asociados dos veces, es decir, aquellos que en el mapa identificador se formaron cuando un par de elementos estuvieron en dos fragmentos como mínimo, fueron considerados importantes, estableciendo cuatro niveles de intensidades de asociación, entre los mismos, encontrando así una asociación débil (1 asociación), fuerte (2 asociaciones), muy fuerte (3 asociaciones), y extremadamente fuerte (4 asociaciones a mas) en este mapa se identifico además el elemento polo, es decir el elemento que en cada una de las entrevistas consiguió la mayor frecuencia de evocación.

A continuación se procedió a la construcción del esquema de asociaciones (diagrama espacial bidimensional) para cada entrevista, con la finalidad de graficar los aspectos característicos evidenciados en los discursos, la relación entre elementos y su distribución espacial, procediendo luego al análisis e interpretación de cada uno de estos esquemas, poniendo en evidencia la representación que las enfermeras hacen sobre el Cuidado. El presente cuadro muestra el número de elementos, fragmentos de texto y asociaciones de cada una de las entrevistas.

**Cuadro N° 2 Clasificación de elementos, fragmentos y asociaciones**

<b>Entrevistas</b>	<b>Elementos</b>	<b>Fragmento de texto</b>	<b>Asociaciones</b>
N° 1	14	9	60
N° 2	12	5	32
N° 3	12	6	30
N° 4	14	5	30
N° 5	10	4	25
N° 6	14	5	31
N° 7	10	5	25
N° 8	13	8	39
N° 9	11	6	28
N° 10	12	5	30
N° 11	14	6	38
N° 12	14	6	39
N° 13	14	5	34
N° 14	12	6	37
N° 15	13	7	36
<b>TOTAL</b>	<b>189</b>	<b>137</b>	<b>514</b>

Este cuadro resume el consolidado de las 15 entrevistas analizadas de las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes, en el cual se puede apreciar el número más alto de elementos evocados en los discursos corresponde a los de la entrevista n°1, n° 4, n° 6, n° 11, n° 12 y n° 13 con 14 elementos de los 16 identificados, mientras que los elementos con los números más bajos corresponden a las entrevistas n°5 y n°7 con 10 elementos identificados de los 16.

En cuanto a los fragmentos de textos se tuvo un total de 137 repartidos en las 15 entrevistas, siendo la n°1 la de más fragmentación con un total de 9 fragmentos, seguida de la entrevista n°8 con 8 fragmentos; por otro lado la de menos fragmentación fue la entrevista n°5 con 4 fragmentos. Así mismo el número de asociaciones presentadas en las entrevistas fue de un total de 514, donde la entrevista n°1 presentó el mayor número con 60 asociaciones de diferentes intensidades, seguidas de las entrevistas n°8 y n°12 con un total de 39 asociaciones respectivamente, así mismo las entrevistas de menor número de asociaciones fue la n°5 y n°7 con solo 25 asociaciones cada una, esto debido a la precisión de las respuestas.

Este capítulo pretende hacer perceptible la construcción que las enfermeras hacen del Cuidado, considerando que ellas están en constante relación con la realidad, por lo que se presume que la construcción de ahora tal vez no sea la misma en un futuro. En este sentido Abric,<sup>15</sup> basado en los conceptos de Moscovici, afirma que el objeto, en este caso el Cuidado, está en un contexto activo, dinámico y cambiante, que es reconocido por la persona (enfermera) o grupo de personas como una extensión de su comportamiento, de sus actitudes y de las normas a las cuales ellas se refieren.

Es decir, no puede haber dicotomía entre sujeto – objeto ya que eso es la realidad objetiva. Además que no existe una realidad objetiva a priori, sino que toda realidad es representada, esto quiere decir, reapropiada por el individuo, por el grupo; reconstruida en su sistema cognitivo, integrada a su

sistema de valores, dependiente de su historia y de su contexto social e ideológico que los rodea.<sup>25</sup>

En relación a todo lo señalado, es importante especificar que, en este sentido se asume las representaciones sociales como uno de los métodos que permite comprender y explicar cómo es que las enfermeras elaboran o construyen su Cuidado en estrecha relación con el contexto social e ideológico al cual pertenecen, el que a su vez debe ser compatible con sus sistema de normas y valores socialmente e históricamente determinados. Esto se pone en evidencia a través de la construcción de un diagrama bidimensional, en el cual se estructura de una manera grafica la articulación de elementos significativos, partiendo del elementos principal (elementos polo), considerado por cada uno de los sujetos de estudio. A continuación se muestra los esquemas de las 15 entrevistas realizadas.

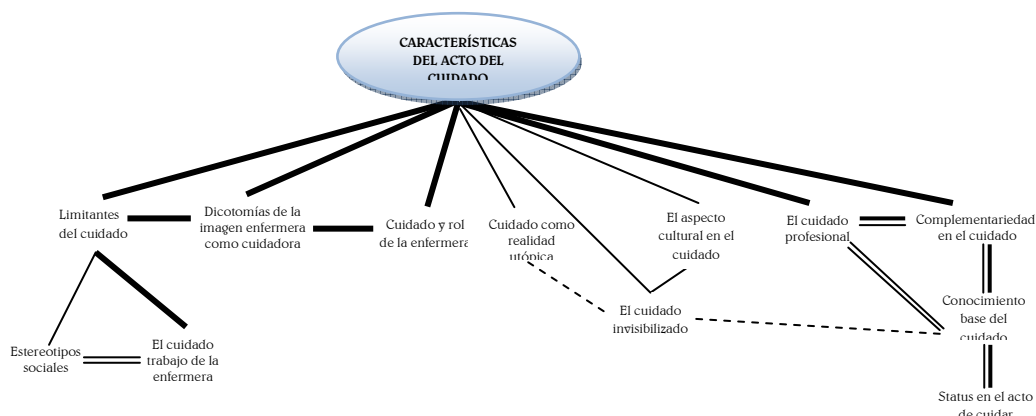
## ENTREVISTA N° 1

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 14 elementos y 9 fragmentos consecuencia de 60 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





### Asociaciones:

- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = **1 asociación.**
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = **1 asociación.**
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = **2 asociaciones.**
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = **7 asociaciones.**
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = **2 asociaciones.**
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) = **2 asociaciones.**
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) = **2 asociaciones.**
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) = **3 asociaciones.**
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = **1 asociación.**
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) = **3 asociaciones.**
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El aspecto cultural en el cuidado (8) + El cuidado invisibilizado (9) = **1 asociación.**
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = **1 asociación.**
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado invisibilizado (9) = **1 asociación.**
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = **1 asociación.**
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = **2 asociaciones.**
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) + Cuidado como realidad utópica (7) = **1 asociación.**

**Figura 1:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 1 - Chiclayo 2012



### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

El presente esquema considera como elemento polo las características del acto del cuidado presentando además cuatro niveles de jerarquía en su distribución. Este elemento presenta asociaciones extremadamente fuertes, uno de ellos son las limitantes del cuidado unido débilmente a estereotipos sociales del cuidado considerados características negativas de la enfermera, convirtiéndose en obstáculos para el avance de la profesión, y a la vez provocando se generen dicotomías de la imagen enfermera como cuidadora distorsionando el verdadero rol de enfermería; conllevando a que su cuidado sea invisibilizado, imperceptible con falta de reconocimiento para la sociedad; pero a la vez estas percepciones van a depender muchas veces del aspecto cultural de cada persona y otras por la experiencia de cuidado que hayan recibido.

A la vez podemos apreciar la complementariedad en el cuidado como otro elemento unido extremadamente fuerte al elemento polo; el cual según la entrevistada considera que para poder brindar un cuidado de calidad es necesaria no solo la unión de todo el equipo de salud, sino también integrar a la familia como parte del equipo; este elemento está unido de manera muy fuerte al elemento conocimiento como base del cuidado, el cual sirve de base para brindar un cuidado adecuado y establecer el actuar de enfermería, afirmando que es la única manera de generar un cambio y de lograr un status en el acto de cuidar.

Por último en esta primera entrevista la enfermera representa el cuidado como el quehacer del profesional de enfermería, el cual debe contar con ciertas características para que sea considerado como un cuidado de calidad; el que incluye compromiso con la persona cuidada, conocimiento sobre la propia necesidad como pilar importante en el actuar enfermero y conciencia de la realidad para un cambio positivo; pero a la vez este cuidado está acompañado de ciertas limitantes que dificultan brindarlo de manera correcta, entre ellas tenemos la sobrecarga, escases de recursos, la rutina, etc.;

lo que conlleva a la formación de estereotipos y por ende a dicotomías algunas positivas y otras negativas en el acto de cuidar.

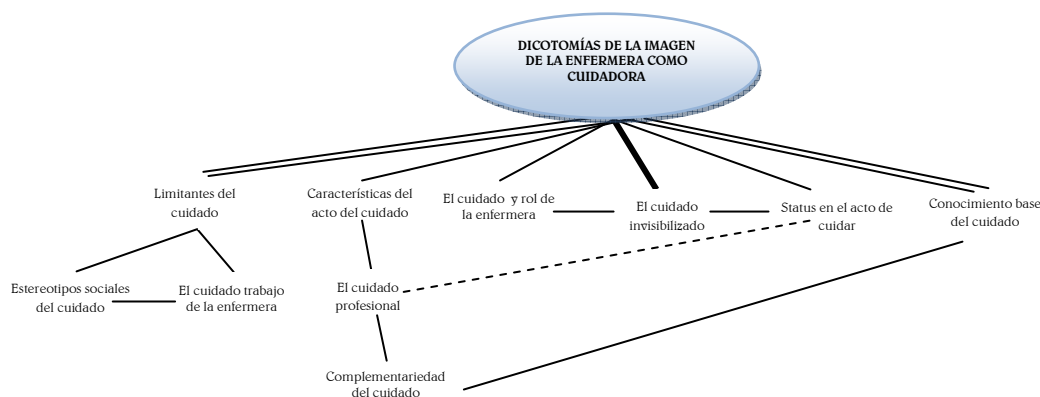
## ENTREVISTA N° 02

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 12 elementos y 5 fragmentos consecuencia de 32 asociaciones que a continuación se presentan, con sus frecuencias simples.





### Asociaciones:

- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + El cuidado invisibilizado (9) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) + El cuidado invisibilizado (9) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Status en el acto de cuidar (13) = 2 asociaciones.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Conocimiento base del cuidado (12) = 2 asociaciones.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + El cuidado invisibilizado (9) = 3 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 1 asociación.

**Figura 2:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 2 - Chiclayo 2012



### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> 1 Asociación.	 <b>Relación Fuerte.</b> 2 Asociaciones.	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> 3 Asociaciones	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> 4 a mas Asociaciones
--	---	--	--

Este esquema presenta cuatro niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora; con respecto a este elemento, la entrevistada manifiesta que va depender de

la forma en que la enfermera realice su trabajo para que se manifiesten distintas opiniones de las personas en cuanto a su labor; si el profesional de enfermería no realiza un buen trabajo es lo que muchas veces va permitir la falta de reconocimiento de la misma, por parte de la sociedad.

La enfermera asocia este elemento polo a seis elementos esenciales; el primero de ellos a las limitantes del cuidado que son aquellas que de una u otra manera va a influir en el quehacer de enfermería contribuyendo a que éste se vea incompleto; de este mismo elemento esencial surge como elemento agregado los estereotipos sociales del cuidado y el cuidado como trabajo de la enfermera mediante una relación débil.

Otro de los elementos que se asocia al elemento polo con una relación muy fuerte es el conocimiento base del cuidado refiriéndose a este como una necesidad, ya que una enfermera sin capacitación continua, con conocimientos obsoletos, perderá ese profesionalismo que debe caracterizarla, por lo que se evidencia muchas veces enfermeras con falta de sentido humano, rutinizadas y que de manera indirecta estas características negativas distorsionan el verdadero rol de la enfermera.

Por otro lado, del elemento esencial: características del acto del cuidado emergen con una relación débil el cuidado profesional, con ello se pone en evidencia que en el pensar de la entrevistada existe una certeza de que la única manera de fortalecer su cuidado y lograr brindar un cuidado profesional es a través del conocimiento y de la seguridad que éste le da, unido a la vez de una complementariedad en el cuidado, de un cuidado integral. Finalmente la enfermera entrevistada refleja el cuidado en el trabajo que se realiza cotidianamente, pues no siempre es bien visto por todas las personas; algunos valoran su función y son comprensibles, otros por el contrario. Es su trabajo el que va caracterizar negativa o positivamente el actuar de la enfermera, permitiendo que todos los profesionales de enfermería en general sean vistos de la misma forma.

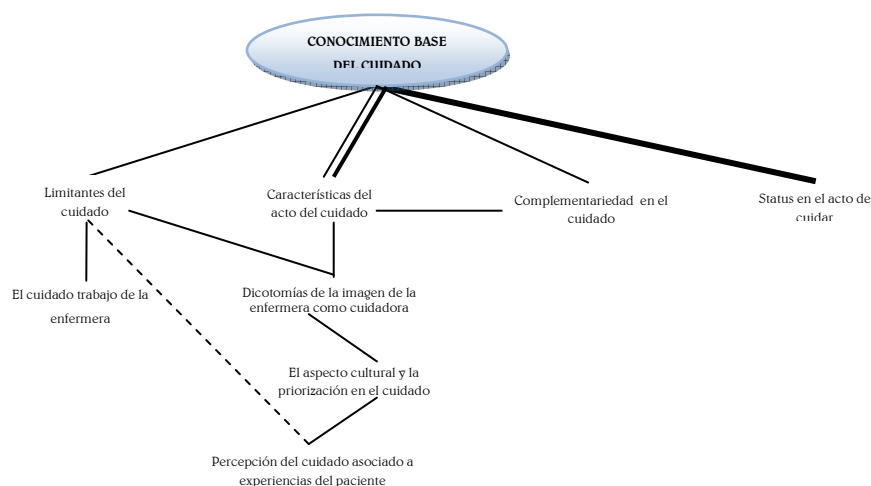
### ENTREVISTA N° 03

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 12 elementos y 6 fragmentos consecuencia de 30 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





#### Asociaciones:

- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + El aspecto cultural en el cuidado (8) + El cuidado invisibilizado (9) + Percepción del cuidado asociado a experiencias del paciente (15) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) = 2 asociaciones.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + El aspecto cultural en el cuidado (8) = 2 asociaciones.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + El aspecto cultural en el cuidado (8) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 2 asociaciones.

**Figura 3:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 3 - Chiclayo 2012



#### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> <i>1 Asociación.</i>	 <b>Relación Fuerte.</b> <i>2 Asociaciones.</i>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <i>3 Asociaciones</i>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <i>4 a mas Asociaciones</i>
---	--	---	---

Esta representación gráfica presenta como elemento polo: El conocimiento base del cuidado que en el pensar de la entrevistada existe una certeza de que la única manera de lograr fortalecer su cuidado es a través del conocimiento ya éste le permitirá reflejar seguridad en sus actividades cotidianas y a la vez permitirá brindar una optima atención o cuidado a la persona; pero para lograr hacerlo bien, la enfermera debe estar preparada,

actualizada, dejando atrás la formación tradicional como la sumisión, servilismo, dependencia, entre otros; ya que esto constituye un obstáculo para que enfermería avance como profesión.

Este elemento polo se asocian cuatro elementos esenciales, el primero de ellos son las limitantes del cuidado como la rutina, mala relación entre colegas, falta de recursos, entre otros, los que se consideren como una debilidad para la profesión; por otro lado también es necesario considerar importante la toma de conciencia de la realidad que vive la enfermera, desarrollar características en el acto del cuidado (unido a una relación muy fuerte) positivas como por ejemplo ser dedicada, responsable, poner en práctica la complementariedad en el cuidado, haciendo participe a la familia en la recuperación de la persona cuidada e investigar temas que contribuyan al avance de enfermería, solo de esta manera se lograra alcanzar el status merecido en la profesión (unido al elemento polo mediante una relación extra fuerte respectivamente).

Se observa que a partir del elemento esencial limitantes del cuidado surgen como elemento complementario el cuidado trabajo de la enfermera, el cual para el pensar de la entrevistada manifiesta que va depender de la forma en que el profesional realice su trabajo el que origine dicotomías de la enfermera como cuidadora, caracterizándola como una buena o mala enfermera, como una competente o incompetente profesional; esto a la vez está relacionado muchas veces con el aspecto cultural y las experiencias del paciente ya que algunas personas serán comprensibles al entender cuando un cuidado deba ser priorizado.

Se puede afirmar que para la enfermera entrevistada es fundamental el conocimiento como base para su cuidado, lo cual permitirá aplicarlos en la práctica diaria, demostrando seguridad e independencia en su quehacer; así mismo considera que debemos estar a la vanguardia de nuevos conocimientos y estar en constante capacitación para de esta manera fortalecer el actuar de enfermería y lograr el posicionamiento social de la profesión.

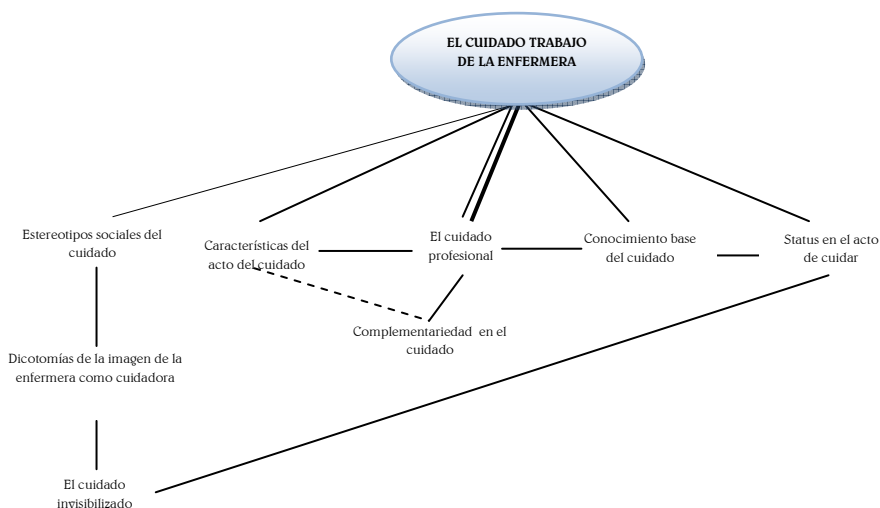
## ENTREVISTA N° 04

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 14 elementos y 5 fragmentos, consecuencia de 30 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





### Asociaciones:

- Estereotipos sociales del cuidado (1) + El cuidado trabajo de la enfermera (2) + El cuidado profesional (10) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + El cuidado profesional (10) = 2 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + El cuidado invisibilizado (9) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Conocimiento base del cuidado (12) = 2 asociaciones.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Características del acto del cuidado (6) = 2 asociaciones.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.

**Figura 4:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 4 - Chiclayo 2012



### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

Este esquema muestra el cuidado trabajo de la enfermera como elemento polo, siendo éste considerado como la esencia de enfermería; éste unido a cinco elementos esenciales mediante una relación débil, estereotipos sociales del cuidado, características del acto de cuidado, conocimiento base del cuidado, status en el acto de cuidar; y mediante una relación muy fuerte: el cuidado profesional, denominado así por poseer ciertas características que lo diferencian y que deben ser aplicadas en el quehacer diario de la enfermera, que a la vez debe ir acompañado de conocimiento, el cual servirá de base para poder brindarlo, es decir el para poder fundamentar nuestras acciones permitiendo mejorar el status del acto de cuidar.

Otro elemento esencial a considerar es el de los estereotipos sociales del cuidado, el cual es considerado como características negativas de la enfermera, que obstaculizan el avance de la profesión, al crear una imagen distorsionada de la enfermera, enmarañada en estigmas creados a su alrededor, asociados a la vez a una formación tradicional de la enfermera, que han permitido fortalecer ese estigma de enfermera sumisa, sacrificada, ayudante del médico, refiriendo además que son justamente estos estereotipos los que aún permiten crear dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora y por ende que su actuar sea imperceptible, utópico, conllevando a que su cuidado sea invisibilizado y sin reconocimiento social.

La enfermera entrevistada el cuidado es un trabajo propio de enfermería, el cual está ligado a características negativas que provocan que su labor muchas veces no sea reconocida por la sociedad, así mismo considera que va depender de cada uno de los profesionales de enfermería para que tomen conciencia de sus debilidades, logrando de esta manera revertir la imagen atribuida al acto de cuidar y por ende lograr un status social.

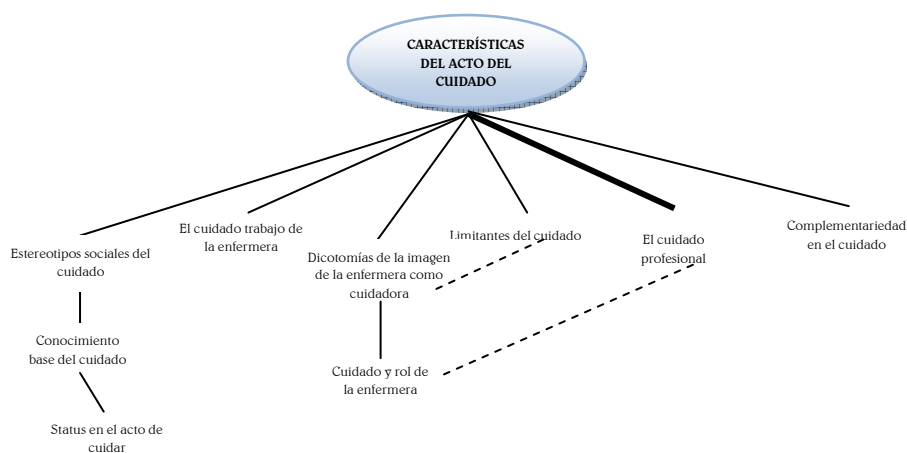
## Entrevista N° 05

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 10 elementos y 5 fragmentos consecuencia de 25 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





### Asociaciones:

- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 2 asociaciones.
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 1 asociación.

**Figura 5:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 5 - Chiclayo 2012



### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

El esquema presenta cuatro niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: Características del acto del cuidado, para lo cual la enfermera entrevistada considera que el profesional de enfermería debe desarrollar cualidades como empatía, conocimiento, respeto por los demás, etc.; es decir características positivas que se relacionen directamente con la calidad de atención que se brinde a las personas cuidadas. Pues si la enfermera brinda un trato adecuado no solo al paciente sino también a la familia contribuirá a desterrar los estereotipos sociales del cuidado y evitará que se generen dicotomías de la imagen enfermera como cuidadora, pues la imagen que se lleve la persona cuidada no solo será de la enfermera que lo atendió sino también de todo el grupo de profesionales, mejorando a la vez el nivel de nuestra profesión.

A partir del elemento esencial: estereotipos sociales del cuidado emerge un elemento complementario denominado, conocimiento base del cuidado, el que será ente importante en el quehacer enfermero ya que es la única manera de fundamentar nuestro actuar y de fortalecer status en el acto de cuidar, estos dos últimos elementos unidos entre sí mediante una relación débil.

En conclusión en esta entrevista la enfermera trata de exponer que existen características negativas como: la falta de compañerismo entre enfermeras, la falta de tolerancia con el paciente y sobretodo la falta de conocimientos actualizados que limitan brindar un cuidado adecuado, sumándole a éste los estereotipos y estigmas creados a su alrededor que crean un perfil distorsionado del acto de cuidar. A la vez afirma que, el conocimiento como base del cuidado es característica importante para el logro de un reconocimiento social, lo cual amerita de un verdadero compromiso con la profesión; sólo así se podrá cambiar el rumbo de la enfermería, logrando adquirir características positivas, plasmadas en virtudes y aspectos éticos en el desempeño laboral de la enfermera, permitiendo de esta manera un verdadero cuidado profesional y un reconocimiento dentro del equipo de salud.

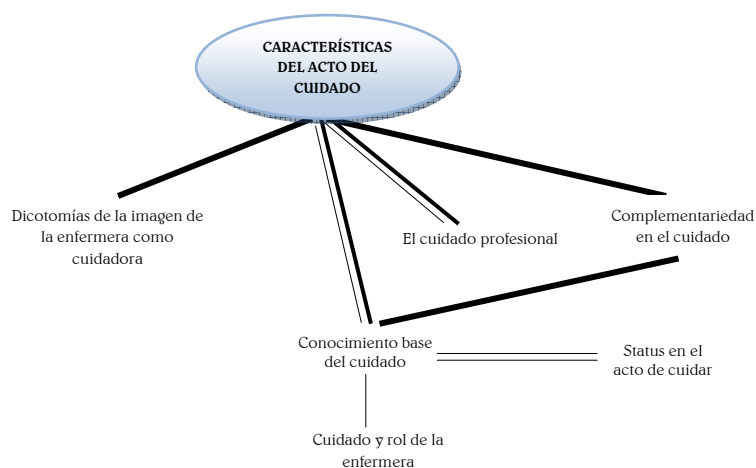
## Entrevista N° 06

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 14 elementos y 5 fragmentos consecuencia de 31 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





### Asociaciones:

- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = **2 asociaciones.**
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Conocimiento base del cuidado (12) = **1 asociación.**
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) = **1 asociación.**
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = **1 asociación.**
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) = **1 asociación.**
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = **1 asociación.**
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) = **2 asociaciones.**
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) = **2 asociaciones.**
- Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) = **3 asociaciones.**

**Figura 6:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 6 - Chiclayo 2012



### Legenda:

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

El esquema presenta tres niveles jerárquicos, y como elemento polo las características del acto de cuidar. Se observa el elemento dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, extremadamente ligado al elemento polo, pues durante la entrevista la enfermera refiere que algunas profesionales se dejan llevar por la rutina diaria, y son ellas mismas las que hacen se generen opiniones negativas o positivas en torno a su actuar, permitiendo que todos los profesionales de enfermería sean vistos de la misma manera, como “buena o mala enfermero (a)”.

Así mismo se puede apreciar unido fuertemente al elemento polo, el cuidado profesional y el conocimiento como base del cuidado, éste último a la vez unido extremadamente fuerte a la complementariedad en el cuidado y fuertemente al status en el acto de cuidar; esto significa que los profesionales deberán asumir que el conocimiento es una característica importante para su actuar, esto implica estar siempre actualizados, pues va depender de éste para que la enfermera brinde una mejor atención no solo a la persona, sino también a la familia, erradicando así opiniones negativas en cuanto a su cuidado; a la vez se hace necesaria las buenas relaciones con todo el equipo de salud pues sería una forma ideal de poder ofrecer el verdadero cuidado profesional y por ende alcanzar un status y reconocimiento para nuestro actuar.

En definitiva para la entrevistada, la práctica profesional de la enfermera, en el campo laboral, es lo que determina los rasgos de su propio actuar y el perfil que ellas proyecten hacia los demás; a la vez afirma que el conocimiento es el poder que la enfermera necesita para quebrantar y cambiar las opiniones existentes en torno a su cuidado; se plantea a la vez que la enfermera como profesional asuma el reto de revertir estereotipos que desvaloran la profesión, a través de una concientización de la realidad por parte de ellas mismas, para luego posicionarse en la sociedad y ganar el espacio merecido, alcanzando el cambio de una falta de reconocimiento profesional a un reconocimiento social.

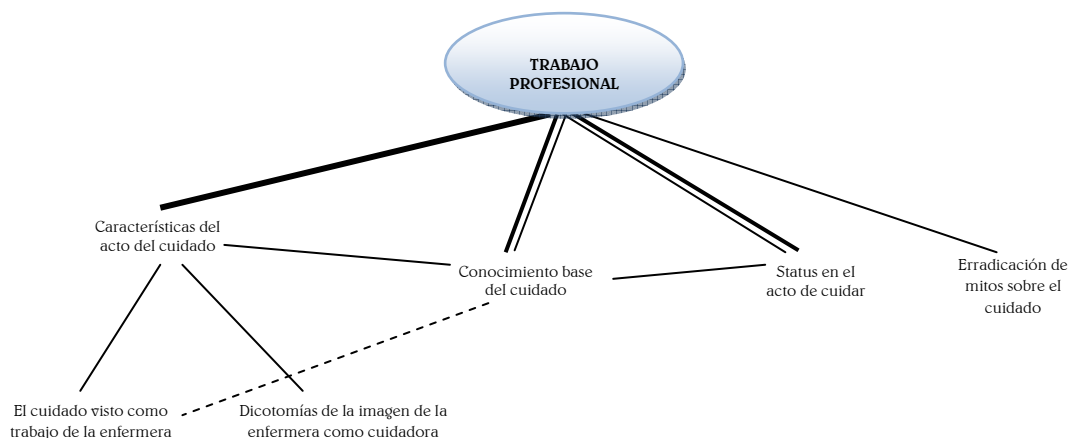
## Entrevista N° 07

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 10 elementos y 5 fragmentos consecuencia de 25 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





### Asociaciones:

- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 3 asociaciones.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- El cuidado profesional (10) + Status en el acto de cuidar (13) = 2 asociaciones.
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- El cuidado profesional (10) + Erradicando mitos sobre el cuidado (14) = 1 asociación.
- El cuidado profesional (10) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- El cuidado profesional (10) + Conocimiento base del cuidado (12) = 2 asociaciones.

**Figura 7:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 07- Chiclayo 2012



### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> 1 Asociación.	 <b>Relación Fuerte.</b> 2 Asociaciones.	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> 3 Asociaciones	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> 4 a mas Asociaciones
--	---	--	--

Este esquema presenta tres niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: Trabajo Profesional; el cual se relaciona al conocimiento. Este elemento polo aparece unido a cuatro elementos esenciales: características

del acto del cuidado, conocimiento base del cuidado, status en el acto de cuidar y erradicación de mitos sobre el cuidado.

En este nivel de jerarquía es necesario rescatar las asociaciones extremadamente fuerte y fuerte que se formaron, entre el elemento polo: Trabajo Profesional y los elementos esenciales: Características del Cuidado, Conocimiento base del Cuidado y Status en el acto de Cuidar; esta unión nos muestra que el Cuidado es un trabajo profesional el cual tiene ciertas características que lo diferencian, ya que éstas son aplicadas en el cotidiano; pero además es el Conocimiento la base para poder brindarlo, es decir el poder fundamentar nuestras actividades nos permitirá mejorar el Status del acto de cuidar, siento éste reconocido y permitiendo a la enfermera (o) actuar con autonomía.

Por otro lado se evidencia que a partir del elemento esencial: Características del cuidado emergen dos elementos agregados: El cuidado visto como trabajo de la enfermera; dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, estos mediante una relación débil.

Finalmente se puede decir que la representación del Cuidado por parte de la enfermera entrevistada, afirma que el cuidado es un trabajo profesional, coordinado, organizado, el conocimiento como base, la enfermera reconoce que este es un pilar importante en el actuar enfermero, el cual realiza teniendo en cuenta ciertas características como lo: humano, integral, empático, eficaz, cálido, responsable, continuo, etc., pero a la vez éstas son imperceptibles para algunos, lo que conlleva formarse dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora algunas positivas como por el contrario; y es pues que de la mano del conocimiento permitirá que éste sea reconocido, ocupando un lugar importante dentro del equipo de salud (Status), en conclusión el cuidado para la enfermera se esta desligando de los mitos a los cuales estaba encadenado; pero este es un proceso que recorrerá un largo camino.

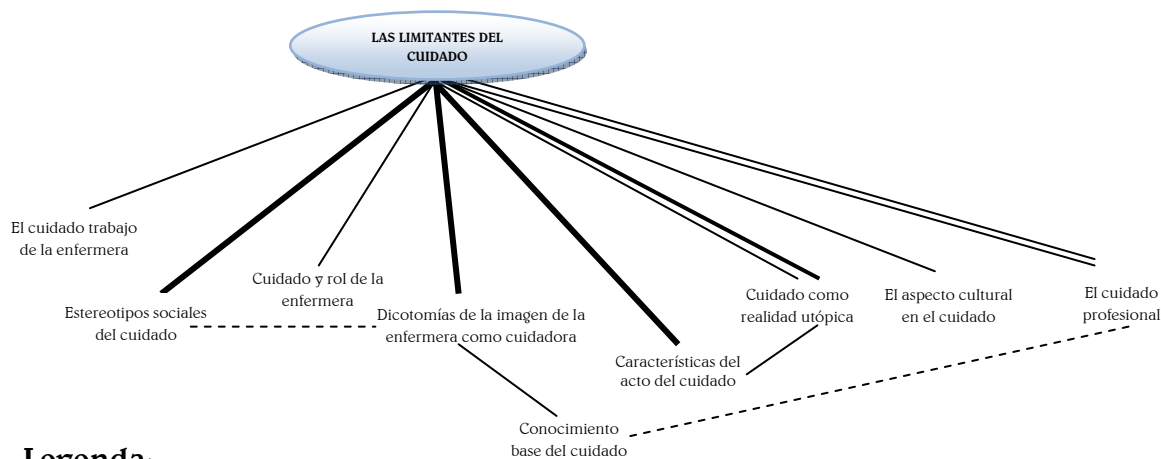
## Entrevista N° 08

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 13 elementos y 8 fragmentos consecuencia de 39 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





### Asociaciones:

- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Cuidado como realidad utópica (7) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 3 asociaciones.
- Limitantes del cuidado (3) + El aspecto cultural en el cuidado (8) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Cuidado como realidad utópica (7) = 2 asociaciones.
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = 2 asociaciones.
- Limitantes del cuidado (3) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) + Cuidado como realidad utópica (7) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Cuidado y rol de la enfermera (5) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) = 3 asociaciones.

**Figura 8:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 08 - Chiclayo 2012



### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

El esquema presenta tres niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: Limitantes del cuidado, los cuales van a influir en el quehacer enfermero creando que éste se vea incompleto, utópico.

Se logra apreciar que el elemento polo aparece unido a ocho elementos esenciales: El cuidado trabajo de la enfermera, Estereotipos sociales del cuidado, Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, Características del acto de cuidado, mediante una relación extremadamente fuerte; El cuidado como realidad utópica, mediante una relación muy fuerte; Cuidado profesional mediante una relación fuerte; y El cuidado trabajo de la enfermera, Cuidado y rol de la enfermera, El aspecto cultural en el cuidado, mediante una relación débil. A partir del elemento esencial: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora emerge un elemento agregado: conocimiento base del cuidado unido mediante una relación débil.

Por otro lado se observa una unión especial, entre el elemento polo: Limitantes del cuidado y a dos elementos esenciales el primero: Características del acto del cuidado unido mediante una relación extremadamente fuerte y el segundo: Cuidado como realidad utópica, unido mediante una relación fuerte, ambos elementos esenciales unidos a su vez mediante una relación débil. En esta parte de la entrevista la enfermera nos quiere dar a conocer que las limitantes del cuidado como: la sobrecarga, escasos recursos, rutina, etc. influye en el quehacer enfermero incitando que éste no se brinde con todas las características que posee: humano, integral, eficaz, empático, etc.; lo que conlleva a la enfermera identificar su cuidado como una realidad utópica, saben como se debería de brindar, pero en el día a día no se da. En definitiva, para la enfermera entrevistada, el cuidado se percibe con dificultades al momento de ser brindado, pues está influenciado por ciertas limitantes (sobrecarga, escasos recursos, rutina, conflicto entre enfermeras), provocando que aún se mantengan arraigados los estereotipos sociales del cuidado, es decir que perciban un cuidado orientado a lo físico, técnico y subordinado y al mismo tiempo causa

dicotomías en la imagen de la persona quien brinda el cuidado. Al mismo tiempo la enfermera, identifica que los estereotipos, imágenes del cuidado elaboradas socialmente, va a depender del grado cultural de las personas que lo reciben.

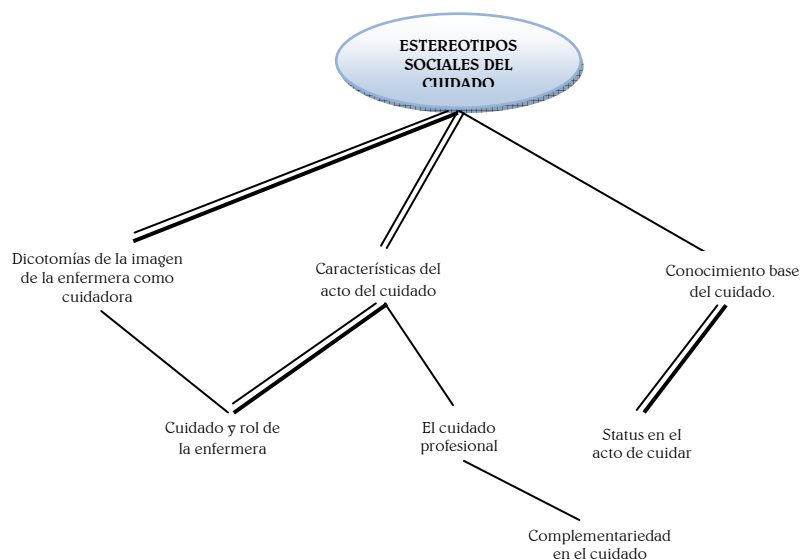
### Entrevista N° 09

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 11 elementos y 6 fragmentos consecuencia de 28 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





#### Asociaciones:

- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Características del acto del cuidado (6) = 2 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 2 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 2 asociaciones.
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) = 1 asociación.

**Figura 9:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 09 - Chiclayo 2012



#### Legenda:

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

El esquema presenta cuatro niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: Estereotipos sociales del cuidado; los cuales aún permanecen anclados, conllevando que la sociedad espere un cuidado sumiso, obediente, dependiente del médico; es por ello que se ésta en esa lucha constante de erradicarlos y que el quehacer enfermero sea visto en todo su esplendor.

Se puede apreciar que el elemento polo aparece unido a tres elementos esenciales: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, mediante una relación muy fuerte; Características del acto de cuidado unido mediante una relación fuerte y Conocimiento base del mediante una relación débil.

Se evidencia que a partir del elemento esencial: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora y Características del acto del cuidado emerge un elemento agregado: Cuidado y rol de la enfermera unido mediante una relación débil con el primer elemento esencial y con una relación muy fuerte unido con el segundo elemento esencial. En esta parte de la entrevista la enfermera nos quiere dar a conocer que los estereotipos sociales del cuidado como: sacrificado, vocacional, sumiso, ayudante, etc., provoca que la imagen de la enfermera como cuidadora sea dicotomizada, así mismo también influye en las características del acto de cuidar, todo ello genera que el cuidado y rol de la enfermera se vea distorsionado e invisibilizado.

Al mismo tiempo el elemento esencial: Características del acto del cuidado emerge un elemento agregado: El cuidado profesional unido mediante relación débil; y el Conocimiento base del cuidado emerge el elemento agregado status en el acto de cuidar unido mediante una relación muy fuerte.

Y por ultimo del elemento agregado: El cuidado profesional emerge el elemento complementario: Complementariedad en el cuidado unido mediante una relación débil.

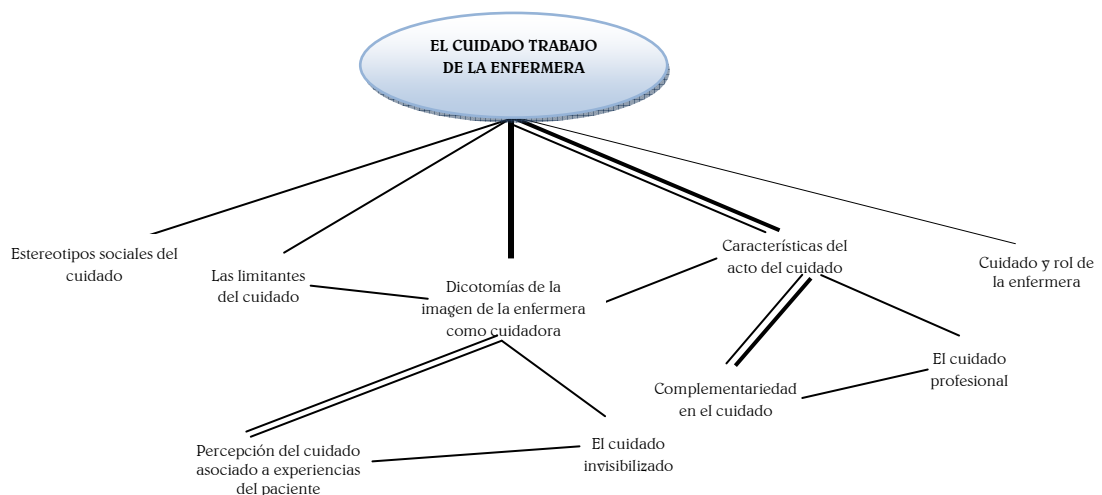
## Entrevista N° 10

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 12 elementos y 5 fragmentos consecuencia de 30 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





### Asociaciones:

- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 3 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + El cuidado invisibilizado (9) + Percepción del cuidado asociado a experiencias del paciente (15) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Cuidado y rol de la enfermera (5) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Percepción del cuidado asociado a experiencias del paciente (15) = 2 asociaciones.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) = 2 asociaciones.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) = 1 asociación.

**Figura 10:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 10 - Chiclayo 2012



### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

El esquema presenta tres niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: El cuidado trabajo de la enfermera; este es el eje central del quehacer enfermero, y es identificado como tal.

Este elemento polo aparece unido a cinco elementos esenciales: Estereotipos sociales del cuidado; Limitantes del cuidado; Dicotomías de la imagen enfermera como cuidadora, mediante una relación extra fuerte; Características del acto del cuidado unido mediante una relación muy fuerte y por último Cuidado y rol de la enfermera, mediante una relación débil.

A partir del elemento polo: El cuidado trabajo de la enfermera, se encuentra unido con una relación extra fuerte con elemento: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora y con una relación muy fuerte con el elemento: Características del acto del cuidado; ambos elementos esenciales a su vez unidos mediante una relación débil. En esta parte de la entrevista la enfermera, nos quiere dar a conocer que el cuidado es la esencia de su trabajo como profesional, pero en su cotidiano laboral se encuentra con diferentes percepciones alguna positivas otras negativas sobre la imagen que proyecta como cuidadora, pues muchas veces durante el acto de cuidado una de las características que mas realizan es la priorización en la atención a las personas dependiendo del grado de dependencia de estos. Y por ser el Cuidado un trabajo que realiza la enfermera, se va ver afectado por las limitantes que existen en el ámbito hospitalario contribuyendo muchas veces al negativismo en la imagen de la enfermera como cuidadora.

Se evidencia que a partir del elemento esencial: Dicotomías de la imagen enfermera como cuidadora emergen dos elementos agregados: Percepción del cuidado asociado a experiencias del paciente, unido mediante una relación fuerte; y El cuidado invizibilizado, unido mediante una relación débil, ambos elementos agregados a su vez unidos mediante una relación débil.

Se puede apreciar que para la enfermera, las dicotomías de la imagen de la enfermera esta relacionado con la percepción del cuidado asociado a las experiencias del paciente; es decir si la persona tuvo una experiencia buena o positiva durante su estancia hospitalaria referirá que la enfermera es buena y que lo atendió bien, todo lo contrario sucederá si tuvo una experiencia mala o negativa, pensara todo lo contrario; las dicotomías negativas de la imagen de la enfermera como cuidadora provocan que el cuidado sea invisibilizado, pues no reconocen el quehacer enfermero.

Y por último a partir del elemento esencial: Características del acto del cuidado emergen dos elementos agregados: Complementariedad en el cuidado unido mediante una relación muy fuerte; y el Cuidado Profesional unido mediante una relación débil, ambos elementos agregados unidos mediante una relación débil.

En esta parte de la entrevistas la enfermera, el cuidado además de realizarse con ciertas características que lo identifican como: la empatía, humanismo, el ser un cuidado continuo y por ultimo integral, como su propio nombre lo dice integralidad ya que busca el bienestar completo de la persona, pero esto no se va lograr solo con la intervención de la enfermera sino en conjunto con el equipo multidisciplinario además de la participación de la familia, el cual es muy importante; este actuar hace que el cuidado sea profesional y con una base científica que lo respalda.

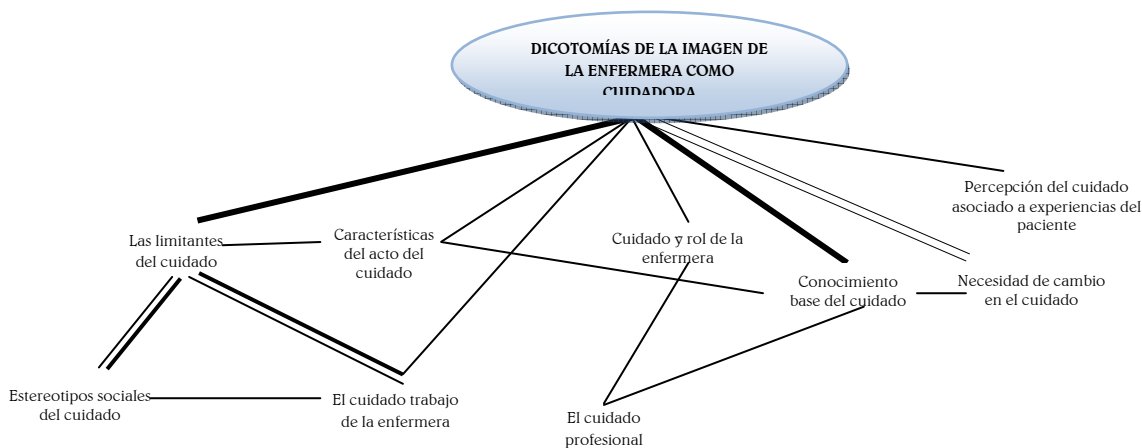
### Entrevista N° 11

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 14 elementos y 6 fragmentos consecuencia de 38 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





**Asociaciones:**

- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Percepción del cuidado asociado a experiencias del paciente (15) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 4 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) + El cuidado invisibilizado (9) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 2 asociaciones.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Conocimiento base del cuidado (12) = 3 asociaciones.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Conocimiento base del cuidado (12) + Necesidad de cambio en el cuidado (16) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Necesidad de cambio en el cuidado (16) = 2 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) = 2 asociaciones.

**Figura 11:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 11 - Chiclayo 2012



**Legenda:**

 <i>Relación Débil.</i> <i>1 Asociación.</i>	 <i>Relación Fuerte.</i> <i>2 Asociaciones.</i>	 <i>Relación Muy Fuerte.</i> <i>3 Asociaciones</i>	 <i>Relación Extra Fuerte.</i> <i>4 a mas Asociaciones</i>
---	--	---	---

El esquema presenta tres niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora; asociado muchas veces con las limitantes laborales, las experiencias de las personas y con algunos estereotipos que aún perduran, provocan que el cuidado de la enfermera no se visualice e identifique como labor propia del profesional.

Este elemento polo aparece unido a seis elementos esenciales: Limitantes del cuidado; Conocimiento base del cuidado, unidos mediante una relación extra fuerte; Necesidad de cambio en el cuidado mediante una relación fuerte; y por último Características del acto del cuidado; Cuidado y rol de la enfermera; Percepciones del cuidado asociado a experiencias del paciente, unido con una relación débil.

El elemento polo: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, se encuentra unido con una relación extra fuerte con el elemento: Limitantes del cuidado y con una relación débil con el elemento: Características del acto del cuidado; ambos elementos esenciales a su vez unido mediante una relación débil. Para la enfermera, el Cuidado, es representado a través de la imagen que proyecta como cuidadora; pero dicha imagen es dicotomizada. Por un lado califican a la enfermera como buena, que brinda una atención oportuna, pero al mismo tiempo sucede todo lo contrario; ello relacionado con las limitantes como: la sobrecarga, escases de recursos de enfermería y materiales, tiempo, indiferencia entre el equipo de salud; así como el priorizar, el cual es una de las características del acto del cuidado, que ellas, lo realizan en su cotidiano quehacer; lo descrito conlleva a que se vea un cuidado fragmentado, abocado solo a una parte de la persona.

Así mismo se puede apreciar una unión especial entre el elemento polo: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, y los elementos esenciales: Conocimiento base del Cuidado, unido mediante una relación

extra fuerte, y con una relación débil con: Cuidado y rol de la enfermera; ambos elementos esenciales unidos al elemento agregado: El cuidado profesional. En esta parte de la entrevista, las dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, esta relacionado con el rol que desempeña la enfermera, como jefa, asistencial y muchas veces confunden al personal técnico con la enfermera; es a partir de lo proyectado durante el cuidado se formaran esta imágenes dicotomizadas. Ello se puede modificar, pues identifican como un pilar importante el conocimiento, es a través de esto que se evocara un cuidado profesional.

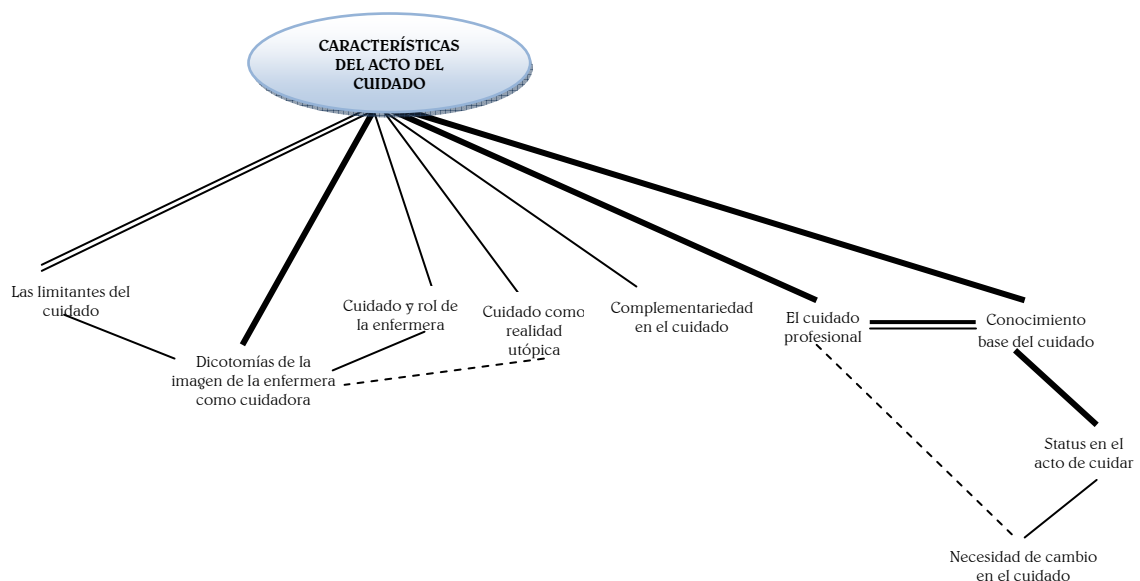
Por otro lado el mismo elemento polo: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, se encuentra unido con los elementos esenciales: Conocimiento base del Cuidado, unido mediante una relación extra fuerte, y con una relación fuerte con: Necesidad de cambio en el cuidado. Este segmento del entrevista refuerza lo mencionado anteriormente, pues la base científica es imprescindible para poder brindar el cuidado y se necesita seguir ahondando en ello, aplicarla la nuevas teorías, que permitan ofrecer un cuidado humano, integral y de calidad.

## Entrevista N° 12





El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 14 elementos y 6 fragmentos consecuencia de 39 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.

### Asociaciones:

- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + Cuidado como realidad utópica (7) + El cuidado profesional (10) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Conocimiento base del cuidado (12) = 2 asociaciones.
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 3 asociaciones.
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) = 2 asociaciones.
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 2 asociaciones.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) + Necesidad de cambio en el cuidado (16) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 2 asociaciones.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) = 2 asociaciones.
- Características del acto del cuidado (6) + Conocimiento base del cuidado (12) = 4 asociaciones



### Leyenda:

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

El esquema presenta cuatro niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: Características del acto del cuidado; él cual se encuentra unido a siete elementos esenciales: Dicotomías de la imagen de la enfermera, El cuidado profesional, Conocimiento base del cuidado, mediante una relación extra fuerte; Las limitantes del cuidado unido mediante una relación muy fuerte y por último el Cuidado y rol de la enfermera, Cuidado como realidad utópica, Complementariedad en el cuidado, unidos mediante una relación débil.

Se logra apreciar que el elemento polo: Características del acto del cuidado, se encuentra unido con una relación fuerte con el elemento esencial: Limitantes del cuidado y con una relación débil con el elemento: Cuidado y rol de la enfermera; ambos elementos esenciales unidos a un elemento esencial en común: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, el cual tiene una relación extra fuerte con el elemento polo. En esta parte de la entrevista, el cuidado tiene ciertas características (humano, integral, empático, continuo, etc.), el cual se ve influenciado con las limitantes que existen en el ámbito hospitalario (sobrecarga, escasez de recursos humano y materiales, etc.).

Así mismo se evidencia que a partir del elemento polo: Características del acto del cuidado, surge una asociación relevante con los elementos esenciales: El cuidado profesional, Conocimiento base del cuidado, mediante una relación extra fuerte; ambos elementos esenciales unidos mediante una relación muy fuerte.

A su vez el elemento esencial: conocimiento base del cuidado, se encuentra unido al elemento agregado: Status del acto de cuidar, mediante una relación extra fuerte. Y por último dicho elemento agregado se encuentra unido al elemento complementario: Necesidad de cambio en el cuidado. Es a través del conocimiento que va a permitir que el quehacer

enfermero sea reconocido, los nuevos conocimientos permiten un cambio en la visión del cuidado, y en la forma de ser brindado.

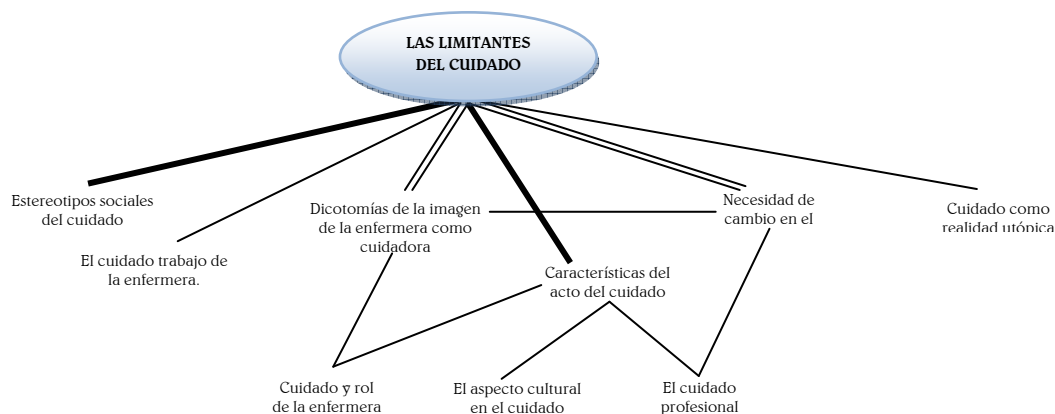
### Entrevista N° 13

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 14 elementos y 5 fragmentos consecuencia de 34 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.

#### Asociaciones:

- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = 2 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) + El aspecto cultural en el cuidado (8) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Cuidado como realidad utópica (7) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Necesidad de cambio en el cuidado (16) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Necesidad de cambio en el cuidado (16) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Necesidad de cambio en el cuidado (16) = 2 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) = 3 asociaciones.
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = 3 asociaciones.

**Figura 13:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 13 - Chiclayo 2012



#### Legenda:

—	=	=	=
<i>Relación Débil. 1 Asociación.</i>	<i>Relación Fuerte. 2 Asociaciones.</i>	<i>Relación Muy Fuerte. 3 Asociaciones</i>	<i>Relación Extra Fuerte. 4 a mas Asociaciones</i>

El esquema presenta cuatro niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: Las limitantes del cuidado, estos influyen en el quehacer enfermero originando que éste se vea incompleto, utópico.

Se logra apreciar que el elemento polo aparece unido a cinco elementos esenciales: Estereotipo sociales del cuidado, Características del acto del cuidado, mediante una relación extra fuerte; Dicotomías de la imagen de la enfermera, Necesidad de cambio en el cuidado, mediante una relación fuerte, y por ultimo el Cuidado como realidad utópica, mediante una relación débil.

A partir de los elementos esenciales: Características del acto del cuidado, mediante una relación extra fuerte a elemento polo; Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora unido mediante una relación fuerte al elemento polo, emerge un elemento agregado: Cuidado y rol de la enfermera, unido a los elementos esenciales con una relación débil.

Por otro lado se observa una unión especial, entre el elemento polo: Limitantes del cuidado y a dos elementos esenciales el primero: Características del acto del cuidado unido mediante una relación extremadamente fuerte y el segundo: Necesidad de cambio en el cuidado, unido mediante una relación fuerte, de los cuales emerge el elemento agregado El cuidado profesional, unido mediante una relación débil. En esta parte de la entrevista la enfermera nos quiere dar a conocer que las limitantes del cuidado como: la sobrecarga, escases de recursos, rutina, conflicto entre enfermeras, etc. influye en el quehacer enfermero pues muchas veces no se dá en su totalidad, es por ello la necesidad de cambio en el cuidado, desde el pensamiento, hasta la forma como brindarlo.

Por ultimo del elemento esencial: Características del acto del cuidado, surgen dos elementos complementarios: El aspecto cultural en el cuidado, y El cuidado profesional, unidos mediante una relación débil. En definitiva, para la enfermera entrevistado, el cuidado se percibe con dificultades al momento de ser brindado, pues esta influenciado por ciertas limitantes, provocando que aún se mantengan arraigadas los estereotipos sociales del cuidado, es decir que perciban un cuidado orientado a lo físico, técnico y subordinado y al mismo tiempo causa dicotomías en la imagen de la persona quien brinda el cuidado.

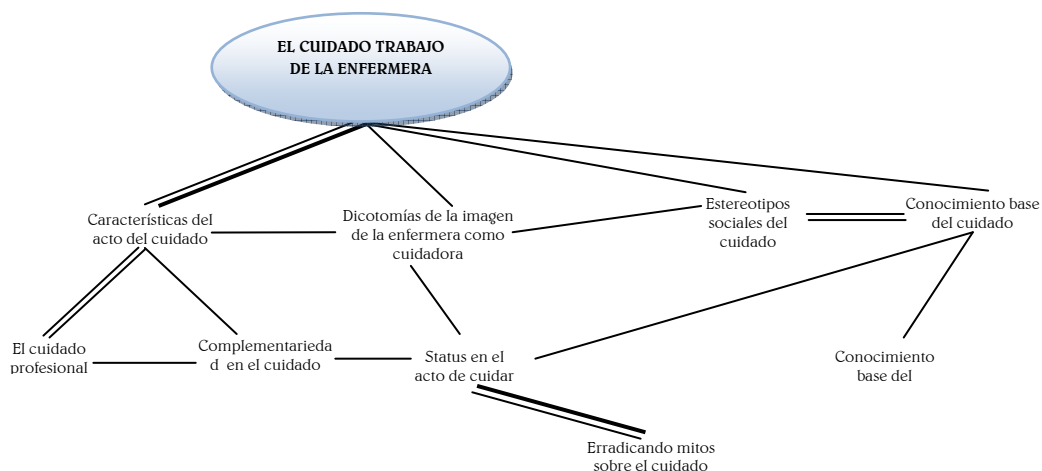
### Entrevista N° 14

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 12 elementos y 6 fragmentos consecuencia de 37 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





**Asociaciones:**

- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) + Status en el acto de cuidar (13) + Erradicando mitos sobre el cuidado (14) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 2 asociaciones.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) + Status en el acto de cuidar (13) + Erradicando mitos sobre el cuidado (14) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Conocimiento base del cuidado (12) = 2 asociaciones.
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Conocimiento base del cuidado (12) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Status en el acto de cuidar (13) + Erradicando mitos sobre el cuidado (14) = 2 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) = 2 asociaciones.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + El cuidado profesional (10) = 3 asociaciones.

**Figura 14:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 14 - Chiclayo 2012



**Legenda:**

 <i>Relación Débil.</i> <b>1 Asociación.</b>	 <i>Relación Fuerte.</i> <b>2 Asociaciones.</b>	 <i>Relación Muy Fuerte.</i> <b>3 Asociaciones</b>	 <i>Relación Extra Fuerte.</i> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---

El esquema presenta cuatro niveles jerárquicos, considerando como elemento polo: El cuidado trabajo de la enfermera; este es la esencia del quehacer enfermero, y es identificado como tal.

Este elemento polo aparece unido a cuatro elementos esenciales: Características del acto del cuidado unido mediante una relación muy fuerte; Dicotomías de la imagen enfermera como cuidadora, Estereotipos sociales del cuidado, Conocimiento base del cuidado, mediante una relación débil.

A partir del elemento polo: El cuidado trabajo de la enfermera, se encuentra unido con una relación muy fuerte con elemento: Características del acto del cuidado y con una relación débil al elemento: Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora; ambos elementos esenciales a su vez unidos mediante una relación débil. En esta parte de la entrevista la enfermera, nos quiere dar a conocer que el cuidado es la esencia de su trabajo como profesional, pero en su cotidiano laboral se encuentra con diferentes percepciones alguna positivas otras negativas sobre la imagen que proyecta como cuidadora.

Se evidencia que a partir del elemento esencial: Dicotomías de la imagen enfermera como cuidadora emergen dos elementos agregados: Percepción del cuidado asociado a experiencias del paciente, unido mediante una relación fuerte; y El cuidado invizibilizado, unido mediante una relación débil, ambos elementos agregados a su vez unidos mediante una relación débil. Se puede apreciar que para la enfermera, las dicotomías de la imagen de la enfermera esta relacionado con la percepción del cuidado asociado a las experiencias del paciente; estas dicotomías negativas de la imagen de la enfermera como cuidadora provocan que el cuidado sea invizibilizado, pues no reconocen el quehacer enfermero.

Y por ultimo a partir del elemento esencial: Características del acto del cuidado emergen dos elementos agregados: Complementariedad en el cuidado unido mediante una relación muy fuerte; y el Cuidado Profesional unido mediante una relación débil, ambos elementos agregados unidos mediante una relación débil.

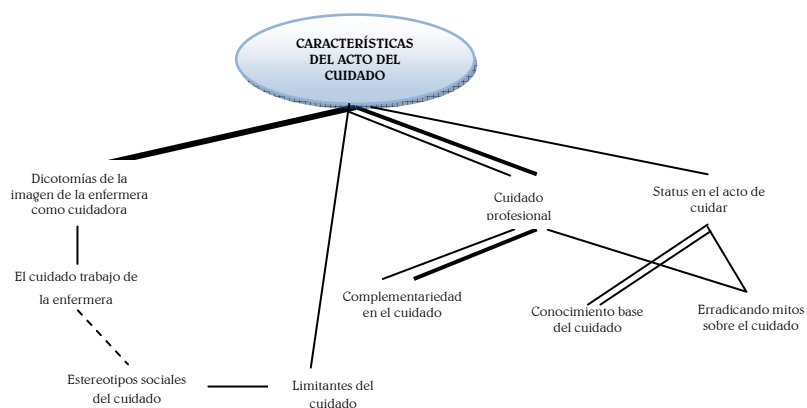
### Entrevista N° 15

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 13 elementos y 7 fragmentos consecuencia de 36 asociaciones que a continuación se presentan con sus frecuencias simples.





**Asociaciones:**

- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = 3 asociaciones.
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) = 2 asociaciones.
- Características del acto del cuidado (6) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) = 1 asociación.
- Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) + Erradicando mitos sobre el cuidado (14) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) = 1 asociación.
- Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- El cuidado profesional (10) + Erradicando mitos sobre el cuidado (14) = 1 asociación.

**Figura 15:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 15 - Chiclayo 2012



**Legenda:**

 <i>Relación Débil.</i> 1 Asociación.	 <i>Relación Fuerte.</i> 2 Asociaciones.	 <i>Relación Muy Fuerte.</i> 3 Asociaciones	 <i>Relación Extra Fuerte.</i> 4 a mas Asociaciones
--	---	--	--

El esquema nos muestra una representación con cuatro niveles jerárquicos, en el cual se rescata como elemento polo a las características del cuidado. En el discurso de esta entrevista se objetiva una asociación extremadamente fuerte entre el elemento polo y las dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora, lo que para la entrevistada fue importante considerar que la enfermera debe cumplir con ciertos requisitos para logra el propósito de su quehacer, entre ellos tener la voluntad de hacer bien las cosas, sirviendo siempre a los demás y de la mejor manera y comprometerse con su profesión, pues de esta manera se cambiara el estigma de la enfermera abnegada, ayudante del médico y a la vez eliminara opiniones negativas por parte de la sociedad con respecto a su actuar enfermero.

A la vez la entrevistada considera que esto es producto de las características negativas que manifiesta la enfermera en el campo laboral, entre ellas el egoísmo entre colegas, la falta de motivación, la rutina, que hace que reflejen una falsa imagen de su actuar, reafirmando los estereotipos que se han generado socialmente en cuanto al quehacer enfermero; el cual está unido al cuidado trabajo de la enfermera de manera indirecta. Por otro lado podemos observar que el elemento cuidado profesional está unido muy fuertemente al elemento polo y a la vez a la complementariedad en el cuidado; de manera más débil se encuentra unido también al status en el acto de cuidar y éste a la vez con la erradicación de mitos, sin dejar de lado la unión fuerte entre el status en el acto de cuidar y el conocimiento como base del cuidado.

Finalmente para la enfermera entrevistada el cuidado está representado por la atención que se brinda al paciente y por las relaciones que se establezcan en la interacción con los demás, es decir que la manera en que se desempeñe laboralmente es lo que dará a conocer como profesional. Es por ello que se insiste en poner en práctica actitudes positivas que den prestigio a la profesión y que logren revertir los estereotipos que

acompañan el actuar de la enfermera; pues es la única manera de posicionarse frente a otros profesionales de la salud.

## CAPITULO V

### **Representación Social Del Cuidado Desde La Perspectiva Del Enfermero**

Es primordial aclarar que el presente capítulo no contiene conceptos o definiciones sobre el cuidado desde la perspectiva del enfermero, pues no se considera delimitada o puntualizada, sino que está en constante dinamismo; y es en ese interactuar cotidiano de las enfermeras con su entorno donde las representaciones sociales se van construyendo, deconstruyendo y reconstruyendo. Por ello las representaciones sociales son muchas veces consideradas como una "Utopía", por que nunca se llega al límite, pues cuando creemos que nos aproximamos, más lejos estamos, tal como lo refiere Oliveira.<sup>17</sup>

Enfermería ha existido y existe desde tiempos inmemorables, porque representa un servicio imprescindible para la sociedad,<sup>4</sup> razón por la que historiadores y sociólogos han descrito a lo largo de los tiempos, cómo la imagen y la función del personal de enfermería han sido objeto de diversas transformaciones. Enfermería como otras profesiones, es un concepto social y como toda actividad social se desarrolla en un contexto histórico en permanente cambio y conflicto aún cuando la práctica de los cuidados de enfermería se basa en conocimientos antiguos empíricos, cuyos valores son determinados por ciertas ideologías dogmáticas, influidas por la moral tradicional y modelos basados en la abnegación y el sacrificio.<sup>5</sup>

Para pretender elaborar una representación de un objeto social, como en este caso el cuidado desde la perspectiva del enfermero; es preciso visualizar dos hechos principales de este campo de estudios: el primero, es que las representaciones constituyen formas de conocimiento práctico orientadas a la comprensión del mundo y a la comunicación; el segundo

hecho es que, ellas emergen como construcciones sociales respecto a objetos socialmente valorizados.

De esta manera se analizó y discutió las categorías que emergieron, producto de los resultados del tratamiento de los datos recolectados a través de las entrevistas semiestructuradas, apoyadas con los datos cualitativos de los gráficos presentados anteriormente. A continuación se presenta un cuadro de categorización de las categorías que emergieron de las declaraciones en las entrevista semiestructuradas a profundidad aplicada a las enfermeras: El Acto de Cuidar, Imágenes del Cuidado, Actividad propia de la Enfermera.

Elementos significativos	Frecuencia Simple Total	Frecuencia Asociada Total
<p><b>1ra. Categoría: El Acto de Cuidar: Conocimiento y Complementariedad.</b>            Características del acto del cuidado(6); El cuidado profesional(10); Complementariedad en el cuidado (11); Conocimiento base del cuidado (12)</p>	187	273
<p><b>2da. Categoría: Imágenes del Cuidado: estereotipos y estatus.</b>            Estereotipos sociales del cuidado (1); Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4); Status en el acto de cuidar (13)</p>	135	165
<p><b>3ra. Categoría: Actividad propia de enfermería: Rol de la enfermera y limitantes del Cuidado.</b>            El cuidado trabajo de la enfermera (2); Limitantes del cuidado (3); Cuidado y rol de la enfermera (5)</p>	112	140

**CATEGORÍA N° 1: EL ACTO DE CUIDAR: CONOCIMIENTO Y  
COMPLEMENTARIEDAD**

Elementos significativos	Frecuencia Simple Total	Frecuencia Asociada Total
<b>1ra. Categoría: Conocimiento y Complementariedad</b> Características del acto del cuidado(6) El cuidado profesional(10) Complementariedad en el cuidado (11); Conocimiento base del cuidado (12)	<b>187</b>	<b>273</b>

Esta categoría surge de la unión de 4 elementos importantes: Características del acto del cuidado, El cuidado profesional, Complementariedad en el cuidado, Conocimiento base del cuidado; los cuales obtuvieron una frecuencia simple de 187 veces y una frecuencia asociada de 273 veces, referidas por las enfermeras entrevistadas.

Se enfoca el cuidado como un acto dirigido a las personas, con una relación y un proceso que va mas allá de la enfermedad; lo cual incluye comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que realiza la enfermera involucrando conocimientos y ciertas características que permitan una mejor calidad de vida y bienestar. El acto de cuidar ha variado de acuerdo a los diferentes contextos históricos, es decir en un primer momento dicho acto solo se centraba en la forma en la que va ser ejecutado y no en el cuidado de la persona; con la introducción de los principios científicos, que eran guías norteadoras de todas las acciones de enfermería continua con el énfasis en los aspectos biológicos, pero con una

preocupación en incluir aspectos psicosociales. Lo importante es que el acto de cuidado tiene ahora un respaldo científico – conocimiento.<sup>1,6</sup>

Bajo la visión de la representación social se observa que la construcción del cuidado según las enfermeras, acontece con el conocimiento adquirido a través de la investigación y la actualización continua, aspecto que queda reconfirmado con la técnica de asociación libre de palabras, donde las enfermeras evocaron el conocimiento en un 33% asociado a la palabra “cuidado de la enfermera”.

El conocimiento no se refiere sólo al aspecto académico, sino también a la relación de este con la experiencia y del interés por mantenerse actualizado. Aunque las escuelas provean el conocimiento, la enfermera debe buscar complementar sus conocimientos actualizando. La práctica es la gran escuela; la reflexión que debe hacerse antes, durante y después da cada acción de cuidar demuestra este compromiso con el cuidado.<sup>8</sup> Como se evidencia en el siguiente discurso:

*“El cuidado de la enfermera es un cuidado integral, de conocimientos y de muchas habilidades las cuales se van fortaleciendo a mayor experiencia”. E1*

*“Yo creo que hoy el profesional de enfermería está debidamente preparado porque tiene formación académica, universitaria, científica y de investigación”. E9*

*“(…) Es un cuidado con conocimientos, la enfermera que trabaja en este servicio tiene que tener conocimientos sino no pude hacer nada”. E14*

Esto es reafirmado por Mayeroff,<sup>11</sup> quien refiere que para cuidar las enfermeras necesitan disponer de un bagaje de conocimientos que permitan desarrollar la labor, permitiendo que la práctica enfermera se caracterice por una mirada integral hacia el ser humano; es decir que además de contemplar el componente biológico del individuo también se enfoque en los aspectos psicosociales-culturales y humanísticos. Por lo tanto, la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y

realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona".<sup>29</sup>

La enfermería precisa de personas comprometidas con su profesión, teniendo en cuenta que en nuestra sociedad, cada vez más compleja y rápidamente cambiante, existe una necesidad de que cada uno de los grupos que forman parte de ella trabajen por el bien común; con el objetivo de satisfacer esa necesidad, se requiere también de un tipo especial de liderazgo que solo se podrá lograr a través del conocimiento, ya que va permitir que los enfermeros conozcan en cada momento las razones de sus actos.<sup>30</sup>

El cuidado, en cuanto sistema complejo, va más allá de la simple interacción e integración de los saberes, apunta a la superación de las fronteras disciplinarias y, a la vez, refleja y amplía las discusiones acerca de las múltiples dimensiones que atañen al ser humano<sup>29, 30</sup>. Pues comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue<sup>11</sup>. Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición y la evaluación de la calidad de las intervenciones<sup>30</sup>. Como se evidencia en el siguiente discurso:

*"El cuidado de la enfermera es un cuidado integral, de conocimientos y de muchas habilidades las cuales se van fortaleciendo a mayor experiencia. El cuidado es humanizado por ejemplo muchas veces tenemos que ser flexibles en el horario de las visitas ya que el paciente necesita de la presencia de su familiar para darle el apoyo emocional; entonces es un cuidado integral". El*

El concepto de integralidad engloba diferentes dimensiones del ser humano y no la enfermedad como centro de la atención, pues corresponde a

una visión más amplia de las necesidades de las personas al nivel de relación entre estos y los profesionales, y la propuesta de acciones horizontalizadas y abiertas. En esta misma perspectiva, "la mirada del profesional debe ser totalizante con la aprehensión del sujeto biopsicosocial". Esto para que se pueda asumir la integralidad como "una acción social resultante de la permanente interacción.

Ante ello debemos comprender el cuidado como sistema vital y dinámico, lo que implica la construcción de redes no lineales y de esta forma cambiar el sistema de cuidados; de una visión sectorial y fragmentada en salud a una visión pandimensional del cuidado. Por lo tanto, la integralidad, así como la interdisciplinaridad, son herramientas que rompen con la práctica tradicional del cuidado en salud.<sup>51</sup>

Por otro lado también es necesario que la enfermera trabaje en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales de salud; el trabajo en equipo es fundamental en el cuidado, pues tanto en el individuo, o en el colectivo, se concentran numerosas acciones sanitarias que requieren interpretación, coordinación y articulación para que las intervenciones sean efectivas.

En este sentido, el sistema de cuidados es un colectivo constituido por la totalidad de las prácticas, de las actitudes y del conocimiento de los diferentes profesionales que dan sustentación a la dinámica del cuidado. La organización del sistema de cuidados debe, por lo tanto, basarse en la acción y en el saber compartido de los profesionales y en el trabajo en equipo, que se exprese en la complicidad de la red entre personas y profesionales y que apunte a prácticas interdisciplinarias con la intención de alcanzar la integralidad del ser humano.

Al mismo tiempo es importante establecer una relación de colaboración y confianza entre enfermera, persona cuidada y familia, ya que ésta es otra variable muy importante, su presencia junto a la persona y su cariño son

fundamentales y el equipo debe estar atento, explicando, informando, otorgando apoyo, pues de gran ayuda para el crecimiento del ser cuidado. Si la familia con comprende bien la situación, si los miembros del equipo son indiferentes a sus sentimientos y necesidades, la familia en lugar de ayudar, puede dificultar el proceso de cuidar.<sup>1</sup>

Por lo tanto la complementariedad es un ente básico en el cuidado, pues la enfermera, el equipo de salud con sus conocimientos y experiencia; la persona y con la familia con sus vivencias, expectativas se convierten en protagonistas activos, logrando que el saber de la enfermera y el saber de la personas se vinculen en pro de soluciones conjuntas. Como se puede demostrar en el siguiente párrafo:

*“El cuidado no es unilateral, es un cuidado de equipo, por ejemplo si hay que coordinar para mejorar el nivel nutricional del paciente entonces inmediatamente coordinamos con la nutricionista o si vemos que tiene problemas económicos que ese es el común denominador de los pacientes de este hospital de inmediato nos comunicamos con servicio social”. E1*

*“(...) estamos pendientes de todas las dimensiones del ser humano inclusive pendiente de la mamá o del familiar tratando de apoyarle o dándole apoyo psicológico porque son momentos que atraviesan, antes nos encerrábamos; pero ahora integramos a la familia en el cuidado”. E14*

Finalmente se considera el cuidado de la enfermera como una acción dinámica y reflexiva que implica siempre una análisis crítico de aquello que se hace, pues constituye un proceso orientado hacia el bienestar de la persona, es decir el cuidado profesional no solo es la aplicación de conocimientos; sino es sentir el calor humano de las personas, comprender al prójimo, brindarle cariño y afecto. El cuidar, es un acto con conocimientos, dedicación, respeto, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje.<sup>8</sup>

A la vez se reafirma que sólo a través del fortalecimiento del conocimiento la profesión de enfermería logrará posicionarse en la sociedad, pero para ello deberá asumir la responsabilidad de actualizarse

continuamente, ya que la sociedad globalizada experimenta cambios que la enfermera deberá solucionar, en pro del compromiso social asumido.

### **CATEGORÍA N° 2: IMÁGENES DEL CUIDADO: ESTEREOTIPOS Y STATUS**

<b>Elementos significativos</b>	<b>Frecuencia Simple Total</b>	<b>Frecuencia Asociada Total</b>
<b>2da. Categoría: Imágenes del Cuidado: estereotipos y status</b>	<b>135</b>	<b>165</b>
Estereotipos sociales del cuidado (1); Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4); Status en el acto de cuidar (13)	40 + 57 + 38	42 + 84 + 39

Los estudios y discusiones sobre el Cuidado se han expandido gradualmente, pues a pesar del reconocimiento que gana y el creciente interés por el cuidado, se identifican interpretaciones vagas, difusas y ambiguas que revelan las diferentes percepciones de cuidado por parte de los profesionales de enfermería. Por ello se puede afirmar que la manera como el profesional ve el cuidado, influye en su modo de pensar, de actuar, y en cómo se relaciona con su entorno. Sin embargo, no debemos dejar de lado lo que Jodelet destaca, afirmando que, las representaciones sociales deben ser analizadas en relación con los procesos de la dinámica social y de la dinámica psíquica. Entonces, según lo que propone la autora, en la construcción de una representación social debe considerarse tanto el aspecto cognitivo y psíquico, como el aspecto social del grupo al cual pertenece el individuo, ya que la interacción entre ambos afectan el origen, estructura y evolución de las representaciones.<sup>15</sup>

Desde este punto de vista, es que se analizará los estereotipos, estigmas y mitos elaborados en nuestra sociedad entorno al cuidado y que de una u otra forma han sido ancladas y compartidas por ellas mismas, convirtiéndose en elaboraciones que han marcado hitos en el hacer de la enfermera, y que han determinado su posicionamiento y reconocimiento dentro de la sociedad.

La construcción del cuidado de la enfermera se genera a partir del pasado histórico, el reconocimiento social y la práctica enfermera. Es importante rescatar que no es lo mismo estereotipo que representación social, tal como lo afirma Araya <sup>15</sup> quien dice que “Los Estereotipos son categorías de atributos específicos a un grupo, que se caracterizan por su rigidez. En este sentido son más dinámicas las representaciones sociales pues éstas se modifican constantemente en la interacción diaria de las personas. Asimismo las representaciones sociales se diferencian de los estereotipos por su función: los estereotipos son el primer paso del origen de una representación...”. Es decir un estereotipo es una Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. Es una imagen mental muy simplificada y con pocos detalles acerca de un grupo de gente que comparte ciertas cualidades características y habilidades. El término se usa a menudo en un sentido negativo, considerándose que los estereotipos son creencias ilógicas que sólo se pueden cambiar mediante la educación. Es una representación repetida frecuentemente que convierte algo complejo en algo simple.<sup>15</sup>

La categoría denominada Estereotipos del Cuidado, ha sido analizada a partir de la unión de 3 elementos importantes: Estereotipos sociales del cuidado, los cuales generan dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora e influye en el status del acto de cuidar. Estos elementos obtuvieron una frecuencia simple de 135 veces y una frecuencia asociada de 165 veces, referidas por las enfermeras entrevistadas.

Los profesionales de enfermería, inician la construcción del cuidado en relación a su desarrollo y valor social; así tenemos que existe un desconocimiento sobre la profesión y una invisibilidad en cuanto a su esencia por parte de la sociedad, pues no tienen bien definidas las funciones propias de enfermería, a la vez se le atribuyen valorizaciones sociales como la caridad, altruismo, abnegación, vocación y sumisión frente a otros profesionales, disminuyendo la autonomía de sus decisiones.

Por ello decimos que el quehacer enfermero obedece a estereotipos que han condicionado su actividad propia; el cuidado es visto como una actividad sacrificada, vocacional, dedicada y ejercida solo por mujeres denominadas como "Esposa" del médico en su función de ayudante, "madre" de los pacientes en su curación y cuidado y "servidora doméstica" de las instituciones de salud<sup>5</sup> esto se ve reflejado en el siguiente discurso:

*"Las personas reconocen el trabajo de la enfermera como un trabajo muy dedicado, sacrificado y muy sobrecargado, generalmente lo ven como un trabajo con alto sentido vocacional. Hay un mito que nos tiene encadenadas, el mito de la vocación que la sociedad lo une a un servilismo todavía la sociedad cree que la enfermera debe hacer su trabajo hasta en forma gratuita". El*

En este fragmento se puede apreciar que el cuidado desde el punto de vista social es caracterizado como una labor sacrificada, dedicada con alto sentido vocacional. Estas percepciones, se han mantenido permanentes a lo largo del tiempo en la población, objetivando su cuidado profesional como una práctica que precisa de vocación, cualificándola como núcleo central a través del cual ellas prestan ayuda a los demás.

Cuando se habla de vocación se entiende que la enfermera "debe ser estrictamente moderada y honesta, mujer religiosa y devota, respetar su propia vocación, ser minuciosa, fiel y rápida observadora; de buenos y delicados sentimientos". Tiene mucho que ver con los valores humanos, con la solidaridad. Nosotros tenemos nuestro proyecto de ayudar a vivir, a nacer, a morir, a dar salud, a evitar la enfermedad, calmar el dolor; todo eso que forma parte de nuestra profesión tiene muchos elementos no cuantificables,

no tiene compensación en el dinero, en el reconocimiento social, es otra cosa y tal vez eso sea vocación.

Si tenemos en cuenta las motivaciones de los nuevos profesionales, encontraremos que muchos han elegido esta profesión como primera opción; desde unos planteamientos humanitarios pensados en llevarla a cabo con sacrificio, más no de ser testigos del dolor y de muerte. Lo que ocurre es que por vocación no hemos de entender únicamente la llamada irresistible, que algunos oirán, sino la sensibilidad suficiente para dejarse impactar por el sufrimiento concreto, por el dolor único e irrepetible del que está a nuestro cargo, y sentirse responsable de él. Los valores de la profesión, han evolucionado en el curso de los años, y han pasado de una simple vocación a una ciencia de enfermería y a una profesión con futuro.

Las personas ignoran cada uno de los roles del personal de enfermería, dejando en evidencia que los antiguos pero bien sabidos atributos míticos – religiosos permanecen fuertemente arraigados en las personas y que la percepción hacia enfermería gira en torno a ellos, sin que se desliguen de la práctica, de esta forma queda recluida a las órdenes médicas, negándole prestigio y protagonismo social, ello se reafirma en los siguientes párrafos:

*“Un mito es que la enfermera es la ayudante del médico, su secretaria; hasta el mismo médico todavía no valora, él piensa que uno es su ayudante, pero ahí está la enfermera que debemos ubicarnos y valorarnos porque no somos secretarias ni ayudantes, somos tan profesionales como lo es el médico”.E4*

*“(...) aún se escucha mucho decir que somos el brazo derecho del médico, incluso hay médicos que son muy prepotentes llegan y quieren que la enfermera le tenga todo listo a la hora de hacer la visita, no tienen respeto”. E13*

Por otro lado la labor de enfermería construye su significado a partir de experiencias propias de los pacientes, pues su actuar está condicionada a la subordinación haciéndola invisible y sin ninguna influencia social, proyectando imágenes de cuidado y no cuidado configurándola como “buena o mala enfermera” o “competente o incompetente profesional”. En la práctica hospitalaria, no se ha logrado la autonomía del profesional de

enfermería porque sus actuaciones y decisiones quedan entre la autoridad de una administración superior y la autoridad del médico que posee máxima autonomía en relación a los demás profesionales del campo de la salud.<sup>5</sup>

El significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos, entonces, la relación enfermera - paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizado, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye creencias y valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería.

Estas concepciones sobre el significado del cuidado de la enfermera se construyen a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto.<sup>11</sup>

Desde este punto de vista se puede afirmar que si las enfermeras representan el trato al paciente como discurso y práctica que construye su cuidado, y su cuidado se construye a partir del discurso y la práctica que los sujetos sociales van asumiendo, entonces se puede afirmar que el cuidado enfermero se refleja en el trato a las personas y que es a través de ella que la sociedad le establece un lugar, un reconocimiento, que luego las obliga a asumir. Entonces se puede decir que el cuidado son actitudes que el profesional de enfermería está obligado a asumir, teniendo en cuenta siempre que éstas son representaciones que están siendo construidas a través de la interacción establecida con los demás, lo que permitirá identificarnos o no como enfermeras; estas actitudes se refiere a la postura que la toma la enfermera frente a la persona que necesita de su cuidado, en la que se

observan acciones positivas o negativas. Esto es demostrado en el siguiente párrafo:

*“La opinión de las personas acerca del cuidado va depender de las situaciones que hayan tenido en el contacto con la enfermera por ejemplo si tuvo una atención desagradable en ese momento entonces van a generalizar, las enfermeras son malas, no saben cuidar pero si tuvo una buena percepción o un acercamiento se queda grabado y dirán las enfermeras cuidan muy bien, les gusta atender bien, entonces como que se queda grabada esa situación”. E2*

Es importante reiterar que estas opiniones por parte de la sociedad acerca del cuidado enfermero están íntimamente ligadas a hechos que responden a eventos históricos sociales, como el surgimiento de la enfermería vinculada a la medicina, condicionando el posicionamiento del cuidado de enfermería en la sociedad.

A esta situación se asocia el estatus y condición social que el cuidado de enfermería ha tenido y tiene una implicancia de menor prestigio profesional; esta relación surge por la posición social de la mujer y los roles atribuido a la misma. Cada persona cumple un rol en la sociedad lo que le asigna cierta posición más prestigiosa o no con respecto a los demás de acuerdo a cada cultura, y que puede variar con el tiempo. Esa posición o lugar que se ocupa en la sociedad dada por el nivel patrimonial, la ocupación laboral, el nivel cultural, entre otros es lo que se denomina status. El status siempre existe en relación con otros, o sea, dentro de la estructura social y sus enmarañadas relaciones jerárquicas; este se relaciona estrechamente con el desempeño laboral del profesional, puesto que cada uno de los status es correspondiente a sus roles.<sup>32</sup>

El término *status* tiene diferentes significados, pero desde el punto de vista sociológico este depende siempre de lo que la sociedad espera, ya sea del individuo o de las profesiones que como grupos sociales, ocupan también sus posiciones, es decir, tiene su *status* sobre la base del cumplimiento de sus funciones. Se aprecia muchas veces que las personas se han dejado influir por los conceptos tradicionales sobre el cuidado enfermero y han concedido mayor puntuación a la medicina, porque esperan de ella el mantenimiento

de la salud y la cura de las enfermedades, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

La profesión de enfermería exige un cuerpo de conocimientos como requisito indispensable para obtener status profesional; cuando analizan enfermería la ubican como semi-profesión, debido a su escasa elaboración conceptual y por la indefinición de su objeto de estudio. Situación que la torna en una actividad empírica, instrumental y operativa, que tiene dificultades para demarcar su territorio profesional, es decir no puede demostrar exclusividad en su quehacer; <sup>8</sup> por lo que el conocimiento debe ser eje de interés de las enfermeras aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con la que se forma la capacidad de los profesionales; solo de esta manera se podrá obtener el reconocimiento, lo que sin duda servirá de guía para la excelencia; esto es demostrado en el siguiente discurso:

*“Por parte de las mismas enfermeras tienen que seguir especializándose para tener mayor amplitud, mejorando el trabajo, porque si uno tiene mejores horizontes vas a dar una atención de calidad, integral y el beneficiado será el sector de la población”. E4*

*“Me gustaría mucho que las colegas cambiaran su forma de trabajar, y que ustedes como jóvenes vengan con otra mentalidad, que el internado no las cambie, que apliquen lo que les han enseñado en la universidad, para que apliquen el cuidado como debe ser, que sean líderes para así poder transformar el mundo, transformar el servicio y elevar el status de enfermería”. E11*

Al aceptar la necesidad de que el ejercicio de la profesión se base en su propio conjunto de conocimientos, se reconoce la importancia de las bases conceptuales que sirven de fundamento a la experiencia profesional y ello hace meditar sobre el valor de la investigación y su extensión a estos profesionales.

El poseer conocimientos permite ser aplicado a la resolución de los problemas de la persona, desarrollar el proceso de cuidar, y califica al profesional como apto para entender ciertas actitudes y comportamientos de las personas a la vez le da autonomía al profesional para orientar sus

funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigativas, propiciando un cuidado realmente significativo.

### CATEGORÍA N° 3: ACTIVIDAD PROPIA DE ENFERMERÍA: ROL DE LA ENFERMERA Y LIMITANTES DEL CUIDADO

Elementos significativos	Frecuencia Simple Total	Frecuencia Asociada Total
<b>3era. Categoría: Rol de la enfermera y limitantes del Cuidado</b>  El cuidado trabajo de la enfermera (2); Limitantes del cuidado (3); Cuidado y rol de la enfermera (5)	<b>112</b>  37 + 43 + 32	<b>140</b>  46 + 73 + 21

La siguiente categoría surge de la unión de 3 elementos importantes: El cuidado trabajo de la enfermera, Limitantes del cuidado, Cuidado y rol de la enfermera; los cuales obtuvieron una frecuencia simple de 112 veces y una frecuencia asociada de 140 veces, referidas por las enfermeras entrevistadas.

El cuidado como actividad propia de enfermería; es decir siendo éste la esencia de la profesión debería estar constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y

autocuración,<sup>32</sup> un trabajo que supone la organización de actividades con metas concretas y que requiere una preparación especializada, se trata de un proceso continuo de la prestación de cuidados, con el objetivo de la recuperación de la salud de la persona.<sup>4</sup> Sin embargo las instituciones hospitalarias impregnadas aún del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. Lo mencionado es corroborado en el siguiente discurso:

*“No se da un cuidado integral como debería de ser, por la cantidad de paciente se dice que a nivel de MINSA debe ser de 8 a 10 pacientes por enfermera y nosotras atendemos de 23 a 25 pacientes por enfermera, en el departamento de medicina donde laboro tenemos personas de grado III de dependencia, en un 40 a 50%”. E8*

*“Por mi parte al menos trato de interesarme por el persona, su familia, como esta, que es lo que siente; pienso que la atención biológica o física se debe al tiempo y la cantidad de pacientes que tenemos, hasta yo misma a veces que con tanto trabajo, no tengo tiempo ni de preguntar cómo se siente, que problemas tiene, a veces vemos a familia llorando y no nos acercamos ni a preguntarle que es lo que siente”. E11*

Dichas instituciones 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 influenciado por las múltiples tareas delegadas (administración del personal, de recursos materiales; alimentación de sistemas de información y tareas que no realiza otro profesional) lo que se resume en sobrecarga laboral, sumándose a ésta, ciertas limitantes como: escasos recursos de enfermería, desmotivación, indiferencia entre el equipo de salud, tiempo, conflicto entre enfermeras, quedando relegadas acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson “cuidado transpersonal”, dichas acciones valorizadas por las personas, todo ello diluye el perfil de su rol y la dispersa en un sinnúmero de tareas que la apartan del objetivo mismo de la enfermería, evidenciándose en el siguiente discurso:

*“Tenemos que priorizar nuestra atención porque casi siempre estamos muy sobrecargadas (...) todos quieren atención inmediata pero el número de recursos es muy escaso, insuficiente”. E1*

*“La falta de recurso profesional nos hace imposible brindar una atención como debe de ser, humana e integral”. E4*

*“(...) pienso que la atención biológica o física que damos es mas por el tiempo y por la cantidad de pacientes que tenemos, muchas veces olvidamos la parte integral, humana y pienso que eso también es un motivo para caer en la rutina”. E1*

Las condiciones de trabajo de las enfermeras son agotadoras, ya sea por sobrecargas de tareas, jornadas prolongadas a veces de doce horas, turnos rotatorios, frecuencias cambios entre aéreas de diferentes especialidad, escasas horas de descanso y carencia de lugares apropiado para tal fin, dentro del espacio de trabajo; carga psicológica por el manejo de situaciones estresantes, dada la exigencia de mayor atención y concentración mental en el desempeño de actividades; pocas posibilidades de ascenso.<sup>4</sup> Es decir, la sobrecarga laboral, está dada por la asignación de diversas tareas que responde en su mayoría a políticas económicas de la institución y no a las necesidades de los pacientes que demandan los servicios, contribuyendo al desgaste laboral de la enfermera afectando la calidad del cuidado y sometiendo a riesgos permanentes a las personas<sup>32</sup>; lo cual es afirmado en el discurso siguiente:

*“Todo el equipo de salud generalmente reconoce que una sola enfermera es la que trabaja para un número de pacientes elevados, que no guarda relación con el protocolo de asignación de dotación de recursos que debe guardar.” E12*

*“En el ministerio de salud casi siempre hay escasez de recursos profesionales de enfermería, acá es una enfermera para todo el pabellón es 17 a 18 camas quirúrgicas, es muy recargado. No hay una jefa de servicio, la enfermera asistencial hace duplicidad de funciones y eso sobrecarga laboralmente”. E1*

Algunas de estas funciones no le competen a la enfermera (o), pero han sido asignadas por las instituciones. Sin embargo hay funciones propias de la enfermera que no debería ser delegables, especialmente en la asistencia, ya que la enfermera (o) posee los conocimientos que la acreditan para realizarlos con raciocino y criterio,<sup>32</sup> afirmándose en el siguiente discurso:

*"Todos vienen y preguntan a la enfermera entonces la enfermera tiene que hacer la labor del médico o de la nutricionista, cuando el paciente se va de alta no les explican lo que es una dieta blanda, etc. creen que la enfermera es el robot del servicio". E1*

*"(...) muchas veces por falta de recurso humano tenemos que priorizar, delegando funciones pero no funciones importantes, sino las menos importantes, las que no afrontan un nivel de riesgo". E8*

Son diversas las actividades que desarrolla la enfermera, el rol que cumplen dentro de las instituciones hospitalarias esta socialmente estructurado, adquiriendo las profesionales una conducta institucionalizada. La explicación de la conducta institucionalizada, estaría según Pearsons, a que la personalidad se desarrolla dentro de un sistema social y va actuar espontáneamente como pre-requisito funcional de los sistemas sociales de la que son parte, los individuos. Los individuos pasan a ser actores de estos subsistemas sociales cumpliendo un conjunto de roles y cada uno de sus roles está socialmente aceptado. Estos roles se van modelando y alienando en la interacción con otros individuos, en la cual las acciones que los actores realizan dentro de un sistema social es un modo de cumplimiento de sus propias disposiciones de necesidades y a la vez una condición para "hacer óptimas" las reacciones de los otros actores, de esta forma se puede decir que el criterio esta institucionalizado.<sup>11</sup>

Es así que siempre existen dobles expectativas en las conductas de los actores en las instituciones, las que se refieren a sus propias expectativas de rol y las expectativas de los otros, denominadas positivas o negativas, es decir gratificaciones o privaciones. La personalidad humana es sensitiva frente a las actitudes de los otros, por lo cual su conducta va a ser premiada si esta conforme con el sistema o castigada si se desvía del sistema. Lo mencionado se pone en evidencia en el siguiente discurso:

*"Recuerdo que cuando llegue acá a este hospital hace treinta años la enfermera era la secretaria del médico, tenía que hacerle las recetas, decía esto no me corresponde, no lo voy hacer, yo trataba de no hacerlo pero tenía que adaptarme. Si los demás lo hacían; a una la miraban mal, quedas como la pleitista, que no le gusta trabajar. Muchas veces me he peleado con muchos*

*médicos autoritarios, pero era por imponer enfermería. Ahora de poquito a poquito nos hemos ido desprendiendo, hemos ido mejorando". E11*

En las instituciones de salud se espera que la función de otorgar cuidados sea a través de un trabajo vivo y que sean un núcleo de cuidado; sin embargo, el acto de cuidar es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan acciones de cuidado centrados en la persona, sino centrados en los procedimientos o en la técnica, lo que actualmente ha provocado la crisis de estas instituciones, además se agrega el hecho de que la hegemonía del modelo de acción clínica del médico empobrece y hasta anula las acciones cuidadoras del resto del equipo de salud.

En un estudio realizado por Wolf <sup>11</sup>, comparó la práctica enfermera a la práctica médica; donde el médico demuestra cierta forma de cuidado creando una intervención que marca cierta diferencia en la vida de las personas, es decir añadiendo posibilidades que vienen del exterior. Estas se expresan bajo la forma de intervenciones quirúrgicas, tratamientos o regímenes medicamentosos; en cambio la enfermera por su parte crea una intervención que marca una diferencia en la vida de las personas demostrando el cuidado; es decir permite a las personas hacer reales las posibilidades que provienen del interior y dar sentido a sus experiencias de salud y vida, considerándose este menos visible en la contribución a la mejora de la salud de una persona, ya que es una intervención centrada en los recursos interiores, a diferencia de una intervención que utiliza recursos exteriores.

La visión biomédica de la atención en salud en la cual se realizan los cuidados de enfermería, es lo que ha llevado a las enfermeras a una sobrecarga de trabajo de tipo biomédico y a labores en forma mecanizada, determinando que su trabajo se torne "invisible" en los campos clínicos. El no reconocimiento a su labor, esta llevando a la insatisfacción profesional de las

enfermeras/os, en que observan la desvalorización de su trabajo en los campos clínicos y el alejamiento de la humanización de los cuidados.

Por otro lado Baéz,<sup>12</sup> refiere que la práctica de enfermería, se ha identificado como un hacer monótono, lineal y sin sentido dentro de la racionalidad técnica y de enfoque biomédico. Es así como la enfermera en el interactuar con la paciente pierde oportunidades; pues al no preocuparse o no lograr identificar la experiencia del paciente le es imposible compartirla con él, fomentando distanciamiento e imposibilitando la expresión de sentimientos y necesidades, lo cual indudablemente hace que el cuidado no sea brindado de forma asertiva, pertinente y oportuna.<sup>6</sup>

Las enfermeras tienen dificultad para concebir como propio la gestión del cuidado por su rol predominantemente biomédico, situación que es mirada con preocupación por el gremio de enfermeras profesionales," son las mismas enfermeras las que no conciben como propio la gestión del cuidado, observándose en las profesionales intrahospitalarias, que las actividades que realizan son en su mayoría derivadas del diagnóstico y tratamiento médico", a esto se agrega la sobrecarga laboral y la limitación de su ejercicio de autonomía profesional en su quehacer diario.

En conclusión se puede afirmar que los factores enunciados, han influenciado para que la enfermería pierda la esencia como profesión de servicio a las personas; se espera que la enfermera visualice como objetivo de su trabajo, sacar a la luz su capacidad crítica y reflexiva, y de esta manera resaltar en todos los ámbitos de la salud.<sup>32</sup> Así mismo en que la enfermera (o) ejerza su rol profesional en forma íntegra, con ética, respetando al individuo a quien cuida y al equipo con quien interactúa, en tanto ponga la calidad como principio de su desempeño, estará manifestándose como un profesional idóneo. Eso es lo que se denomina identidad profesional.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

Desde el punto de vista de la representación, el cuidado es construido socialmente a partir de condiciones propias: valores, creencias, referentes históricos y culturales que conforman la memoria colectiva y que son compartidas. Es decir se entrelaza un conocimiento no familiar para transformarlo en otro familiar que parte de saberes e ideas ancladas sobre el cuidado, convirtiéndose en representaciones objetivadas, que explican, clasifican y evalúan el cuidado de la enfermera.

El cuidado desde la perspectiva de la enfermera se genera a partir del pasado histórico, el reconocimiento social y la práctica, a partir de ello los profesionales de enfermería, inician la construcción del cuidado en relación a su desarrollo y valor social de cada momento histórico; esto ha generado que el quehacer enfermero obedezca a estereotipos que han condicionado su actividad propia, originando formas de concebir la práctica de cuidado desde

lo individual a lo social y colectivo. Estas percepciones, se han mantenido permanentes a lo largo del tiempo en la población, objetivando su cuidado profesional como una práctica que precisa de vocación, cualificándola como núcleo central a través del cual ellas prestan ayuda a los demás. Es importante precisar que por constituirse en representaciones, estos han sido y siguen siendo modificados en el que hacer enfermero, en medida que sufre la influencia propia de su contexto.

La mezcla entre estereotipos y preconceptos surgidos de la representación anclada en la sociedad, ha construido una imagen del cuidado que ha pasado por diferentes posicionamientos, de acuerdo al momento que lo caracterizaba y que ha permitido una construcción, deconstrucción y reconstrucción inacabada del cuidado enfermero. Bajo la visión de la representación social del enfermero, se objetiva que la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Para las enfermeras el conocimiento es un pilar fundamental en su quehacer, pues se necesitan disponer de un bagaje de conocimientos que permitan desarrollar la labor, permitiendo que la práctica enfermera se caracterice por una mirada integral hacia el ser humano; es decir que además de contemplar el componente biológico del individuo también se enfoque en los aspectos psicosociales-culturales y humanísticos. Por lo tanto, la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona.

El cuidado es inherente a la profesión, considerándolo como la esencia de enfermería dirigido a las personas, con una relación y un proceso que va más allá de la enfermedad; incluye comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que realiza involucrando, conocimiento y ciertas características que permiten mejorar su forma de actuar y por ende la

calidad de cuidado. El cuidado enfermero no sólo se centra en las necesidades físicas de los pacientes, sino también en sus necesidades emocionales y sociales, que muchas veces no pueden ser cumplidas en su totalidad, debido a que asumido actividades dispersas, lo que se resume en sobrecarga laboral, sumándose a ésta, ciertas limitantes que diluyen el perfil de su rol apartándola del objetivo mismo de la enfermería.

La dificultad para concebir como propio la gestión del cuidado por su rol predominantemente biomédico, situación que es mirada con preocupación por el gremio de enfermeras profesionales; pues se observa en las profesionales intrahospitalarias, que las actividades que realizan son en su mayoría derivadas del diagnóstico y tratamiento médico", a esto se agrega la sobrecarga laboral y la limitación de su ejercicio de autonomía profesional en su quehacer diario.

Los profesionales de enfermería, inician la construcción del cuidado en relación a su desarrollo y valor social; así tenemos que existe un desconocimiento sobre la profesión y una invisibilidad en cuanto a su esencia por parte de la sociedad, pues no tienen bien definidas las funciones propias de enfermería, a la vez se le atribuyen valores como la caridad, abnegación, vocación y sumisión frente a otros profesionales, disminuyendo la autonomía de sus decisiones.

El que hacer enfermero obedece a estereotipos que han condicionado su actividad propia; el cuidado sigue siendo visto como una actividad sacrificada, vocacional, dedicada y ejercida solo por mujeres denominadas como "Esposa" del médico en su función de ayudante, " madre" de los pacientes en su curación y cuidado y "servidora doméstica" de las instituciones de salud.

El conocimiento reificado de la Representación social del Cuidado por las enfermeras se construye a partir de un proceso dinámico y cambiante, producto de los devenires sociales e históricos por los que ha pasado la enfermería como profesión.

## **RECOMENDACIONES**

La institución debe aunar esfuerzos en mejorar la dotación del personal de enfermería evitando con ello la sobrecarga laboral, que permita mejorar la calidad del cuidado y tener mayor acceso a espacio para la actualización e investigación.

Debemos empoderarnos de nuestro quehacer y generar nuestro propio legado a través de la investigación para así generar aportes al conocimiento y fortalecer el verdadero actuar enfermero, contribuyendo al proceso de desarrollo de nuestra profesión, por ello se hace hincapié a la participación activa de estas investigaciones.

El colectivo enfermero debe reorientar la mirada del cuidado hacia el paradigma de transformación en beneficio de las personas y por ende de su imagen como cuidadora.

Como estudiantes y profesionales en enfermería se debe conocer la historia de nuestro quehacer, no sólo por lo importante que ha sido en el desarrollo de la profesión, sino para comprender la procedencia de los estigmas y estereotipos que distorsionan el cuidado de la enfermera.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Waldow, V. Cuidar: expresión humanizadora de enfermería. Editorial Nueva Palabra. Brasil. 2004.
- (2) García, C.; Martínez, M. Historia de la enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Edit. Harcourt, Madrid, 2001.
- (3) Huercanos, I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. [Artículo de Internet]\*; 2008 febrero. [acceso 22 setiembre de 2011]; 6(1). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- (4) Albert, S. y Albert, M. Percepción de los Usuarios y Usuarias sobre el quehacer de la Enfermera en el Primer Nivel de Atención. Redalyc. (C. Rica). 2007. 20(12): 1-13
- (5) Castrillón, M. Dimensión Social de la práctica de la Enfermería. Edit. Universidad de Antioquia Colombia. Colombia. 2003.
- (6) Grupo de cuidado. El arte y la ciencia del cuidado. Edit. Guadalupe. Colombia. 2006
- (7) González R.; Bracho C.; Zambrano A.; Marquina M.; Guerra C. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los Profesionales de la salud. [Artículo de Internet]\* 2006 [acceso 8 octubre de 2011]; 6(2). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4.pdf>
- (8) Antón, P. Enfermería: Ética y Legislación en Enfermería. Edit. Masson S.A. España. 2003
- (9) Quintero, M<sup>a</sup>. Enfermería en el Mundo Cristiano. Aquichan (Col.). 2001 1(001): 42-47
- (10) Najera R. Tendencias y Proyección del Ejercicio Profesional. [Revista de Ciencia y Cuidado] Vol. 7 - N°1. 2010
- (11) Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquete, A. y Major F. El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson, S.A. México. 2002
- (12) Báez F., Nava V., Ramos L., Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. [Artículo de Internet]\* 2008 setiembre-2009 junio [acceso 24 setiembre de 2011]; 9(2). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/1476/1676>
- (13) Da Silva M., Lima D., De Oliveira A. Mel com fel: representações sociais do cuidado de enfermagem e cidadania. [Artículo de Internet]\* 2008 abril-octubre. [acceso 24 setiembre de 2011]; 19(4). Disponible en: [http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19\\_4art06.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_4art06.pdf)
- (14) Baggio, M<sup>a</sup>. El significado del cuidado para el personal de enfermería profesional. [Rev. Eletr. Enf.]\*. 2006, 8 (1):9-16. Disponible en: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm)
- (15) Araya, S. (2002) Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Costa Rica.
- (16) Banchs M<sup>a</sup>. Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de la Representaciones Sociales. [Rev. Eletr. Enf.]\*. 2000, 9 (3): 1-15. Disponible en [http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2000/9\\_3Banch.pdf](http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2000/9_3Banch.pdf)
- (17) Paredes, A.; Oliveira, D. (Org.) Estudios Interdisciplinarios de Representación Social. 2<sup>da</sup> Edición, Edit. Goiania: AB, Brasil. 2000.

- (18) Treviño Z. y Sanhueza O. Paradigmas de Investigación en Enfermería. Ciencia en Enfermería [revista en Internet]\* 2005 [acceso 08 0octubre de 2011]; XI (1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n1/art03.pdf>
- (19) Polit, D.; Hungler B.; Investigación Científica en Ciencias de la Salud, McGraw-Hill Interamericana, México, 2000
- (20) SÁ, Celso. La Construcción del Objeto de Investigación en representaciones Sociales. Río de Janeiro: EdUERJ, 1998.
- (21) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Mexico: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
- (22) Porto, I. et. al. Método de Asociación de Contenidos: Una Alternativa para el análisis de datos textuales en las investigaciones de Enfermería. Artículo publicado en la Revista Enfermagem UERJ. Rio de janeiro, v. 11, n.3, 140p, setembro/ dezembro 2003. Río de Janeiro – Brasil.
- (23) Alfonso I., Teoría De Las Representaciones Sociales. Centro de Referencia para la Educación de Avanzada (CREA). Instituto Superior Politécnico "José Antonio Echeverría" (Cuba) [Artículo de Internet]\* 2007 [acceso 07 octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.psicologiaonline.com/articulos/2007/representaciones\\_sociales.shtml](http://www.psicologiaonline.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml)
- (24) Bardín, Laurence. Análisis de Contenido. Lisboa: Ediciones 70, 1977
- (25) Sandoval, C. Investigación Cualitativa, Corcas Editores, Bogotá, 1997
- (26) Palazzi, L. [La Fundamentación Personalista En Bioética](http://www.mercaba.org/FICHAS/bioetica/fundamentacion_personalista_en_bioetica.htm). [sede Web]\* Biblioteca Católica Digital [actualizada el 3 de enero de 2006; acceso 20 de Octubre de 2011]. Disponible en: [http://www.mercaba.org/FICHAS/bioetica/fundamentacion\\_personalista\\_en\\_bioetica.htm](http://www.mercaba.org/FICHAS/bioetica/fundamentacion_personalista_en_bioetica.htm)
- (27) Castillo, E.; Vásquez, M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Vol. 34 N° 3, 2003. Edit. Médica del Valle.
- (28) El Cuidado Humano Como Valor En El Ejercicio De Los Profesionales De La Salud [Rev. Electr. Enf.]\*. 2006, 8 (1):9-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192007000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192007000100003&script=sci_arttext)
- (29) Alexander Echeverri, E.; Vélez Pérez P. Enfermería una Profesión de Servicio. [Revista de Enf.] Actualizaciones en Enfermería. Vol. 8 N°4 Diciembre – Bogotá, 2005
- (30) Ariza Olarte C. La excelencia del Cuidado. [Revista de Enf.] Actualizaciones en Enfermería. Vol. 8 N°1 Marzo- Colombia, 2005
- (31) Albacar Riobóo, N. La Aserividad en los Profesionales de Enfermería. [Revista de Enf.] Metas de Enfermería. Vol. 10 N°10 Diciembre 7/ Enero 8
- (32) Artero Pons S. Un reto para Enfermería. [Revista de Enf.] Actualizaciones en Enfermería. Vol. 8 N°1 Marzo- Colombia, 2005.

**ANEXO N° 1****CONSENIMIENTO INFORMADO**

Yo.....  
identificado con DNI..... consiento participar en la investigación titulada “REPRESENTACION SOCIAL DEL CUIDADO: UNA MIRADA DESDE LAS PERSPECTIVA DEL ENFERMERO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES 2012” admito haber sido informado (a) del objetivo de la presente investigación por lo cual accedo a que la presente entrevista sea grabada y que las investigadoras utilice la información de acuerdo con los fines que crea conveniente.

Firmo la presente para dar fe de mi testimonio.

Chiclayo, Mayo del 2012

-----

Firma

## ANEXO N° 2

### GUÍA DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD

Introducción: La presente entrevista tiene como objetivo recoger información acerca de la representación social del equipo de salud sobre el cuidado de la enfermera. Esta entrevista seguirá los criterios de rigor científico y ético.

N° de entrevista:

Datos:

Seudónimo:

Edad:

Profesión:

Tiempo de servicio:

#### **Preguntas orientadoras:**

1. ¿Cómo cree que los demás ven el cuidado que la enfermera brinda?
2. ¿Cómo ve usted el cuidado que la enfermera brinda?
3. ¿Qué características tiene para usted el cuidado que brinda la enfermera?

4. ¿Qué mitos o creencias cree usted se han generado entorno al cuidado de la enfermera socialmente, en equipo de salud y en las propias enfermeras?
5. ¿Desea agregar algo más?

### ANEXO N° 3

#### CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO Y PROFESIONAL

Introducción: El presente cuestionario busca caracterizar la Representación Social del cuidado desde la perspectiva del enfermero. Por tal motivo se solicita su participación en este estudio respetándose la confidencialidad de cada uno de los datos obtenidos.

Nombre:.....

- 1) Sexo: ( )M            ( )F
- 2) Edad:
 

23-30 ( )	41-50 ( )
31-40 ( )	51 a mas ( )
- 3) Cargo que desempeña:  
Enfermera (o) ( )
- 4) Tiempo de Servicio:
 

3- 5años ( )	21-25 años ( )
6-10 años ( )	26-30 años ( )
11-15 años ( )	31 a mas ( )
16-20 años ( )	
- 5) Tiempo que labora en el Servicio:
 

3- 5años ( )	21-25 años ( )
6-10 años ( )	26-30 años ( )
11-15 años ( )	31 a mas ( )
16-20 años ( )	
- 6) Estudios de Postgrado:

Especialidad ( )    Maestría ( )    Doctorado ( )

7) Nombre del Servicio donde labora: .....

Gracias por su colaboración

## ANEXO N° 4

### MODELO PARA LA REALIZACION DE LA ASOCIACION LIBRE DE PALABRAS

1. ¿Si le digo le menciono la frase “cuidado de la enfermera” cuales son las cuatro primeras palabras que le viene a mente?

Escriba sus respuestas en los espacios en blanco; luego señale con un aspa cuales son las dos más importantes:

✓ .....

✓ .....

✓ .....

✓ .....

## ANEXO N° 5

### LECTURA Y RECORTE DE TEXTO

#### Entrevista N° 01

FRAGMENTO	DISCURSO	ELEMENTO DE SIGNIFICADO
I	Las personas reconocen el trabajo de la enfermera como un trabajo muy dedicado, sacrificado y muy sobrecargado, generalmente lo ven como un trabajo con alto sentido vocacional.	1, 2, 3, 4
	<p>Todo el equipo de salud generalmente reconoce que una sola enfermera es la que trabaja para un número de pacientes elevados, que no guarda relación con el protocolo de asignación de dotación de recursos que debe guardar.</p> <p>En el ministerio de salud casi siempre hay escasez de recursos profesionales de enfermería, acá es una enfermera para todo el pabellón es 17 a 18 camas quirúrgicas, es muy recargado.</p>	2, 3

	No hay una jefa de servicio, la enfermera asistencial hace duplicidad de funciones y eso sobrecarga laboralmente.	2, 3, 5
	Quisiéramos estar presentes en todo procedimiento compartido con todo el equipo de salud muchas veces tenemos que priorizar por la sobrecarga laboral.	2, 3, 6, 7
II	No siempre los comentarios sobre el cuidado son positivos, también hay otro porcentaje un poco negativos. Por el grado cultural los pacientes reclaman la atención inmediata cosa que es imposible ya que nosotros priorizamos al que realmente tiene urgencia, entonces ahí viene la opinión negativa, las personas que tienen menos cultura dicen "la enfermera no nos hace caso"; pero las que tienen cultura dicen la enfermera está ocupada, tenemos que esperar y generalmente la dedicación de la enfermera es sobredimensionada.	1, 3, 4, 6, 8, 9
	Tenemos que priorizar nuestra atención porque casi siempre estamos muy sobrecargadas, entonces comprensible para la gran mayoría, incomprensible para los pacientes que repito todos quieren atención inmediata pero el número de recursos es muy escaso, insuficiente.	3, 4, 6, 8
III	El consenso general es el reconocimiento del trabajo de la enfermera porque es un trabajo profesional, responsable, ósea dejar de hacer no es posible acá, dejar de hacer es una negligencia, todo tenemos que hacerlo.	2, 3, 4, 6, 10

	El trabajo es continuado si en algún momento algo no fue priorizado tendremos que secundarlo o dejarlo para después o informándole a la colega.	2, 3, 6, 10, 11
IV	El cuidado de la enfermera es un cuidado integral, de conocimientos y de muchas habilidades las cuales se van fortaleciendo a mayor experiencia. El cuidado es humanizado por ejemplo muchas veces tenemos que ser flexibles en el horario de las visitas ya que el paciente necesita de la presencia de su familiar para darle el apoyo emocional; entonces es un cuidado integral, lo sabemos, lo sentimos, damos todo lo mejor de nosotros, muy agotadora también, pero es nuestra trabajo.	2, 3, 6, 11, 12
	Una característica del cuidado es que es humano, de alta preparación, integral, abarca todas las aéreas según necesidades de las personas. A veces delegamos tareas al personal técnico, indicando cual es la necesidad para satisfacer de inmediato, por ejemplo un baño de esponja.	5, 6, 10, 11, 12, 13
V	El cuidado no es unilateral, es un cuidado de equipo, por ejemplo si hay que coordinar para mejorar el nivel nutricional del paciente entonces inmediatamente coordinamos con la nutricionista o si vemos que tiene problemas económicos que ese es el común denominador de los pacientes de este hospital de inmediato nos comunicamos con servicio social.	6, 10, 11
	Ya no vemos un cuidado técnico, si fuera así tendríamos que estar al mismo nivel de las actividades del personal técnico, cada uno tiene actividades	3, 5, 6, 10, 11, 12, 13

VI	precisas, muchas veces por falta de recurso humano tenemos que priorizar, delegando funciones pero no funciones importantes, sino las menos importantes, las que no afrontan un nivel de riesgo.	
VII	Hay un mito que nos tiene encadenadas, el mito de la vocación que la sociedad lo une a un servilismo todavía la sociedad cree que la enfermera debe hacer su trabajo hasta en forma gratuita; y hasta ahora sigue el mito en la gente sobre todo de baja cultura, seguramente ligado a la historia de Florencia Nightingale que brindaba atención gratuita.	1, 2, 4, 8
	Es diferente con el médico a él lo respetan, lo tienen en un máximo nivel, nunca le levantan la voz, no le reclaman nada, cuando llega el médico a la visita todo esto es silencio, es un convento, el médico tiene una imagen muy sublimada comparado con la enfermera, una vez que se va el médico inicia el desorden los familiares entran y salen cuando quieren y tenemos que estar luchando constantemente, nos alzan la voz muchos se portan	1, 4, 5, 6, 9

malcriados con nosotras y la enfermera es la mamá, la que tiene que poner orden, la que tiene que hacer todo entonces nos vamos desgastando, la enfermera todavía no ha logrado tener esa imagen sublimada como la tiene el

	víctimas de las agresiones verbales de los familiares.	
	Todos vienen y preguntan a la enfermera entonces la enfermera tiene que hacer la labor del médico o de la nutricionista, cuando el paciente se va de alta no les explican lo que es una dieta blanda etc. Es por eso que digo que tenemos una sobrecarga laboral.	2, 3, 5
	En cuanto a los mitos y creencias por parte del equipo de salud creo que ya no hay mitos entre el equipo de salud ya que son personas preparadas, me parece que cada uno se ha posicionado en su labor, en su cargo y más bien hay un trabajo multidisciplinario derrepente no muy perfecto como quisiéramos.	2, 7, 10, 12, 13, 14
VIII	Nosotros somos las que estamos más dedicadas en el servicio, difícilmente nos ausentamos de nuestra labor, los otros se desplazan con mayor facilidad, hay ausentismo de sus puestos laborales y eso nos hace difícil el trabajo entonces somos las enfermeras creo, las mas responsables y esa creencia es que hacen que abucen de nosotras por ejemplo los médicos dicen: ¡ya la enfermera le pone el número de CIS ellas lo hacen ella ya sabe! Ósea creen que la enfermera es el robot del servicio.	1, 2, 3, 6, 10
IX	En cuanto a las mismas enfermeras más que un mito es como una costumbre que la gente aun tiene, nos llama a poner la chata ósea no llaman a la técnica siempre llaman a la enfermera, como que no nos diferencian de la técnica. A pesar de que la labor de enfermería es importante todavía no	3, 4, 5, 6, 9, 10

	<p>hay esa identificación y esa ubicación alta que quisiéramos lograr y muchas veces lo que veo es que dejamos pasar todo como que ya no queremos seguir luchando.</p>	
--	--	--

## ANEXO N° 6

### ELEMENTOS SIGNIFICATIVOS

1. Estereotipos sociales del cuidado: sacrificado, vocacional, dedicado, secretaria, adjunta, ayudante, sumisa, silenciosa, “mama” (domestica), pone inyectables, barchilona, servil, gratuidad, puente entre médico y paciente, orientado a lo físico.
2. El cuidado trabajo de la enfermera.
3. Limitantes del cuidado: sobrecarga, escasos de recursos de enfermería, desmotivación, indiferencia entre el equipo de salud, tiempo, conflicto entre enfermeras, rutina, insatisfacción remunerativa.
4. Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora: positivismo y negativismo, inferior que el médico.
5. Cuidado y rol de la enfermera: jefa, asistencial, técnica.
6. Características del acto del cuidado: Priorizado, flexible, humano, integral, empático, eficaz, cálido, responsable, puntualidad, respeto, solidaridad, tolerancia, continuo, intuitivo.
7. Cuidado como realidad utópica.
8. El aspecto cultural en el cuidado: exigencia de atención inmediata.
9. El cuidado invisibilizado.
10. El cuidado profesional: organizado, coordinado, irrenunciable.
11. Complementariedad en el cuidado: enfermera se complementa con la persona, familia, personal de salud.

12. Conocimiento base del cuidado.
13. Status en el acto de cuidar: diferencias entre el cuidado profesional y técnico, actualización de conocimientos, autonomía.
14. Erradicando mitos sobre el cuidado.
15. Percepción del cuidado asociado a experiencias del paciente.
16. Necesidad de cambio en el cuidado.

## ANEXO N° 7

### Entrevista n° 01

Elemento/ Fragmento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I	+	+	+	+	+	+	+							
II	+		+	+		+		+	+					
III		+	+	+		+				+	+			
IV		+	+			+					+	+		
V					+	+				+	+	+	+	
VI			+		+	+				+	+	+	+	
VII	+	+	+	+	+	+		+	+					
VIII	+	+	+			+	+			+		+	+	+
IX			+	+	+	+			+	+				
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

## ANEXO N° 8

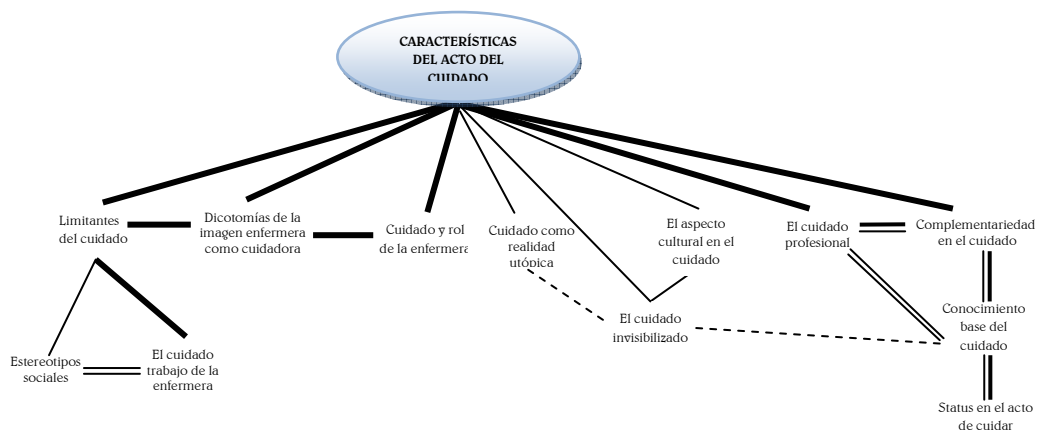
### Entrevista n° 01

#### Asociaciones:





- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) = 2 asociaciones.
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = 7 asociaciones.
- El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = 2 asociaciones.
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) = 2 asociaciones.
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) = 2 asociaciones.
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) = 3 asociaciones.
- Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Complementariedad en el cuidado (11) + Conocimiento base del cuidado (12) + Status en el acto de cuidar (13) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + Complementariedad en el cuidado (11) = 3 asociaciones.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Características del acto del cuidado (6) + El aspecto cultural en el cuidado (8) + El cuidado invisibilizado (9) = 1 asociación.
- Estereotipos sociales del cuidado (1) + El cuidado trabajo de la enfermera (2) + Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Dicotomías de la imagen de la enfermera como cuidadora (4) + Cuidado y rol de la enfermera (5) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado invisibilizado (9) = 1 asociación.
- Limitantes del cuidado (3) + Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) = 1 asociación.
- Características del acto del cuidado (6) + El cuidado profesional (10) + Conocimiento base del

### ANEXO N° 9

**Figura 1:** Esquema de las asociaciones de la entrevista N° 1 - Chiclayo 2012



**Leyenda:**

 <b>Relación Débil.</b> <b>1 Asociación.</b>	 <b>Relación Fuerte.</b> <b>2 Asociaciones.</b>	 <b>Relación Muy Fuerte.</b> <b>3 Asociaciones</b>	 <b>Relación Extra Fuerte.</b> <b>4 a mas Asociaciones</b>
---	--	---	---