

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**Imagen y condiciones laborales de la enfermera: un análisis desde la  
perspectiva del paciente y familiar cuidador. Hospital II Luis Heysen**  
**Incháustegui**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR**

**SUZETHY CAROLINA UCAÑAY PUICAN**

**ASESOR**

**ELAINE LAZARO ALCANTARA**

**<https://orcid.org/0000-0002-7705-626X>**

**Chiclayo, 2015**

**Imagen y condiciones laborales de la enfermera: un análisis desde  
la perspectiva del paciente y familiar cuidador. Hospital II Luis  
Heysen Incháustegui**

PRESENTADA POR  
**SUZETHY CAROLINA UCAÑAY PUICAN**

A la Escuela de Posgrado de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el grado académico de

**MAESTRO EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR

Ana Isabel Rojas Guerra  
PRESIDENTE

Rosio del Pilar Mesta Delgado  
SECRETARIO

Elaine Lazaro Alcantara  
VOCAL

*Con especial afecto, dedico esta investigación al personal de enfermería del Servicio de Medicina del Hospital Luis Heysen, mujeres emprendedoras, fuertes y luchadoras, que a pesar de todo no pierden la alegría y sobre todo el amor por la profesión. Solo quien ha trabajado con ellas comprenderá su labor noble e íntegra. Es un premio poder aprender tanto a su lado.*

## **AGRADECIMIENTO**

A mi madre, mi ejemplo, mi mejor teórica, la guía infaltable para crecer como persona y, sobre todo, como enfermera.

A mi esposo e hijos, por ser el motivo de mis días, por su apoyo y su amor.

A mi asesora, Dra. Elaine Lázaro, por la comprensión, la paciencia, y la eterna disposición a compartir sus conocimientos.

A Dios, quien me ha dado una segunda oportunidad para entender que cuando se quiere, se puede.

# Índice

<b>RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....</b>	<b>11</b>
1.1. Antecedentes .....	11
1.2. Base teórico- conceptual .....	12
<b>CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>21</b>
2.1. Tipo de investigación .....	21
2.2. Abordaje metodológico .....	22
2.3. Sujetos de la investigación .....	25
2.4. Escenario .....	27
2.5. Instrumentos de recolección de los datos .....	28
2.6. Procedimiento.....	29
2.7. Análisis de los datos .....	29
2.8. Criterios éticos.....	31
2.9. Criterios de rigor científico .....	33
<b>CAPÍTULO III ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar, analizar y discutir los elementos que configuran la imagen de la enfermera y sus condiciones laborales desde la perspectiva del paciente y su familiar cuidador, en el servicio de Medicina del Hospital II Luis Heysen Incháustegui. El referencial teórico-conceptual se centró en dos categorías *imagen* (Vieira, 2002) y *condiciones de trabajo* (Castrillón, 1992). El recojo de información se realizó mediante entrevista semiestructurada, se analizó el tratamiento de la información mediante el análisis de contenido de Porto *et ál.* (2003). Surgieron dos categorías: *imagen e identificación de la enfermera*, e *imagen a partir de la relación enfermera paciente y familiar*. A través de la primera pudimos analizar las características específicas por las que la enfermera es reconocida en este nuevo entorno, asimismo se distinguieron las conductas y expectativas de los pacientes frente a la actual demanda en los servicios de salud, específicamente en el área de enfermería. En la segunda categoría se observó, a partir de las experiencias tanto de familiares como de pacientes en el proceso de hospitalización, una imagen reconfigurada de la enfermera por los cuidados y el acercamiento personal que brinda, se reconoce su valor profesional dentro del equipo de salud.

**Palabras clave:** imagen, condiciones laborales, enfermera.

## ABSTRACT

This study aims to characterize, analyze and discuss the elements that make up the image of the nurse and working conditions from the perspective of the patient and family caregiver, in the service of Hospital Medicine II Luis Heysen Incháustegui. The theoretical-conceptual reference: focused on two categories Picture Vieira (2002) and working conditions Castrillón (1992). The collection of data was performed using semi-structured interview that analyzed the processing of information by analyzing the contents of Porto et al (2003). Two categories emerged: "Image and Identification Nurse", where we analyze the specific characteristics by which it is recognized nurse in this new environment, recognizing the behaviors and expectations of patients compared to current demand in health services specifically in the area of nursing. And second category "Image from Nurse Patient Relationship and Family", where from the experiences of both families and patients in the hospitalization process could be analyzed carefully the image to be reconfigured on the nurse based on the care is provided and the personal approach that may have with each of them, recognizing their professional value within the health care team.

**Keywords:** image, working conditions, nurse.

## INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX, miles de mujeres en Europa se sintieron llamadas por Dios para cuidar de los enfermos, así surgieron las hermandades religiosas de enfermería que proliferaron en aquella época, todas ellas realizaban hechos notables en nombre de Dios: viajar por el mundo y crear comunidades compuestas damas inmigrantes y de la localidad, con el objetivo de crear y administrar grandes hospitales –e inclusive, redes de hospitales– escuelas, orfanatos y otras importantes instituciones sociales para los pobres. Estas mujeres no eran solo las enfermeras humildes dedicadas a Dios, sino constructoras dinámicas que creaban instituciones sociales y de salud en colaboración con autoridades municipales, estatales o federales.

Bajo este escenario, al final del s. XIX e inicios del s. XX, se produce la inserción de mujeres seculares en enfermería, consolidando la institucionalización de la enfermería, que luego permitiría el avance profesional secular de la profesión convirtiéndola en un dominio de autoridad moral y habilidad femenina. Este hecho significó la creación de una profesión en “masa” para las mujeres, colocándolas en una posición paradójica, es decir, si bien jugaban un papel importante en la salud, al mismo tiempo su contribución fue desestimada al volverla trivial y sentimental. La única legitimidad que las enfermeras podían declarar era ajustar la descripción del trabajo que realizaban en términos de caridad, devoción y abnegación<sup>(1)</sup>.

Este inicio en el surgimiento de la Enfermería como profesión, delineó una representación estereotipada de la enfermera, anclando la idea de que ella debía ser: femenina, carismática, vocacional, buena persona, proveedora natural de cuidado, religiosa, altruista... generando con ello una *imagen fijada* a través del tiempo, de la cual es difícil escapar, pues aunque nunca se haya tenido contacto con ella, socialmente ya se ha establecido este perfil, tal y como se ha construido el del científico: varón, inteligente y hasta desalineado.

La construcción de estos estereotipos entorno a la imagen de la enfermera generaron exigencias por parte de quienes recibían directamente su atención. Se demandaba de ella no solo el dominio de la alta tecnología, sino, y sobre todo, su toque humano para atender las necesidades del paciente, más allá de solo sostenerle la mano. Por otra parte, la imagen de la enfermera se ha construido como la de una trabajadora de apoyo médico, cariñosa y querida, en lugar de una profesional altamente cualificada. Se las describe como ángeles o personas dulces y queridas, por eso el público reacciona hacia ellas de manera cariñosa.

Sin embargo, el primer contacto que toda persona tiene con la enfermera es hasta cierto punto temeroso. Quién no evoca su niñez asociando una enfermera con agujas, inyecciones; más de una madre ha dicho la frase: “si te portas mal, le digo a la enfermera que te ponga una inyección”, y esta idea se refuerza o se debilita basada en las experiencias que se den a lo largo de nuestra vida. Así pues si la persona recibe un cuidado afectuoso, su imagen de la enfermera será positiva; si en una situación de emergencia recibe indiferencia, la imagen será negativa y podrá generar incluso rechazo.

Con respecto a la construcción social inicial, servicio y ayuda que la enfermera brinda a la sociedad, Henderson refiere lo siguiente: “la Enfermería consiste principalmente en ayudar a las personas (sanas o enfermas) a llevar a cabo aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o bien a una muerte tranquila), las cuales podrían efectuar sin ayuda si contaran con la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento”. Esto justifica que la enfermería desde tiempos inmemorables representa un servicio imprescindible para la sociedad, 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. Sin embargo, si bien 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, actualmente la Enfermería, como otras profesiones, gira en torno a un concepto social y como toda actividad social se desarrolla en un contexto histórico que está en permanente cambio y conflicto.

La enfermería se desarrolla, en estos tiempos, en relación a un modelo económico que rige en la mayoría de nuestras sociedades latinoamericanas, el cual ha impactado aspectos sociales y humanos, el sistema de salud no ha sido ajeno a sus efectos, ya que desde hace algunos años, la prestación de servicios se ha externalizado y el profesional de enfermería se enfrenta a nuevas formas de contratación que generan pérdida de la relación laboral con las entidades prestadoras de servicios de salud<sup>(11)</sup>. Las condiciones laborales en que se ejerce el cuidado de enfermería son de pauperización; sin embargo, dentro de este contexto existe un ser humano que vivencia de diversas formas la experiencia de ejercer cuidados en un ambiente hostil, que de alguna manera permean su vida social, familiar y personal y que impactan en su desarrollo humano y calidad de vida<sup>(20)</sup>. Dichas experiencias ni han sido comprendidas ni se les ha dado la relevancia pertinente, a pesar de que es conocido que las condiciones de trabajo de

enfermeras influyen en el ejercicio del cuidado de enfermería y en sus necesidades de desarrollo humano y calidad de vida.

Para lograr un acercamiento a este fenómeno desde quienes lo vivencian se desarrolló esta investigación que intenta resolver la siguiente interrogante: *¿Cómo se caracteriza la imagen y las condiciones de trabajo de la enfermera desde la perspectiva del paciente y su familiar acompañante. Hospital II Luis Heysen Incháustegui?* El objeto de estudio está claro son dos: *la imagen de la enfermera y las condiciones laborales*. Y los objetivos planteados fueron: caracterizar la imagen de la enfermera desde la perspectiva del paciente y su familiar acompañante, analizar la caracterización que el paciente y su familiar acompañante realizan sobre la imagen y las condiciones de trabajo de la enfermera, discutir las implicancias de estas construcciones en el ejercicio profesional de la enfermera en la institución de estudio.

El presente trabajo de investigación se justificó en que frente a esta diversidad de percepciones que caracterizan la imagen de la enfermera el trabajo pretende construir una imagen de enfermera institucional ligada a la forma en que los pacientes, que son con quienes tienen el mayor contacto, continúan construyendo dicha imagen. Asimismo, es relevante analizar cada uno de los aspectos que emergen en la construcción de dicha imagen a la luz de lo que en la realidad se percibe.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1.1. Antecedentes

A continuación, presentamos los antecedentes de la presente investigación, los cuales han sido clasificados según un orden espacial y cronológico. Primero se hará referencia a los internacionales y luego a los locales, en cada uno de ellos se partirá del más antiguo al más reciente. Es importante señalar que se han considerado como antecedentes, investigaciones que hayan integrado las variables del estudio.

La imagen de la enfermera parece ser un constructo de difícil definición a través de diferentes contextos. En España, Pérez, Alameda y Albéniz (2002) señalan que entre los profesionales de enfermería se encuentran tres sectores: el asistencial, el docente y el gestor. Esa división, en lugar de suponer un enriquecimiento de todo el colectivo de enfermería, provoca más bien un estado de permanente conflicto, ya que cada uno de ellos proyecta una imagen distinta marcada por sus objetivos particulares, destacando que con esta situación les resulta muy difícil transmitir a los alumnos una imagen unificada y complementaria. Esta investigación que tuvo como objetivo conocer la opinión de los estudiantes y de los profesionales de los centros asistenciales en los que realizan sus prácticas clínicas acerca de las mismas aplicando una metodología cualitativa basada en grupos focales, se encontró que tanto los alumnos como los profesionales señalaron la falta de reconocimiento social hacia su profesión, que les impide identificarse ellos mismos como colectivo y que hace que la angustia, el estrés y la ansiedad sean los principales protagonistas durante su trabajo. En todos los grupos se manifiesta que la enfermería es una profesión muy poco valorada y poco reconocida por los pacientes, por sus amigos de otras carreras universitarias, por los médicos, por la sociedad en general y por ellos mismos. Esta falta de reconocimiento social hacia la profesión parece dar origen al resto de unidades de sentido citadas anteriormente, dado que no permite la identidad del colectivo y genera la angustia que caracteriza su práctica profesional. Al no identificarse como colectivo carecen de objetivos comunes y de la suficiente cohesión para organizar sus reivindicaciones, lo que les convierte en personas muy pasivas. Cuando se quejan de tener que resolver funciones que parecen no ser responsabilidad de nadie en concreto, se están quejando de ser un cajón de sastre donde acaba todo lo que no está identificado. Asimismo se quejan de ser trasladados de un servicio a otro, de ser utilizados de comodín que para todo vale, de piezas

a las que no se le reconoce un valor propio en el servicio en el que estaban ni se les va a reconocer en el servicio al que van.

En Brasil, Gomes y Oliveira (2005) llevaron a cabo un estudio en el que tuvieron como objetivo describir y analizar las imágenes profesionales presentes en las representaciones de enfermeros que desarrollaban cuidado directo a los usuarios de servicios, siendo su objeto de estudio la imagen profesional construida por los enfermeros de salud pública. El marco referencial teórico-metodológico adoptado fue la *Teoría de las representaciones sociales*. Se trató de un estudio cualitativo, desarrollado en la ciudad de Petrópolis – Río de Janeiro/Brasil. Fueron realizadas entrevistas en profundidad con 30 enfermeros. El análisis léxico fue realizado a través del software Alceste 4.5. Los resultados revelaron la existencia de una autoimagen profesional con tres grupos de significados: ser referencia para el equipo, la imagen inespecífica y la imagen de argamasa; y la heteroimagen profesional con cuatro grupos de significados: el de administrador, de invisible, imagen positiva y de superposición. Se destacó la presencia de contradicciones en las imágenes explicitadas por esos profesionales que representan al mismo tiempo la especificidad del grupo estudiado ya que la búsqueda de la identidad profesional y de la especificidad del papel propio resulta ser una cuestión actual en la realidad de enfermería. Se concluyó que el estudio de la imagen profesional refleja la propia construcción de la identidad del enfermero, y también se destacó la *Teoría de las representaciones sociales* como herramienta útil al desarrollo de investigaciones en enfermería.

A nivel local, se encontraron algunas tesis referenciales a imagen de enfermería y que estén ligadas al objeto de estudio en las hemerotecas de las diferentes universidades, artículos científicos de relevancia y que guardan relación con el objeto de estudio, de esa depuración y selección, se muestran los resultados a continuación:

## **1.2. Base teórico- conceptual**

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión<sup>(4)</sup>. A pesar de que las enfermeras han conseguido grandes logros, estos no han cambiado la imagen que de ellas se trasmite. La imagen enfermera está plagada de estereotipos.

En el mundo de la imagen cada persona ve solo lo que conoce, por ello, para construir una imagen siempre se parte de lo que ya nos es conocido. Cuando alguien desde fuera observa la imagen enfermera, la observa desde la cultura que la rodea, interpretándola desde las claves que se posee. Cambiar de imagen, implica cambiar los sistemas que construyen y reconstruyen la interpretación de la realidad<sup>(25)</sup>. La imagen que se proyecta de la profesión está fundamentada en la idea del cometido profesional y de cómo los enfermeros y las enfermeras pueden contribuir a aumentar la salud de la población. Los medios transmiten una imagen trasnochada, perteneciente a otra época y con poca relación con la imagen actual que los profesionales enfermeros tienen de sí mismos. Todo ello se traduce tanto en un desconocimiento de la población sobre lo que representa ser enfermera, como quizás, en una pobre autovaloración de las propias enfermeras y enfermeros.

La sociedad actual raramente ve imágenes que representen la intelectualidad de las enfermeras o la toma de decisiones con respecto a la salud de la población, o sus servicios a la sociedad y de sus esfuerzos para ofrecer intervenciones responsables y defender a los usuarios de actuaciones terapéuticas poco seguras. No se visualiza dónde trabajan las enfermeras, no se informa de la evolución de la carrera y se la sigue considerando como una ayudante del médico. Se transmite y percibe una imagen pobre, poco reconocida y respetada.

El hecho de que la enfermería haya pasado de ser una vocación a ser una disciplina académica, basada en la evidencia científica con diferentes estadios o escalones académicos y profesionales, debería haber propiciado y legitimado un cambio cuantitativo y, sobre todo, cualitativo en la imagen de las enfermeras. Existe más bien cierta resistencia a dichos cambios.

Al intentar conceptualizar la imagen de la enfermera, cabe señalar lo que indica Gosende<sup>(6)</sup>: “La imagen es interaccionista, en la medida que las imágenes son producto de la interacción real, producto de conductas reales de los sujetos involucrados en cada interacción, siendo necesario indagar diferentes líneas de interacción posibles, porque cada una de ellas obligará a los enfermeros a comportamientos específicos, referidos al papel que deban representar en cada situación particular, es decir, como miembro de un equipo de trabajo, como par o como proveedor de cuidados de salud”.

“La imagen enfermera como *profesión femenina* está aún marcada históricamente por dos ideologías dominantes: la concepción religiosa sobre los cuidados, y el discurso sexista sobre el rol social de la mujer”.<sup>(7)</sup> La opinión pública aplica a la enfermera todas las cualidades

consideradas en nuestra cultura femeninas: saber cuidar, saber escuchar, capacidad de entrega y dedicación, paciencia, dulzura, otras; todas ellas identificadas con el rol de género femenino. Estas cualidades no están asociadas a una profesión, sino a algo “natural” en una mujer.

A pesar de que los profesionales en enfermería han conseguido logros importantes, estos no han cambiado la imagen que de ellos se trasmite. Su imagen está plagada de estereotipos, la profesión enfermera funciona en la actualidad como una infraestructura transparente, aparte del sistema de los cuidados médicos y del sistema nacional de salud. Esta transparencia está magnificada por la ausencia de signos visibles que identifiquen a los miembros de esta profesión, como si los enfermeros no necesitaran que se visualice su imagen.

La imagen profesional se logra a través del estímulo, la creación y el manejo de una percepción, lo cual implica que no necesariamente se genera de manera espontánea. Depende de la decisión de uno mismo (o de un grupo con similares características) el crearla, mantenerla y mejorarla. Para definir con mayor precisión lo que significa el estimular una percepción, es necesario distinguir entre dos conceptos básicos: *identidad* e *imagen*. La identidad implica el contenido, mientras que la imagen está relacionada con la forma percibida de ese contenido. La identidad es la esencia de una persona. La imagen, por su parte, se constituye por la percepción que un individuo tiene y que le ayuda a formar una “fotografía mental” de la identidad proyectada por la persona en cuestión. Por lo tanto, una figura pública provocará tantas percepciones como número de personas reciban la proyección de su identidad. A la suma de todas esas percepciones le llamaremos “imagen pública”. Cabe señalar que la percepción difiere de persona a persona. Una percepción será afectada por diversos factores, como los sentidos, la perspectiva, el contexto, el tiempo y la experiencia personal misma del que percibe. De ahí que cada persona perciba diferente. Por lo mismo, el manejo de la imagen profesional deberá considerar estos aspectos y tratar de tomar las mejores decisiones en la proyección de una identidad, de manera que se pueda crear la mejor percepción deseada del profesional en cuestión. Las imágenes no son estructuras aisladas, sino que se encuentran dentro de un contexto desde el cual son percibidas y decodificadas por el público que la mira, relacionándolas de una forma más o menos consciente con una reserva de códigos aprendidos. Cuando alguien interpreta una imagen lo hace de acuerdo a los valores previos en relación a ella. La percepción de la imagen social de enfermería es de suma importancia ya que la relación entre enfermera-persona se forma a partir de las experiencias individuales.<sup>(3)</sup>

El trabajo en enfermería está estructurado con base en niveles de formación diversos en un mismo país y por títulos variables entre países; pero carece de nitidez en los límites de las acciones desarrolladas por cada categoría ocupacional. El predominio de mujeres en su composición, en un mundo donde el poder es masculino, ha construido una cultura de trabajo remedo de familia, donde la autoridad paterna se atribuye al médico, y el rol de madre sumisa y obediente, a la enfermera. En la actualidad, los estereotipos sobre las enfermeras comparten y refuerzan los valores sociales existentes en las relaciones entre hombre-mujer, profesional-ayudante, experto-aficionado, etc. Sin duda, como afirma Siles<sup>(8)</sup>, “la evolución de la coexistencia de una enfermería vocacional ligada al género, con una enfermería profesional y científica ha sido, a la vez y paradójicamente, una fuente de conflictos y de enriquecimiento”.

El trabajo en enfermería se da bajo condiciones bastante especiales actualmente, entendiendo por *condiciones de trabajo* al conjunto de factores que actúan sobre el individuo en el medio laboral, en otras palabras, son las características o modalidades bajo las cuales se consume la fuerza de trabajo: la energía humana, física y mental, empleada en el proceso laboral.

Las condiciones de trabajo de las enfermeras son agotadoras por sobrecarga de tareas, jornadas prolongadas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios entre áreas de diferente especialidad, escasas horas de descanso y carencia de lugares apropiados 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 y promoción. Además porque es un personal expuesto permanentemente a riesgos biológicos, químicos y físicos, que constituyen una amenaza permanente para la salud y la vida.

Lo antes descrito no es ajeno a lo que se vive en el trabajo diario en el Servicio de Medicina Interna del Hospital II Luis Heysen, servicio que mantiene un alto porcentaje de personas hospitalizadas, considerado como un servicio absorbente y con déficit de personal de enfermería, pacientes con grados de dependencia III y IV, y familiares acompañantes exigentes y demandantes e igual medida que los pacientes, aún con todo lo mencionado, las enfermeras hacen su mayor esfuerzo para cubrir con las necesidades de cada una de las personas hospitalizadas, aún con el desgaste laboral y personal que esto amerita. Finalmente las carencias institucionales en recursos materiales y humanos básicos, en suministro y mantenimiento oportuno de equipos, y en la aplicación de normas científico- técnicas actualizadas, contribuyen

al desgaste laboral de todo el personal de salud, deterioran progresivamente los servicios, en especial los estatales, afectan la calidad de la atención, y someten a riesgos permanentes a los usuarios.

La definición de la “práctica enfermera”, según el *Consell Assesor d’infermeria de Catalunya*, citado por Jofre, A (2005), es el desarrollo de las actividades de cuidados que corresponden al rol autónomo del enfermero, y de aquellas actividades de colaboración interrelacionadas con las actividades de otros profesionales, que integran el equipo interdisciplinario de salud. Los dos roles son importantes y configuran el papel esencial de las enfermeras en el ejercicio de su práctica profesional. En el curso de su formación y a lo largo de toda su práctica, la enfermera adquiere un amplio conjunto de saberes, habilidades y actitudes. Estos elementos los adquiere tanto en su propio campo de conocimiento de los cuidados de enfermería como en otras ciencias afines que complementan el cuerpo cognitivo de los conocimientos que necesita. Se relaciona con el plano científico, el técnico, de relación, el ético y el legal.

La enfermera consciente de su rol particular respecto al paciente y provista de un buen bagaje de conocimientos, al tratar de aplicarlos debe someter todo su dominio y principios teóricos a un proceso riguroso. Esto le permitirá realizar una planificación de cuidados orientada a la calidad, a la individualización y a la continuidad<sup>(10)</sup>.

El trabajo del personal de enfermería es de tipo colectivo, en él se comparten objetivos, conocimientos y experiencias para ofrecer una solución integral a problemas de salud de individuos y de colectivo. Para lograrlo, este necesita que cada actor tenga claridad sobre su campo de intervención, sus posibilidades y limitaciones, así como la de los demás. Reconocer y respetar la diferencia de saberes, género y profesiones<sup>(11)</sup>.

La preocupación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por el problema actual de los recursos humanos en salud, determinó que fuera considerado como problema central en la década del 2005 al 2015.

Las reformas en salud realizadas en la mayor parte de los países de América Latina durante el último decenio del siglo XX se enmarcaron en el objetivo de disminuir costos y el tamaño del Estado y mejorar la eficiencia y calidad de servicios y la cobertura. A las reformas en el sector salud se sumaron otras reformas estatales como la reforma fiscal, la educativa y la

laboral; estos procesos en su conjunto modificaron las condiciones de trabajo del personal de salud, las formas de contratación, los salarios; introdujeron nuevas responsabilidades en la gestión de los servicios y de los costos. Se impactó la forma como enfermería desempeña sus funciones en el ámbito hospitalario y comunitario, alterando la continuidad en el cuidado de los pacientes. Se ha sostenido que tanto el estatus como el reconocimiento social de enfermería en la región de las Américas son limitados. En la mayoría de estos países enfermería resulta ser un grupo que tiene muy bajo peso social, es marcadamente femenino, de salarios reducidos y baja formación académica. La carencia de identidad profesional asociada con una historia marcada de subordinación a la profesión médica ha estimulado una actitud psicológica de servicio como subordinado, carencia de confianza y baja autoestima. En general, la enfermería como categoría profesional tiene dificultades en hacer visible su servicio a la sociedad (OPS, 1999, p. 33).

Al analizar el panorama de la fuerza de trabajo en enfermería, Malvárez y Castrillón (NÚMERO DE CITA) indican que las mismas enfermeras perciben que el valor social de la profesión no es apreciado ni reconocido socialmente. El estudio resalta el éxodo de este personal, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios de salud, todo lo cual tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención en salud en la región de las Américas.

La enfermería juega un papel importante en el logro de una gran variedad de resultados positivos, tales como el incremento del conocimiento en salud, la disminución de quejas, el mantenimiento de la salud, la accesibilidad a los servicios, la disminución de los días de estancia hospitalaria y la satisfacción de pacientes y empleados (PAHO, 1998, citado en PAHO 2004, p. 1).

Como señala Castrillón<sup>(10)</sup>, la identidad en el caso de enfermería todavía debe ser construida. La función social de la práctica de la enfermería ha variado en la historia, habiendo distintas conceptualizaciones sobre los fundamentos de la profesión, se encuentran concepciones de la enfermera como cuidadora, como tecnóloga o como asistente ayudante. Resulta necesario hallar una identidad profesional más basada en una conceptualización de la profesión que en sus funciones. Por esta razón es importante conocer cuál es la imagen profesional, un recurso humano crítico pero absolutamente indispensable.

Al ser la imagen profesional producto de la interacción, es necesario indagar diferentes líneas de interacción posibles, porque cada una de ellas obligará a los enfermeros a

comportamientos específicos, referidos al papel que deban representar en cada situación particular, es decir, como miembro de un equipo de trabajo, como par o como proveedor de cuidados de salud.

La enfermería es una profesión que dentro de su actuación acoge el sufrimiento humano, y a través del cuidar, rehabilita, mitiga los dolores y promueve la salud. Para lograr este propósito requiere de una relación de ayuda, de un momento único donde se comparte la existencia humana. La enfermería como profesión encargada del cuidado se afirmó durante la segunda mitad del siglo pasado, transponiendo los límites científicos de la prestación de servicios, siendo reconocida en la comunidad.

La población espera de la enfermería cuidados muy específicos y directos, sobre la base de los problemas y necesidades del paciente y su familia, pero la práctica profesional de esta disciplina implica una gama mucho más amplia de actividades de lo que representa la imagen tradicional que se tiene de ella. Hoy en día es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas. Cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protege de factores de riesgo, es asesora y maestra de salud, coopera con diversos profesionales del equipo de salud y actúa como vocero y defensor del paciente y no solo son sus actividades fundamentales curar e inyectar; no obstante, la población reconoce a la enfermería como una profesión independiente, ya que espera de sus miembros que ejecuten tareas especiales y bien definidas.

Garzón plantea: que “la disciplina de enfermería expresa en su filosofía las creencias, los valores y los principios humanísticos que le sirven de base”. Estas creencias orientan sus relaciones interpersonales y la forma en cómo trabaja o interactúa en diferentes sentidos de la vida. Se conoce que en el ejercicio de la enfermería, además del dominio de los procedimientos técnicos, es indispensable establecer una relación de ayuda terapéutica con las personas a las que se cuida, es que gran parte de la población considera que enfermería ofrece una ayuda valiosa a la humanidad.

La enfermera colabora con el personal médico y con otros miembros del equipo multidisciplinario de salud, ella tiene una función social que realizar, una función independiente que no es tan clara ni para el público en general ni para los mismos profesionales. El esfuerzo por clarificar esa función social reviste especial interés para transformar los esquemas de

formación, para producir conocimientos en el propio campo de enfermería, para cuantificar la prestación de servicio y clarificar el aporte específico dentro del trabajo en el campo de la salud.

Punto relevante en esta investigación lo constituye el familiar acompañante, que incluye no solo familiares sino también amigos, vecinos, compañeros de trabajo u otras personas que permanecen a cargo o en resguardo del paciente. Los elementos básicos que lo definen son: su carácter no institucional y la no remuneración, ya que se desarrollan en el terreno de las relaciones personales, generalmente de parentesco, y porque asumen la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada, esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario. Debemos considerar que los familiares son una parte fundamental en la recuperación y el cuidado del enfermo, sin embargo, el hospital resulta ser un lugar hostil tanto para el enfermo como para el familiar acompañante. Allí se encuentran solos, asustados, con miedo; deben adaptarse a un medio extraño y a un lenguaje especializado, e incluso se encuentran en ciudades y hospitales desconocidos. También dependen de personas que no conocen y se enfrentan a problemas que no comprenden, a pesar que necesitan de manera imperante comunicarse con los demás, lo que se plantea como un desafío que provoca estrés de carga que afecta su salud física y mental, percibiendo el cuidado proporcionado por el personal de salud de diferentes formas desde una forma satisfactoria hasta agresiva<sup>(12)</sup>.

La percepción del familiar acompañante, con relación a los servicios que presta el personal de Enfermería, es considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene como consecuencia de esta actividad la cual refleja en gran medida el grado de satisfacción que el familiar acompañante además del paciente pueden tener de la atención recibida.

Novaes y colaboradores (1999) señalan que la percepción es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los familiares captan la información del entorno, llevándola a sus sistemas sensoriales formándose una representación de la realidad del cuidado. El proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo, y genera una representación interna de lo que sucede en el exterior al modo de hipótesis. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como información que viene de la memoria tanto empírica, como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación del cuidado. La percepción varía de acuerdo a que experiencia y a que aprendizaje previo tenga el familiar.

Figuroa y Schufer de Paikin (1998) consideran que la imagen que se tiene de una profesión condiciona las conductas y las expectativas frente a ella, tanto de la sociedad como de profesionales y colegas.

## CAPÍTULO II

### MARCO METODOLÓGICO

#### 2.1. Tipo de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, y responde a cuestiones muy particulares. Se parte de las premisas de Polit, quien afirma que los objetos sociales deben ser abordados cualitativamente. En este sentido, la construcción del objeto de estudio se favoreció pues al tratarse de la imagen, su configuración se obtuvo de la abstracción y comparación del conocimiento común y el científico. Se respetó en todo momento la naturalidad con que los discursos fueron referidos por los participantes, estos constituyen la fuente de información más fidedigna, siempre viendo las cosas desde el punto de vista de las personas que están siendo estudiadas. El papel de los investigadores es entender e interpretar qué está sucediendo, lo que se convierte en una tarea difícil, de un lado porque los investigadores no pueden abstraerse totalmente de su propia historia, de sus creencias y de su personalidad; y de otro, por la complejidad de los fenómenos humanos.

Entendemos por *metodología cualitativa*, el estudio de cualidades separadas o separables; se trata del estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es: una persona, una entidad étnica, social, empresarial, un producto determinado, etc.; aunque también se podría analizar una cualidad específica, siempre que se tengan en cuenta los nexos y relaciones que tiene con el todo, los cuales contribuyen a darle su significación propia.

De esta manera, la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí, que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo cuantitativo (que es solo un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante.

Con respecto a las investigaciones cualitativas con enfoque descriptivo, según Hernández tienen el propósito de describir propiamente situaciones, eventos y hechos, esto es, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno.

## 2.2. Abordaje metodológico

La presente investigación utilizó el estudio de caso que permite el estudio particular de situaciones ya que es un examen completo, o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo. Es así como surge la importancia de indagar acerca de la percepción del cuidado de enfermería por los pacientes y familiares, a partir de lo cual se establecerá el análisis que hará partir a la formulación de nuevos conceptos, encontrándose algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestren más o menos relevantes en la situación estudiada. Estas preguntas o puntos críticos iniciales pueden tener origen en el examen de la literatura pertinente, pueden ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador.

Siendo la principal ventaja de los estudios de caso la profundidad a la que se puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos, instituciones o grupos. Se cita a Polit D. & Hungler B.<sup>(16)</sup>, quien aporta que aunque otro tipo de investigaciones suele objetarse que los datos tienden a ser superficiales, los estudios de caso brindan al investigador la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, los pensamientos, los sentimientos, las intenciones y el entorno de la persona. Partiendo de estas ventajas que nos favorecerán el presente estudio, se tendrán en cuenta las características o principios frecuentemente asociados al estudio de caso “naturalístico” que sobreponen a las características generales de la investigación cualitativa de Menga Ludke<sup>(17)</sup>, entre estas se destacan:

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento. A pesar que el investigador parta de algunos presupuestos teóricos iniciales, el procuró mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que pueden surgir como importantes durante el estudio. El cuadro teórico inicial que se presenta en el presente estudio servirá, de estructura básica a partir del cual podrán ser detectados nuevos aspectos, nuevos elementos o dimensiones que pueden ser sumados en la medida en que el estudio avance.

Los estudios de caso enfatizan la *interpretación en el contexto*. Un principio básico de ese tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto, es preciso llevar en cuenta el contexto en que él se sitúa.

El presente estudio de investigación estuvo enmarcado en la construcción de la imagen de la enfermera a partir de las interacciones que realiza con sus pacientes y familiares de los mismos en el contexto del Hospital II Luis Heysen.

Los estudios de caso buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes. La realidad estudiada es compleja, el entorno y características particulares de este grupo de enfermeras así lo determina, además las relaciones que se establecen entre ellas y los pacientes, generan una imagen de enfermería nueva.

“Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información. Al desarrollar el estudio de caso, el investigador recurre a una variedad de datos, recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas y con una variedad de tipos de informantes”. Con esa variedad de informaciones original de fuentes variadas él puede cruzar información, confirmar o rechazar hipótesis, descubrir nuevos datos, separar suposiciones o levantar hipótesis alternativas, para lo cual se tuvo en cuenta la información que se obtenga de todos los participantes en este proceso, valiéndonos de las entrevistas.

“Los estudios de caso revelan experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales. El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales”. Para lo cual los participantes directos en este contexto, dieron a conocer sus experiencias, frente al cuidado que han recibido durante el tiempo de hospitalización. Se tendrá en cuenta las experiencias tanto de familiares como de pacientes.

“Los estudios de caso procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Cuando el objeto o situación estudiados pueden suscitar opiniones diferentes, el investigador procuró traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. De ese modo es dejado a los usuarios del estudio sacar conclusiones sobre esos aspectos contradictorios.” Este principio será plasmado en las diferentes opiniones que se obtengan de todos los sujetos de estudio. Con los resultados obtenidos de las entrevistas, se obtuvieron diferentes opiniones que

nos permitirán analizar la imagen de enfermera que tienen los pacientes y familiares durante el proceso de hospitalización.

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatorios de investigación. Los datos de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños fotografías, *slides*, discusiones, mesas redondas. Los relatos escritos presentan generalmente, estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de lenguaje, citas, ejemplos y descripciones.

Nisbet y Watt nos dicen que el desarrollo del estudio de caso se realiza en tres fases: una primera abierta o exploratoria, la segunda más sistemática en términos de recolección de datos y la tercera se trata del análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe. Las fases se superponen en diferentes momentos, y resulta difícil precisar el límite que las separa.

### ***La fase exploratoria***

El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Pueden existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestran más o menos relevantes en la situación estudiada. Estas preguntas o puntos críticos iniciales pueden tener origen en el examen de la literatura pertinente, pueden ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema, pueden surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador.

### ***Delimitación del estudio***

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, su elección determinada por las características propias del objeto de estudio.

La importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio es consecuencia del hecho de que nunca será posible de explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado. La selección de aspectos más relevantes y la

determinación del recorte de estos, son pues crucial, para lograr los propósitos del estudio de caso y para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada.

### **El análisis sistemático y la elaboración del informe**

Ya en la fase exploratoria del estudio surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Esos “borradores” de relatos pueden ser presentados a los interesados por escrito o constituirse en presentaciones visuales y auditivas, etc.

En el caso de esta investigación, una vez las entrevistas transcritas, descritas tal cual fueron recogidas, se procede al análisis de cada una de ellas, tomando la información más relevante, la que nos da a comprender la construcción de la imagen de la enfermera.

Evidentemente, estas fases no se completan en una secuencia lineal, más se interponen en varios momentos, surgiendo a penas un movimiento constante en la confrontación teórica-empírica.

### **2.3. Sujetos de la investigación**

Las personas que constituyeron los sujetos de investigación fueron pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, procedentes de toda la región y en su mayoría de los Departamentos de Cajamarca, Piura, y La Libertad. Datos estadísticos de gestión hospitalaria de enero a julio 2013, reportan un promedio de 130 a 140 hospitalizaciones por mes, de las cuales 3 a 5 pacientes en promedio son reingresos dentro de cada mes al servicio.

Los pacientes son adultos a partir de los 18 años, las edades de mayor prevalencia: 40-82 años, lo cual también se ve reflejado en los grados de dependencia, ya que a pesar de que el diseño y nivel del Hospital II Luis Heysen Incháustegui definen que solo serán atendidos aquí pacientes de grado de dependencia I y II, los hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna son adultos y adultos mayores también con grado de dependencia III y en algunos caso IV, en este último se consideran pacientes postrados crónicos, totalmente dependientes, con soporte

de oxígeno o apoyo de medicamentos inotrópicos como Dopamina, Amiodarona, Dobutamina, a través de bombas infusoras y con todo tipo de medios invasivos (vías endovenosas, sondas nasogástrica, oro gástrica, Foley, catéter venoso central, catéter percutáneo, flebotomías), con la fragilidad e inestabilidad que deriva de esta condición de salud.

La selección de los participantes en la presente investigación se consideraron pacientes con una estancia hospitalaria mínima de 7 días, en primer lugar debido a que el promedio de estancia hospitalaria en el año 2014 es de 8.6 días por persona, en segundo lugar, se entiende que la gran mayoría de pacientes son crónicos, postrados y que la recuperación de su salud excede este tiempo tomado como base, esto nos permitió acceder a las personas idóneas, tanto familiares como pacientes, que se mantienen alerta en un entorno nuevo al que progresivamente se adaptan generándoles aceptación o rechazo y derivando de estas experiencias la construcción de la Imagen de la Enfermera. En el caso específico de aquellos que son dados de alta en menor tiempo (antes de 7 días), se comprobó por la prueba piloto que no daban mayor referencia de rutinas y características del servicio y personal que ahí labora, por tanto no se consideraron relevantes en la investigación.

Además de los pacientes, se incluyó en esta investigación a los familiares acompañantes, quienes, al igual que los pacientes cumplieron con criterios de inclusión específicos, en este caso se tomó en cuenta solo a la persona responsable que permanezca con el paciente la mayor parte del tiempo de su hospitalización, más no a cuidadores eventuales que solo acompañan al paciente por momentos.

Estas personas son adultos, en su mayoría mujeres con un rango de edad de 35 a 65 años, con grado de instrucción secundaria completa a superior, el grado de consanguineidad es directo, es decir, hermanas(os), hijas(os), esposas(os).

Se aplicó a este grupo de personas el método de Saturación, que según Morse<sup>18</sup>: el precepto exige recolectar datos hasta que ocurra la saturación, entendiendo por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse<sup>19</sup>.

## 2.4. Escenario

El Hospital de nivel de complejidad II, perteneciente al Seguro Social del Perú (EsSalud), en su área de hospitalización cuenta con 150 camas de hospitalización y tres salas de operaciones, en tanto que en la de consulta externa cuenta con 72 consultorios. Tiene un semisótano y cuatro pisos, y ocupa un área de 14,631 metros cuadrados. Fue inaugurado en febrero del 2010. Demandó una inversión de US\$ 18 millones.

Como hospital referencial recibe asegurados de los demás centros asistenciales de la red Lambayeque y la idea de su nacimiento fue descongestionar el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo”, que atiende 400 mil asegurados.

En las áreas de hospitalización (Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia), así como en el área de Emergencia y Centro Quirúrgico, su funcionamiento es las 24 horas del día y en consultorios externos en turnos diurnos de lunes a sábado.

Específicamente, el área de hospitalización Servicio de Medicina, se encuentra ubicada en el tercer piso del Hospital Luis Heysen, cuenta con una ambiente de enfermeras y un tópico ubicados a la entrada del servicio, además de 12 habitaciones múltiples, algunas con dos y otras con tres camas, enumeradas del 301 al 312, y que pueden albergar a un total de 30 pacientes, los cuales se ubican según su complejidad, sexo y tipo de enfermedad. En las primeras habitaciones encontramos a los pacientes con mayor complejidad con grado de dependencia III - IV y hacia las habitaciones finales pacientes de grado II – III, no se encuentran en este servicio pacientes de grado de dependencia I, por lo que a casi todos los familiares se les otorga un pase de permanencia de 24 horas.

Cada unidad de paciente constituye la cama para el paciente, especiales para hospitalizados pero sin barandas, un velador y una silla por paciente, además del televisor instalado en el centro de la habitación. Cuentan además con la instalación del sistema de llamado de ayuda, el cual funciona a través de un interruptor adaptado para cada paciente y que al ser presionado emite una alarma que genera se encienda una luz roja (ubicada en la parte superior de la puerta de cada habitación), así como la llamada directa al intercomunicador ubicado en el ambiente de enfermería y desde el cual puede establecerse una comunicación directa con el personal.

Las enfermeras que aquí laboran son un total de 76 enfermeras, que en su mayoría se desempeñan bajo el régimen laboral CAS, dos enfermeras bajo el Decreto Ley 276 y dos enfermeras bajo el Decreto Ley 278.

## **2.5. Instrumentos de recolección de los datos**

La investigadora aplicó la entrevista semiestructurada a profundidad, la cual le permitió procesar y comparar los resultados de los sujetos entrevistados, a la vez posibilita improvisar durante la entrevista y ser flexible para adaptarse a circunstancias específicas que se pueden presentar. Cada entrevista se realizó considerando el lugar elegido entre la investigadora y los sujetos en estudio; el cual fue un lugar privado, confortable, permitiendo la expresión de los familiares entrevistados, el horario a elegido fue de acuerdo a la disponibilidad de cada una de ellos. Permitiendo una mejor relación interpersonal entre la investigadora, pacientes y familiares cuidadores, se formuló una serie de preguntas, y repreguntas según ameritaba cada caso, con el fin de completar las información requerida de acuerdo a entrevista preestablecida; logrando que los entrevistados expresen libremente sus sentimientos, impresiones, experiencias y actitudes, lo que logra un acercamiento a sucesos personales no observables directamente.

El objetivo de estas entrevistas fue obtener material de niveles psicológicos suficientemente profundos y hacer surgir a la superficie conceptos, opiniones, sentimientos, hacia el tema objeto de estudio. En algunas de las dimensiones y temas, estos recursos permitieron que los familiares cuidadores entrevistados expresaran libremente sus sentimientos se cita acerca del proceso a que fueron y están enfrentadas.

Las entrevistas se realizaron en el Servicio de Medicina del Hospital Heysen, en horario nocturno entre 8:00 p.m. a 10:00 p.m., coordinado previamente con el paciente o familiar a entrevistar. En el caso de los pacientes se realizó en su unidad, y se solicitó a los familiares que se retiren del espacio por un lapso entre 30 a 45 minutos. Por su parte, la entrevista a los familiares se realizó en la sala de espera, y se solicitó la ausencia a las personas que se encontraran en este espacio. A todos los entrevistados se les pidió la debida autorización para grabar en audio la entrevista, los participantes consintieron la grabación sin mayor problema. El lenguaje utilizado tuvo un tono coloquial, con un discurso amable que generó confianza, por el resguardo de los testimonios.

Luego de obtenidas las entrevistas, se transcribieron retornando posteriormente a los entrevistados para asegurar que sus diálogos eran los correctos y que las ideas transmitidas correspondían a sus percepciones y sentimientos.

## **2.6. Procedimiento**

Una vez que se han diseñado los instrumentos de recolección de datos y luego de haberlos validados mediante un piloto, se llevó a cabo su aplicación en el escenario antes descrito, previo a la presentación de solicitud de permisos a la institución a través de su oficina de capacitación, proceso que tomó algún tiempo hasta que se permitió proceder a la recogida de datos, en el Hospital II Luis Heysen Incháustegui, y aplicarlo tanto a pacientes como familiares. La información se recolectó previa firma de consentimiento informado

Se utilizó como técnica de muestra la saturación y redundancia, es decir, que el sujeto ya no dé más información de la que otros han dado; será una entrevista no estructurada, dando la posibilidad de formular preguntas relacionadas al tema, las respuestas serán grabadas y el audio será transferido al ordenador para su transcripción. Se mantendrá el anonimato de los involucrados, serán denominados con un seudónimo, se buscará un tiempo y ambiente adecuados para cada entrevista. Por otro lado, la técnica de muestreo fue *selección por conveniencia*, es decir, un muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador, se eligió a los pacientes y familiares con mayor disponibilidad a participar imparcialmente durante la entrevista.

## **2.7. Análisis de los datos**

La recogida de datos no es suficiente en sí misma para alcanzar las conclusiones de un estudio, los datos no son más que un material a partir del cual la investigadora deberá realizar operaciones oportunas que le llevarán a estructurar un conjunto de información en un todo coherente y significativo. Se definirá el análisis de datos en la concepción de Rodríguez, quien nos dice que son un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que se realizan sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación.

Con este concepto permanecemos dentro de la idea general de análisis como proceso aplicado a la realidad que permitirá discriminar los componentes, en este caso todo lo relacionado a las maneras de enseñar la segunda especialidad en nefrología. Al realizar un análisis el primer reto es que nos encontramos con un gran volumen de datos, por ello el material obtenido de la recolección de datos se organizará ordenadamente.

Así, corresponden al campo del análisis de contenido las actividades en las que, partiendo de un conjunto de técnicas parciales pero complementarias, consisten en explicitar y sistematizar el contenido de los mensajes y la expresión de ese contenido con la ayuda de indicios cuantificables o no. Todo ello con la finalidad de efectuar deducciones lógicas y justificables concernientes a la fuente (el emisor y su contexto) o, eventualmente, a los efectos de los mensajes tomados en consideración (Bardin, 1986:32).

Es evidente que el interés del análisis de contenido no reside solo en la descripción de los contenidos, sino en lo que estos, una vez tratados, podrían enseñarnos relativo a «otras cosas». Estos conocimientos deducidos de los contenidos pueden ser de diversa índole: *psicológica, sociológica, histórica, económica*.

Como señala Bardin, a pesar de que, a veces, no lo parece, el análisis de contenido “es un método muy empírico, dependiente del tipo de discurso en que se centre y del tipo de interpretación que se persiga”. Sin embargo, no le falta razón cuando afirma que, realmente, en el análisis de contenido:

No existen plantillas ya confeccionadas y listas para ser usadas, simplemente se cuenta con algunos patrones base, a veces difícilmente traspasables. Salvo para usos simples y generalizados, como es el caso de la eliminación, próxima a la descodificación de respuestas en pregunta abierta de cuestionarios cuyo contenido se liquida rápidamente por temas, la técnica del análisis de contenido adecuada al campo y al objetivo perseguidos, es necesario inventarla, o casi.

El análisis de contenido incluye un conjunto de técnicas de organización de comunicaciones/informaciones – un procedimiento frente a datos cualitativos para hacer surgir temas/tópicos y conceptos/conocimientos. El contenido de una comunicación, considerando el discurso humano hablado y escrito, es complejo y presenta una valiosa característica polisémica.

El análisis de datos cualitativos consta de tres etapas: *descripción, análisis e interpretación*. En la descripción, el investigador necesita familiarizarse con los datos, debe realizar la lectura y la relectura de las notas y transcripciones, y la revisión de las cintas de video. Las cintas grabadas contienen más que palabras, contienen sentimientos, énfasis y comunicación no verbal, que son tan importantes para la comunicación como las palabras. Una vez realizadas las entrevistas a los sujetos participantes, la investigadora procedió a la transcripción de los discursos y lectura y relectura de los mismos tratando de familiarizarse con el contenido de los mismos, buscando obtener significados en relación al objeto de estudio.

Quizás la definición de Bardin (1996) puede englobar todas las definiciones vistas hasta ahora conceptualizando el término “análisis de contenido” como “el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes”. Por tanto, pertenecen al campo del análisis de contenido todo el conjunto de técnicas tendentes a explicar y sistematizar el contenido de los mensajes comunicativos de textos, sonidos e imágenes y la expresión de ese contenido con ayuda de indicios cuantificables o no. Todo ello con el objetivo de efectuar deducciones lógicas justificadas concernientes a la fuente – el emisor y su contexto – o eventualmente a sus efectos. Para ello el analista tendrá a su disposición todo un juego de operaciones analíticas, más o menos adaptadas a la naturaleza del material y del problema que tratará de resolver, pudiendo utilizar una o varias que sean complementarias entre sí para enriquecer los resultados o pretender así una interpretación fundamentada científicamente.

## **2.8. Criterios éticos**

Al realizar esta investigación se aplicarán los principios de la ética personalista de Sgreccia, las cuales se apoyan en la antropología y en la teoría del acto moral, intentando mantener un equilibrio entre la virtud y el deber, lo que permite centrarse en la persona humana. Estos principios son guías generales de la acción. Su especificación en el acto requiere la aplicación de la virtud de la prudencia, la cual presupone el recto conocimiento práctico y la recta intención. Su juego es insustituible, y apoya eso que en todas nuestras profesiones llamamos vulgarmente experiencia. Desde esta perspectiva, la función de la bioética en su sentido más estricto no es tanto construir códigos de conducta sino formar profesionales

conscientes capaces de encarar el conjunto de decisiones que deben tomar. El primer principio que apoyó la investigación fue:

*El valor fundamental de la vida*, la vida física se expresa en la corporeidad. La corporeidad forma parte integrante de la persona, es la encarnación, la Epifanía, el elemento consustancial de la persona en su totalidad. La supresión de la vida física representa la ofensa más grave a la persona, a su mismo ser. Y esto vale desde el primer instante del constituirse de su corporeidad, desde el momento de la fecundación, en que se constituye el individuo en su unidad orgánica y única.

En esta investigación se aplicó este principio respetando y considerando a cada persona en estudio como una unidad íntegra y única, que influyó en la investigadora a tener actitudes y comportamientos que respeten su vida y su dignidad. Además de respetar sus opiniones al respecto del trabajo de las enfermeras del Servicio de Medicina.

El *principio terapéutico de la totalidad* justifica y fundamenta toda intervención médicosanitaria a partir del cuidado de la salud como prevención o rehabilitación, hasta los cuidados paliativos. El principio de la globalidad se basa sobre el hecho de que la vida física en la persona humana constituye un organismo unitario en el que las distintas partes (funciones, órganos, tejidos y células) no tienen significado si no se las considera en la unidad del todo y por su conexión con la totalidad unificada desde el único principio unificador del que ya hemos hablado. Este principio requiere para su aplicación correcta, condiciones bien precisas, que se refieren al tipo de intervención, al resultado, a la proporcionalidad del riesgo y al consenso. Este principio se aplicó considerando en todo momento de la investigación a la persona, teniendo en cuenta sus expresiones, fascias, miedos, molestias, dudas producidas a lo largo de toda la investigación.

El *principio de libertad y responsabilidad*; se considera el principio de autonomía. El concepto de libertad, de hecho, no se puede entender sin el contenido del acto, y por esto, tampoco sin la responsabilidad, especialmente en el campo bioético en el que se actúa sobre seres vivos, sobre las condiciones de vida, sobre el hombre mismo y sobre las generaciones futuras. Aplicado este principio a la investigación se tendrá en cuenta el consentimiento informado, y se respetará su decisión de querer responder o no a alguna pregunta, debido a que ella es libre de hacerlo o no, además se le explicó sobre el tratamiento de la información haciéndole saber que existe absoluta reserva y confidencialidad

Finalmente se aplicó el *principio de sociabilidad, socialización y subsidiaridad*; la medicina y la ciencia, como la tecnología, conllevan un significado social múltiple. La organización de los servicios y el uso de recursos económicos en el ámbito sanitario revelan una dimensión social e implican la relación del investigador y del médico con la sociedad. Además, la persona, por naturaleza, necesita la sociedad y está llamada a realizarse en sociedad. Todo profesional, preparado y aprobado por la sociedad, deberá saber ejercitar su profesión en servicio de la persona y, en nombre de la sociedad, está llamado a promover el bien de la sociedad a través de la realización del bien de las personas concretas. La sociedad, a su vez, deberá proveer y emplear los recursos para el bien social primario, que es la defensa y promoción de la vida y de la salud de los ciudadanos. En este trabajo la investigadora tuvo en cuenta la efectividad que tiene la investigación para la sociedad, las contribuciones que puedan salir de ella para el mejoramiento de los programas de salud del adulto mayor, así como el aporte de la investigación a su salud y el impacto social que se obtendrá como consecuencia del desarrollo de la investigación.

Como vemos, cada uno de estos principios, en su momento aplicativo se concreta en las llamadas normas particulares de comportamiento que reflejan los principios más generales del respeto a la persona.

## **2.9. Criterios de rigor científico**

La calidad de la investigación en las ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente deben garantizar y que los profesionales de salud necesitan evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. La calidad de un estudio está determinada, en buena parte, por el rigor metodológico con la que se realizó, por tanto, en el presente trabajo de investigación se tendrá en cuenta los siguientes criterios propuestos por Lincoln y Guba (1985), los cuales permitirán evaluar el rigor y la calidad científica de nuestro estudio.

La *credibilidad*; se considera cuando existe valor de verdad o isomorfismo, de tal modo que existe una semejanza entre la realidad y los datos recogidos, siendo reconocidos como «reales» o «verdaderos» por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado, esta se da, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectando

información que producirá hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Es muy importante tener en cuenta que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo del investigador, por tanto la principal tarea del investigador es captar de la mejor manera la información que le brinda el informante.

En la presente investigación, se aplicó el criterio de *credibilidad* a través de la *verificación* de los sujetos de estudio, y el *análisis de casos negativos*. En cuanto al primero consistió en retornar en una segunda oportunidad a algunos de los integrantes de la muestra para que nos den su conformidad de la transcripción e interpretación de sus declaraciones, dimos acceso a que el informante pueda corregir los errores de nuestra interpretación. Por su parte, el análisis de los casos negativos, la aparición de estos no es muy usual, por tanto cuando aparecen nos están dando una variación del contexto, están presentes variables circunstanciales y condiciones que explican esa variabilidad, las cuales también deben ser identificadas. Por tanto, el descubrimiento de estos casos aislados, a los cuales nos referimos como negativos, y la construcción de explicaciones dentro de la teoría, incrementan su posible generalización y su poder explicativo.

La *transferibilidad*; que consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos; se le conoce también como *generalización naturalística*. Guba y Lincoln indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno será estudiado. Estos criterios fueron especificados claramente en este trabajo de investigación.

## CAPÍTULO III

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La enfermería es una profesión que ha sufrido del estereotipo público durante mucho tiempo, ha sido vista como una profesión predominantemente femenina, bajo el mandato médico y sin un campo competencial propio. Desde una perspectiva antropológica, el cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción que se caracteriza por su naturaleza humana y social, su complejidad dialógica y recíproca y la interacción que demanda, entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado, dentro de un entorno determinado con características específicas, sin embargo, la imagen que la sociedad tiene de las enfermeras no coincide con la identidad profesional de este colectivo, es decir, con lo que realmente las enfermeras son y hacen.

Toda persona, colectivo o institución proyecta una identidad que induce entre las personas la construcción de una determinada imagen, y concretamente, la identidad de la profesión enfermera, como de cualquier otra profesión, es el “ser” de ese colectivo, su esencia o su modo de existir, lo que le diferencia de otros colectivos. La identidad enfermera surge de la intersección de los tres rasgos estructurales que mejor definen a la profesión y que son la historia de esa profesión, su misión actual en la sociedad y la cultura corporativa<sup>(13)</sup>.

El primer rasgo enumerado se refiere a la historia de la profesión desde sus orígenes hasta el presente. La misión o situación actual de la profesión enfermera es otro rasgo de la identidad corporativa, y en nuestro caso se refiere al rol profesional específico e insustituible que las enfermeras desarrollan hoy en día, pero también a los proyectos y expectativas que el colectivo se ha planteado para satisfacer sus metas.

Y, finalmente, la cultura corporativa como rasgo que también conforma la identidad de comportamientos expresos del colectivo enfermero, y que comprende todo aquello que es observable y constatable en el quehacer diario de las enfermeras, suponiendo una manera particular de hacer las cosas, por lo que la cultura corporativa de las enfermeras estaría formada por todo lo que en el comportamiento diario de las enfermeras es observable por el público, entrando a tallar en este rubro las condiciones laborales que limiten o favorezcan su desempeño diario<sup>(5)</sup>.

La imagen de las enfermeras la construye el público en sus mentes, a partir de todo lo que ellas voluntariamente o no y con intencionalidad comunicativa o no, transmiten a la sociedad. Pero esa imagen social de la profesión enfermera está muy condicionada por la forma en que los rasgos de su identidad son reproducidos y transmitidos a las personas.

Así pues, entendemos que cada persona trae consigo una imagen ideal de lo que es o será la enfermera. Además viene con preconceptos válidos que pueden estar basados en sus experiencias previas, en comentarios de su entorno, en la relación familiar con algún profesional de la salud, o con lo que escuchó o vio en los medios de comunicación. Finalmente, sea cual fuere la fuente, la persona recibe mensajes descriptivos que generan su ideal de enfermera, y esto es lo que en su experiencia hospitalaria contrastará con la realidad para generar su propia imagen de enfermera, es en ese contraste entre realidad e idealismo donde el investigador interviene para representar y construir la imagen de la enfermera, en este contexto específico, bajo las circunstancias que limitan el entorno.

Si entendemos *imagen* como una figura, representación, semejanza y apariencia de algo, la *imagen de la enfermería* está determinada por su aspecto exterior. Esto es, por la representación mental del concepto de enfermería, que se asigna con palabras o imágenes. Los enfermeros al igual que el resto de los profesionales de la salud desempeñan un rol que va evolucionando a la par con las demandas y necesidades sociales y profesionales, pero prestar cuidados es una labor que necesita eficiencia y vocación de servicio, pues se trabaja con el ser humano que piensa y siente dentro de un medio social y este tiene un ideal de lo que espera recibir, que contrastará con lo que recibe realmente.

Se sabe que la imagen social de la enfermería, en cuanto a figura y apariencia, se caracteriza por su uniforme que es relacionado con su lugar de trabajo, y por sus acciones técnicas (tomar la presión arterial, temperatura, peso, etc.). La representación mental está caracterizada por las virtudes (ayuda al prójimo, calidez, respeto, afecto y paciencia), más que por el conocimiento científico y el pensamiento crítico. La mayoría de las personas no conocen a la enfermera profesional. La enfermería se asocia con la medicina pero con un estatus inferior a ella, así como también se asocia a la labor del auxiliar o técnico de enfermería, a pesar de sus diferencias. (Alvarado et al., 2008; Matamoros Quesada, et al., 2007)

Es indiscutible que la imagen es un valor que prima en la sociedad actual. Una imagen negativa de la enfermería puede tener numerosas consecuencias, como que la población no

recurra a ella y no se beneficie de sus servicios. Por lo tanto, el modo en que los demás perciben a la enfermería puede ser decisivo para establecer su participación en el proceso de cuidado.

Así pues pasaremos a delinear la imagen de la enfermera heysen, de acuerdo al análisis de los discursos de los pacientes y familiares que han tenido relación directa con este grupo profesional durante su hospitalización en el Servicio de Medicina.

### **Categoría I: imagen de la enfermera entre lo ideal y lo real**

En los últimos años, la profesión de Enfermería, tanto en nuestro país como a nivel mundial, ha experimentado un progresivo proceso de profesionalización manifestando un marcado interés por encontrar su propia identidad profesional<sup>(15)</sup>. En este sentido, una de las preocupaciones más importantes es intentar definir y delimitar las funciones de Enfermería dentro del sistema de salud, para conocer y dar a conocer la naturaleza del servicio que prestan<sup>(6,7)</sup>.

Como cualquier otro profesional de la salud, el enfermero del Servicio de Medicina desempeña una serie de tareas concretas, cumple con eficacia todas las actividades que se le asignan a nivel asistencial: su presencia en la visita médica, administración de medicamentos, colocación de vías invasivas, movilización de pacientes. También cumple con su rol administrativo: gestión de camas, altas administrativas, manejo de sistema de gestión intrahospitalaria, registro de actividades... Muchas de estas actividades caracterizan su trabajo, su desempeño frente a la sociedad.

Austgard (2008), quien realizó un estudio fenomenológico, que tuvo como objetivo identificar, características asociadas al cuidado de enfermería basada en la texto histórico por el pionero de enfermería, Rikke Nissen, y la filosofía moderna del cuidado, Kari M.Martinsen. De manera que, los resultados revelaron varias características básicas, vinculadas con el cuidado, los cuales incluyen: las relaciones entre el cuidado y la preocupación, el cuidado y el amor, el cuidado y la práctica moral, y la atención y las visiones de la excelencia (arte). Entre sus hallazgos, precisa que el cuidado de enfermería se caracteriza por la visión holística de la humanidad en el que la atención de enfermería es dirigida a las necesidades fundamentales de los pacientes, así como los valores y experiencias del paciente. Cualquier experiencia que excluye al paciente como un persona, o los valores del paciente y la experiencia debe

considerarse como una práctica de no cuidado y amoral. Aunque el estudio hizo hincapié en la necesidad de conocimientos teóricos y habilidades, es claro que el cuidado en sí mismo representa un dominio importante de conocimientos. En otras palabras, la enfermera que cuida, debe tener un cuerpo de conocimiento formal y vivencial, sumado a esto requiere de su manifestación como persona, única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Lo anteriormente permite precisar que el personal de enfermería que cuida debe tener: conocimiento, compromiso, ética, arte de intuición y la aceptación del otro.

Son precisamente estas características las que determinan la imagen que de los profesionales de Enfermería, tienen los miembros de los diferentes colectivos de la sociedad. La representación de las cualidades o requisitos que los profesionales de Enfermería tienen o deberían tener para desempeñar su papel en la sociedad constituyen su imagen real o ideal, respectivamente. La opinión que diferentes colectivos tienen acerca del papel de la Enfermería ha sido reflejada en varias publicaciones<sup>(8, 12-16)</sup> e incluso utilizando el diferencial semántico<sup>(17)</sup>.

Sin exageración alguna es un ángel guardián en estos hospitales, y mientras su grácil figura se desliza silenciosamente por los corredores, la cara del desdichado se suaviza con gratitud a la vista de ella. Cuando todos los oficiales médicos se han retirado ya y el silencio y la oscuridad descenden sobre tantos postrados dolientes, puede observársela sola, con una pequeña lámpara en su mano, efectuando sus solitarias rondas", relataba a mediados del siglo XIX, durante la guerra de Crimea, el diario británico *The Times* para describir el trabajo de la *dama de la lámpara* y madre de la enfermería moderna, Florence Nightingale. Esa vieja imagen puede proyectarse hoy a una profesión, o vocación, que tiene como objetivo el cuidado del prójimo, y que actualmente aparece fuertemente *desvalorizada*. (Cited in Cook, E. T. *The Life of Florence Nightingale*. (1913) Vol 1, p 237.)

Aquí podemos ver que desde tiempos antiguos, la enfermera ha sido ese ángel guardián, esa cuidadora, ese ser que aún en su delicadeza (asumiéndose la femineidad que se le otorga), puede defender y cuidar a sus pacientes, esa es la imagen ideal que la sociedad guarda y asigna a la enfermera.

Y tal cual se ha desarrollado en el presente estudio, las personas identifican el cuidado de la enfermera hacia sus pacientes e identifican claramente que factores influyen en la misma, al darnos a conocer a través de sus discursos que si bien es cierto la atención y cuidado demoran en concretarse, siempre son atendidos.

*Señorita, a veces pedimos apoyo para desconectar el frasco al terminar el tratamiento, nos dicen un ratito una vez, un ratito dos veces, recién al tercer o cuarto llamado aparecen y cuando uno reclama la verdad que la explicación fastidia más, como es que una sola enfermera cubre toda la sala si es que somos asegurados y pagamos por nuestra atención, el problema no está en la enfermera, el problema es de la institución. (ENT. 7 – FAM)*

*Cuando me encuentro sola, la verdad me fastidia un poco, uno se siente que incomoda al exigir mayor atención, todo demora, la enfermera, los análisis, la ayuda cuando estas solo, yo prefiero a mi familiar siempre a mi lado, porque una enfermera con todos los pacientes... hay que ser sinceros, no siempre puede atendernos a todos” (ENT – PCTE 9)*

Claramente observamos el malestar del paciente, su necesidad de tener a algún acompañante pues la enfermera no se abastece para todos, sin embargo al ser la figura más presente y más continua en el cuidado, son ellas las que reciben quejas, reclamos y malos tratos propios de la insatisfacción en cualquier aspecto de la hospitalización. Sin embargo, una vez que el paciente llega donde el médico, no hay ningún reclamo que le haga a este, pues lo ve con mayor respeto, lo trata con mayor humildad, y le da las gracias por la mejoría en su salud, omitiendo que fue la enfermera quien lo acompañó la mayor parte del tiempo en el que necesitó cuidados especializados, respondiendo así al paradigma más arraigado de la historia de la enfermería que se constituye en el hecho de que siempre va a estar subordinada al médico, que su valor mismo como profesional no está reconocido.

Además, no debemos olvidar que la enfermería ha sido estrechamente vinculada a un estereotipo sexual<sup>(3,6)</sup>, y que en los medios de comunicación se ha reforzado una imagen tradicional sobre la enfermería<sup>(3,9)</sup>. Estos son solo algunos de los condicionantes que han podido llevar a la población a tener una idea equivocada o incompleta de lo que es el quehacer enfermero. No se ha contemplado el propio campo de responsabilidad de la enfermería, atribuyéndole solo las funciones mínimas que muestran sus características femeninas, maternas, de bondad y sacrificio en pro del cuidado de sus pacientes, pero que no le dan la autoridad para decidir, sino por el contrario se mantienen a la sombra del trabajo médico.

No se toma en cuenta que las enfermeras actualmente laboran bajo un régimen laboral diferente, que no tienen beneficios reconocidos, que si bien es cierto ahora su labor se limita a 150 horas efectivas, no se ha contratado más personal para suplir las horas faltantes. Dos enfermeras cubren un turno con un total de 30 pacientes, les asignan a cada una, 15 pacientes. Ahora y bajo la actual gestión solo labora una enfermera por turno haciéndose cargo del total del servicio y, no solo eso sino que además, de sus funciones asistenciales, cumple con funciones administrativas. Con todo esto, impone su carácter y entereza emocional frente a las presiones que pueda tener en casa y las exigencias de los familiares, pacientes y directivos que ven en ellas la única fuerza de trabajo que puede sacar adelante los servicios, pero que al menor error son juzgadas y culpadas.

La realidad de la *enfermera heysen* dista mucho del ideal que traen las personas de casa. Es cierto son diferentes: más jóvenes, con mejor carácter, formadas en la era del cuidado humano. Y es ese valor implícito el que las hace mantenerse firmes ante los obstáculos, hacer cuerpo común y si se ven en necesidad, salir airoso apoyándose las unas a las otras, trabajando en equipo, incluyendo a su personal técnico, y guiando a los familiares para que sean un apoyo en su labor diaria.

Se ha sostenido que tanto el estatus como el reconocimiento social de enfermería en la región de las Américas son limitados. En la mayoría de estos países, la enfermería resulta ser un grupo que tiene muy bajo peso social, es marcadamente femenino, de salarios reducidos y baja formación académica. La carencia de identidad profesional asociada con una historia marcada de subordinación a la profesión médica ha estimulado una actitud psicológica de servicio como subordinado, carencia de confianza y baja autoestima. En general, la enfermería como categoría profesional tiene dificultades en hacer visible su servicio a la sociedad (OPS, 1999b).

Al analizar el panorama de la fuerza de trabajo en enfermería, Malvárez y Castrillón (2005) indican que las mismas enfermeras perciben que el valor social de la profesión no es apreciado ni reconocido socialmente. En sus conclusiones destacan la falta de disponibilidad de enfermeras para prestar servicios de salud básicos, el éxodo de este personal, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios de salud, todo lo cual tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención en salud en la región de las Américas. Por su parte, Figueroa y Schufer de Paikin (1988) consideran que la imagen que se tiene de una profesión condiciona las conductas y las expectativas frente a

ella, tanto de legos como de profesionales. Además mencionan, que conocer esa imagen contribuye a la construcción de la identidad profesional. Como señala Castrillón (1992), esa identidad en el caso de enfermería todavía debe ser construida. Asimismo, añade que la función social de la práctica de la enfermería ha variado en la historia, habiendo distintas conceptualizaciones sobre los fundamentos de la profesión, se encuentran concepciones de la enfermera como cuidadora, como tecnóloga o como asistente ayudante.

Por lo expuesto, resulta necesario hallar una identidad profesional más basada en una conceptualización de la profesión que en sus funciones. Es importante conocer cuál es la imagen profesional, en particular en nuestro país, pues se trata de un recurso humano crítico y absolutamente indispensable.

El recurso humano, la fuerza laboral que constituyen las enfermeras en el Hospital Heysen ha sido reconocido en más de un discurso de algún directivo, pero en qué se traducen estas palabras, si la enfermera trabaja al tope en todas sus jornadas laborales, no hay personal suficiente para cubrir descansos médicos, licencias por maternidad o cualquier eventualidad en los servicios. Son las mismas enfermeras las que evalúan opciones y dan soluciones a sus limitantes.

Entonces cómo es que se justifica una imagen positiva en vista de tantas limitantes. Habría que analizar cómo es que estas enfermeras, sometidas a tanta presión laboral, a condiciones de trabajo limitadas, a través del contrato CAS, presionadas por evaluaciones continuas, con coordinaciones no reconocidas económicamente, e insuficientes por ineludible falta de personal, siguen siendo objeto de comentarios positivos por parte de los pacientes. ¿Es acaso el trato humano, cordial lo que diferencia a este grupo profesional? Villalobos (2001) nos da la respuesta cuando afirma que la enfermera toma conocimiento de todo su entorno a fin de dar soluciones a los problemas que son importantes para el bienestar de sus pacientes, o como lo afirma Swanson,<sup>(13)</sup> el compromiso de cuidado lleva implícito la preservación de la dignidad humana y el crecimiento del bienestar para todos.

En los países desarrollados la imagen de enfermería es reconocida, bien remunerada, y aceptada socialmente con el mismo valor que cualquier otra profesión. Esta diferencia de realidades entre América Latina y los países desarrollados no solo abarca los temas económicos, políticos, o manejo de poder sino también áreas como la salud. Sin embargo, pueden existir

realidades comunes como las de amar la profesión y querer diferenciarse de otras profesiones, entendiendo que su disciplina también contribuye de manera importante a la salud.

Los pacientes expresan a través de una construcción discursiva cómo perciben a la enfermera, según su ideal:

*(La enfermera) debe ser una persona, una mujer (“bueno, la mayoría que conozco son mujeres”) inteligente, buena, cariñosa... cercana... como que es más amable. Cuando uno está aquí se da cuenta que ve al médico una vez por día y a ellas todo el día (risas). Eso de estar aquí todo el día con pacientes, como estos, no es fácil, hay varios pacientes bastante mayores, hay gente que todo el día les llama y les pide ayuda... dígame, ¿eso es fácil? Creo que se debería estudiar, porque se tiene que aprender a ser personas... como dicen ahí... en ese cartel... “atender bien”. Yo creo que eso es cosa de mujeres valientes, amables, inteligentes, especiales. (ENT- PCTE 05)*

*La enfermera debe ser una profesional, una buena profesional, que conozca su trabajo, que sea amable, agradable, o sea, como una buena presencia, sonrisa amable, esas cosas creo que dicen mucho de una persona que trabaja en un medio público que tiene contacto con otras personas. (ENT- FAM 04)*

El oficio de cuidar a personas especialmente enfermos, llamado por algunos como arte, fue ejercido empíricamente por mujeres, desde tiempos muy remotos, en medio de las necesidades; propias de cada periodo en la historia de la humanidad. El término *oficio* fue reemplazado con el pasar del tiempo; debido a los avances en las disciplinas de las ciencias sociales, dando paso al nombre de *enfermería* como una *profesión*.

Es por esto que aún en la actualidad y tal como se lee en los discursos anteriores, las personas traen un ideal de enfermera mujer, dedicada al cuidado, que necesita ser bondadosa, femenina, sacrificada, pero reconocen el entorno en el que desempeña su trabajo evidenciando su presencia continua durante las 24 horas del día, y además reconocen que para ejercer su trabajo deben ser formadas profesionalmente. Habría que hacer hincapié en que en nuestra realidad el servicio de medicina del Hospital Heysen cuenta con siete enfermeras, todas de sexo femenino y que si lo llevamos al Hospital Heysen, todas las enfermeras son de sexo femenino.

Pérez (2007) afirma que las personas que eligen esta profesión han de tener verdadera vocación, pues muchas cualidades deberán desarrollarse durante el período de formación, como benevolencia, simpatía, honestidad. Además deben mostrar fidelidad a sus pacientes, honradez, confiabilidad... todas ellas son cualidades esenciales para adquirir un sentido individualmente como miembro de un equipo. Es importante inculcar valores como el humanismo, la incondicionalidad, honestidad, responsabilidad, durante todo el proceso formativo del estudiante, pues los valores no se fijan por un proceso de comprensión, por lo tanto, no son la expresión directa de un discurso que resulta asimilado, sino el resultado de una experiencia individual, a partir de situaciones y contradicciones que la persona presenta en el proceso de socialización del que se derivan necesidades que se convierten valores del propio proceso.

Es cierto que en el común de la gente existe un estereotipo de enfermera, percibida como una persona atractiva, con características físicas específicas, poco notoria, que se desempeña solo en el ambiente hospitalario, y desarrolla procedimientos de baja complejidad, así mismo, las conductas de los profesionales de Enfermería median inevitablemente en las relaciones que se establecen con el paciente, familia y el resto de profesionales, pues constituyen estas conductas el eje fundamental sobre el que gira toda intervención, percepción e interacción en los cuidados. Es decir, a la enfermera le son exigidas características, cualidades socialmente establecidas para que su imagen se dé en forma positiva. Así lo evidencian los siguientes discursos:

*La enfermera debe ser buena porque trabaja con personas, en general todos los que trabajan con personas deben ser buenos, nobles, porque creo que no es fácil, creo que es como un don. (ENT-PAC 02)*

*Señorita, le diré que son buenas personas, algunas más sensibles que otras porque creo que eso es cuestión de personas más no de educación, es cosa de cómo es uno, aunque le diré que considero que esta profesión es totalmente de vocación, y los que no tienen ese don es difícil que pueda hacer bien su trabajo, yo puedo reconocer que las enfermeras que he conocido aquí tienen cosas que rescatar. (ENT- FAM 03)*

Cuando se intenta entender la construcción de la *imagen de la enfermera*, se puede rescatar que aún nos persigue, el ideal de la mujer maternal dedicada a cuidar, consolar y alimentar a los hijos y a los enfermos. Es así como se ha generado una desvalorización del

cuidado de enfermería por considerarse una actividad de solidaridad innata. Después de varios siglos, enfermería ha pasado de ser un accionar movido por la caridad y el instinto materno a ser una profesión fundamentada en la ciencia y la investigación. Pero debido a la falta de información acerca de nuestros inmensos avances en las bases científicas, técnicas del cuidado, la investigación, la educación y nuestro posicionamiento como profesión y disciplina autónoma, es comprensible la distorsión que se ha producido en la imagen que sobre la enfermera se ha construido a nivel social y por tanto la exigencia que sobre ella recae.

El personal de enfermería no solo expone su esencia humanista en la visión de las universidades o reglamentos, como lo es el Código deontológico Internacional de Enfermería, sino ante los pacientes y usuarios de los hospitales a los que acuden diariamente. Estas personas que buscan atención médica, además de obtener el diagnóstico y tratamiento, consiguen un personal de enfermería que les acompaña, cuida, escucha, las 24 horas del día.

*La enfermera debería ser una persona, una señorita muy amable en su forma de tratar, sensible ante el dolor ajeno, profesional sacrificado que se debe a su trabajo, a los pacientes, una persona calificada para aliviar el dolor de las personas que llegan a sus manos, una persona con mucha vocación de servicio, con valores, sobre todo. (Ent-Fam 6)*

*Bueno, el error de todo ser humano es pensar que todo es igual... no niego que hay gente joven, pero es dura en su manera de ser, de observarte. Cuando llegué me trajo una enfermera y una técnica en camilla, mi hija me acompañaba, me ubicaron en la habitación como a las 6 de la tarde, no vi ninguna enfermera hasta casi las 9 de la noche... en verdad me sentía malhumorado, sabe, como resentido de tanta indiferencia, yo la verdad suelo ver gente cansada de su trabajo cuando ya están como yo, viejos, trabajando tantos años en lo mismo, pero ver gente joven así de cansada me hace pensar que tal vez no eligieron bien su carrera, que no les gusta cuidar viejitos renegones ¿no? (risas). (ENT- PCTE 09)*

De aquí se entiende que al ser la imagen profesional producto de la interacción, es necesario indagar diferentes líneas de interacción posibles, porque cada una de ellas obligará a los enfermeros a comportamientos específicos, referidos al papel que deban representar en cada situación particular, es decir, como miembro de un equipo de trabajo, como par o como proveedor de cuidados de salud.

El trabajo diario del enfermero ha sido descrito mediante muchas actividades. Entre las más comunes encontramos la de dar la terapia, suministrar inyecciones y venoclisis, los cuidados higiénicos a los pacientes. El enfermero se ocupa también de dar medicación, ayudar al médico, supervisar algunos parámetros, cuidar, dar la comida y escuchar a los pacientes. Las actividades mencionadas aumentarían, pero estas ya son lo suficientemente representativas de la opinión que las personas tienen de las actividades de enfermería<sup>(24)</sup>. A pesar de la cantidad de tiempo que comparte la enfermera con los pacientes, algunos de ellos en ocasiones desconocen la preparación científica y profesional de esta carrera; por consiguiente se desfigura su imagen.

Prandi y Ferri (2007) refieren en su estudio de investigación sobre la imagen social de la enfermera que un 35 % de los entrevistados opina que para llegar a ser enfermero es necesario cursar estudios universitarios, en este grupo figuran principalmente la población joven y con estudios de doctorado; el 30 % afirma que no conoce la trayectoria de los estudios en su recorrido formativo, otro afirma que es necesario cursar estudios en una escuela profesional y un 5 % dice en otras instituciones. Es decir, es escaso el reconocimiento de la evolución de la profesión, y se sigue confundiendo con otras figuras dentro del área de la salud. Teniendo en cuenta los esfuerzos que se realizan dentro de esta profesión, socialmente sigue siendo para la población en general una carrera dependiente de otras, como por ejemplo de los profesionales de la medicina. Es decir, se encuentra condicionada por el estereotipo que proyectan los medios de comunicación, el desempeño del profesional en su práctica diaria, el desconocimiento de la población sobre el nivel científico que posee la profesión, entre otras cosas. En un trabajo realizado en Cuba, Hernández y Miranda (2006) explican que se tiene poca información sobre la imagen que tiene la sociedad de la enfermería y el estatus social, que le asigna. Este problema afecta al personal de esta especificidad, pues no tiene un conocimiento real de su posición en la sociedad, y esto a su vez, puede no tener una valoración cierta de la profesión.

La característica de humanización aparece como un aspecto importante en la imagen, como necesaria e inherente a la función y al rol, por ser aquel profesional que más acompaña al paciente y su familia, ante todo “ser humano”, en un momento en que se encuentra vulnerable. La presencia de lo humanitario se articula con la motivación y la vocación para este trabajo constituyendo un núcleo fundamental en la imagen del profesional de enfermería.

*Bueno, que no deben olvidarse nunca que todo da muchas vueltas, que a veces uno si no tuviera los problemas de salud quizá no las necesitaríamos y su*

*trabajo también es por nosotros ¿no cree? O sea, les damos trabajo, si no hubiera gente enferma imagínese ¿no? Uno debe tener paciencia con los pacientes, aunque no nos estemos muriendo para nosotros todo es nuevo, todo preocupa, todo asusta, señorita. (ENT- PCTE 08)*

Las enfermeras permanecen en contacto continuo con el paciente y familia, estableciéndose relaciones entre ellos. Los familiares esperan encontrar en el equipo de salud el apoyo y la comprensión para enfrentar sus angustias y sentimientos presentes y futuros. La relación de ayuda surge de la empatía entre profesional y familia/allegados se da a partir del ofrecimiento a satisfacer sus demandas, aclarando dudas; es una oportunidad que las enfermeras tienen para dar soporte y donde perciben que su ayuda es efectiva.

Académicamente las enfermeras están preparadas para atender los aspectos biológicos-técnicos, pero no para los emocionales. Las enfermeras, muchas veces, como ser humano, responden a su ansiedad ante la rutina cotidiana, falta de recursos humanos, sobrecarga laboral, o demandas persistentes que escapan a su responsabilidad, por lo cual pueden desarrollar respuestas inadecuadas como mostrarse serias, gestos de incomodidad, rechazo, sentimiento de frustración, culpa y esto es percibido por los pacientes o familiares.

Sin embargo, conforme a Smith<sup>(5)</sup>, un enfermero tiene que modificar o suprimir sus propios sentimientos para conseguir que los pacientes se sientan cuidados y seguros, independientemente de lo que él sienta. Es entonces cuando se produce una diferencia entre las emociones sentidas y las expuestas al exterior, lo que implica un gasto extra de fuerza y energía, llamado *trabajo emocional*, de manera que mientras más intensa sea la emoción a la que se tienen que enfrentar, más duro será el trabajo emocional que se realice. Aunque esto es exigido cotidianamente, no todas están emocionalmente preparadas para afrontar el reto. Los pacientes o familiares dan otra explicación a este comportamiento, lo atribuyen al grado de cansancio, la edad o vocación que tiene la enfermera. Así lo apreciamos en los siguientes discursos:

*Las enfermeras mayores son más duras, más serias y tienen respuesta para todo. No te hablan ni te dan explicaciones de su trabajo, solo trabajan. Me han tocado buenas enfermeras, pero son mujeres muy serias (risas). Aunque a mí no me interesa que se rían sino que me curen (risas). (ENT- PCTE 10)*

*Y las enfermeras ya te conocen tanto que ni siquiera te miran. A veces me acuerdo que ni la presión me tomaban, ya adivinaban con verme, creo... porque me conocían. Y si tenían que hacerlo, ni me miraban, jalaban mi brazo, hacían lo que tenían que hacer y ¡ya!... ¡a las 5 de la mañana, 5 de la mañana! (risas). Yo ni cuenta me daba, a veces les decía cómo está mi presión y me respondían que bien. No sabía si en verdad me habían tomado la presión o estaba soñando (risas). (ENT- PCTE 06)*

Claramente vemos en los párrafos anteriores que para los pacientes el cuidado de su salud es vital y es lo que caracteriza básicamente a la enfermera como cuidadora. También se asocia el trato cordial con la edad, con la enfermera joven, sin embargo confían plenamente en una enfermera con más experiencia por su experiencia laboral. Entonces la edad, juventud, trato amable y su sonrisa sincera generan una imagen positiva de la enfermera heysen hacia sus pacientes.

Por otro lado, hay también reacciones que construyen una imagen negativa de la enfermera. Una respuesta en tono exaltado, una mirada desafiante, un gesto, o una palabra mal interpretada son criticados por los familiares y pacientes. Así se expresa en el siguiente discurso:

*Bueno, este es un buen hospital con buenos médicos y algunas enfermeras también son buenas, pero me gustaría que mejoren el trato que a veces tienen con los pacientes, porque es triste estar aquí en el hospital, estar enfermo. Solo queremos que nos atiendan porque por nosotros tienen trabajo. (ENT-FAM 10)*

La satisfacción de necesidades y el sentimiento de ser cuidado es crucial, y eso es lo que esperan de ellos, que muestren alegría y felicidad, y que sepan enfrentarse a sentimientos extremos, independientemente de lo que como personas puedan sentir.

Bien es sabido que mientras más significativa sea una persona para otra, más posibilidades tendrá esta de ganarse su confianza. Si esto lo pasamos al campo asistencial para la salud, corresponde al enfermero ser la persona que más contacto tenga con el paciente, a lo que se añade también el conocimiento implícito del paciente sobre los estudios del enfermero, y si a esto se le suma una cierta implicación emocional, se logrará el nivel de confianza y entrega óptima para encauzar el proceso que llevará a la salud. Esta confianza y entrega harán que el

paciente se sienta relajado, seguro y lleno de fe respecto a los profesionales de la salud y al tratamiento que recibe de ellos, donde el enfermero tendrá un rol definido y satisfactorio, ejerciendo de pivote entre estos profesionales y los pacientes, obteniendo así una relación más eficiente y beneficiosa.

Existe una relación muy estrecha entre la imagen social de la enfermería y su imagen profesional. Es decir, será socialmente aceptada, condicionada, mal interpretada o reconocida, según el ejercicio de sus profesionales y la adquisición de tecnología.

El profesional de enfermería, en su práctica de cuidado del paciente, establece una relación intersubjetiva y terapéutica con el otro, llámese paciente, familia o equipo de salud, y de esta relación en contexto surge la satisfacción o insatisfacción que requiere ser comprendida y conocida porque se constituye en un requerimiento para la construcción de la identidad profesional, así como la imagen que se percibe de ella. Así se evidencia en los siguientes discursos:

*Mire, señorita, cuando yo llegué la emergencia estaba llena, y nadie me prestaba atención, porque estaba en una silla de ruedas pero a nadie se le ocurría que no podía caminar (sonrisas). Después esperé casi una hora para que me vean, a las finales me dijeron que tenían que hospitalizarme. Bueno, ni modo, a dejarse hincar tres veces para que me pongan la vía y a pasarme a una camilla. Como me veían acostada, tapada ni me miraban... a veces pueden ser tan malas con uno... solo porque soy joven parece que estoy bien...parece, parece, parece...no todo es como parece. (ENT- PCTE 08)*

*Es de admirar, en verdad, son chicas bien preparadas... ya en la noche otra vez son los carritos, los controles, escriben bastante, ya cuando está todo calladito es porque están escribiendo. Se sientan y escriben, qué cosa, no sé, y después dan vueltas como fantasmas por las habitaciones, parece como si vinieran a ver que todos duermen, que todo está bien... y uno piensa en ese momento “¿y ellas no duermen?, ¿no les da sueño?”... es una gran responsabilidad... y creo que solo a ellas les puede gustar un trabajo así (risas). (ENT- FAM 11)*

Las enfermeras del Servicio de Medicina, en su momento bajo el régimen laboral CAS, llegaron a trabajar de 200 a 236 horas. De esta manera hicieron válidos los derechos laborales,

pues llegaron a 150 horas; sin embargo, no se contrató más personal para cubrir ese déficit, lo cual hace que la carga laboral aumente. En definitiva, las enfermeras cumplen con su trabajo frente a 30 pacientes hospitalizados de los distintos grados de dependencia, cumplen con funciones administrativas y eso no ha hecho que cambie su actitud frente a los pacientes, a pesar de culminar sus turnos agotadas, exhaustas, su actitud frente al paciente siempre es positiva.

De acuerdo con la investigación llevada a cabo por Smith 8, hay más de un 85 % de pacientes que cuando intentan describir lo que ellos consideran como un buen enfermero, comienzan a hablar de actitudes y sentimientos, en vez de aptitudes técnicas. Los pacientes usan palabras como *amabilidad, ayuda, paciencia, afectuosidad, alegría, cariño, consideración y animosidad*, y también valoran las muestras de interés, por parte del enfermero. Solo el 15 % restante hablaba solo de *eficiencia, observación, vigilancia y aptitud* para realizar su trabajo.

Se deduce cómo las actitudes quedan marcadas en nuestros pacientes, más allá de los errores procedimentales que se puedan tener. Se cumplen sus expectativas sobre el cuidado de enfermería, un cuidado distinto y humano, aunque complementario al técnico, que busca hacer más llevadero el camino. Los profesionales de enfermería se preocupan por el alivio del malestar, dolor y sufrimiento mediante el apoyo emocional, velan por su sueño maternalmente, están a la expectativa de las necesidades del paciente, muestran con hechos la vocación de servicio. Todo esto hace que la imagen sea positiva, los pacientes y familiares logran comprender que si bien la atención al llamado no siempre es inmediata, finalmente se da y logran satisfacer sus expectativas.

Los pacientes juzgan la calidad del servicio por el estilo emocional con que se da, y su propia experiencia hace que valoren más el servicio sanitario por la calidad del cuidado emocional que por el técnico. El ideal del buen enfermero indica que se espera mucho más de su entrega emocional que de su trabajo técnico.

Como se ha dicho, la imagen de enfermería para la población en general es el resultado de su comportamiento o de la concepción que posean y transmitan los integrantes de este gremio. Adam (citado por Tomey y Alligoog, 1999) afirma que: “Muchos profesionales de enfermería son incapaces de transmitir de forma clara y explícita su idea del servicio que ofrecen a la sociedad. Sostiene que este hecho no se debe a que carezcan de una concepción de la enfermería, sino a que su base conceptual no es suficientemente clara. Si la imagen mental de la enfermería es vaga o difusa, no podrá expresarse en palabras con claridad. En tal caso, el

profesional será incapaz de articular su rol particular en el mundo de la asistencia sanitaria y tal vez considere que las actividades profesionales que desempeña se basan en una perspectiva tomada de una disciplina diferente”.

Las relaciones que se establecen entre los profesionales de enfermería y las personas sanas y enfermas no ven al enfermo o a la persona sana como objeto de las relaciones sino como sujeto de la relación, como elemento necesario, activo, responsable y capaz, cuyos comentarios, sentimientos, emociones e ideas tienen un valor incalculable para la labor del profesional de enfermería y de salud, que engrandece su labor y hace más humana la atención y la relación, y al mismo tiempo permite abordar al hombre no como una suma de sus partes sino como una totalidad, integralmente.<sup>(2)</sup>

La población espera de la enfermería cuidados muy específicos y directos, sobre la base de los problemas y necesidades del paciente y su familia, pero la práctica profesional de la enfermería implica una gama mucho más amplia de actividades de lo que representa la imagen tradicional de la enfermera. Hoy en día es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas. Cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protege de factores de riesgo, es asesora y maestra de salud, coopera con diversos profesionales del equipo de salud y actúa como vocero y defensor del paciente y no solo son sus actividades fundamentales curar e inyectar; no obstante, la población reconoce a la enfermería como una profesión independiente, ya que espera de sus miembros que ejecuten tareas especiales y bien definidas.<sup>(15)</sup>

Al analizar el panorama de la fuerza de trabajo en enfermería, Álvarez y Castrillón (2005, p.61) indican que las mismas enfermeras perciben que el valor social de la profesión no es apreciado ni reconocido socialmente. Aunque muchos logros profesionales, identidad profesional y la autonomía son todavía muy discutidos en el ámbito académico, profesional y política, como permear por varios factores, tales como la imagen profesional, salario, reconocimiento, espacio de trabajo, el papel y saber/hacer ellos mismos.

El sistema de salud en nuestro contexto y el recurso humano de enfermería no han sido ajenos a la problemática de la prestación de servicios en salud de América Latina y otros países del mundo, ocasionada por las reformas políticas en salud, la influencia de la globalización y la desatención en la planificación del recurso humano en salud. Todo esto lleva a una perspectiva médico asistencial y una concepción de seguridad social como simple mecanismo de

aseguramiento y rentabilidad económica, de mirada tradicional biologista al proceso salud–enfermedad<sup>26</sup>, desconociendo las necesidades de salud de las poblaciones y la calidad de vida de cada sujeto social.

Esta concepción del sistema de salud se constituye hoy en uno de los obstáculos para brindar un cuidado de la salud con calidad y trae como consecuencia una situación ya identificada por organismos internacionales (como el *Consejo Internacional de Enfermería en Latinoamérica*), en relación a la inequidad en la composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería, la recarga laboral, las condiciones desfavorables de contratación y la desmotivación laboral de las enfermeras. Esta crisis se ve reflejada en la insatisfacción, el abandono de los cargos, la escasez del recurso humano y la disminución de un cuidado de calidad.

Se puede afirmar que el profesional de enfermería, en el área de asistencia hospitalaria, tiene gran habilidad para el manejo de pacientes, administración de servicios de enfermería y toma de decisiones, pero no se puede negar que la carga laboral es pesada, al igual que las jornadas de trabajo, porque tienen que suplir funciones, mantenimiento de equipos y comunicaciones, lo cual les resta tiempo para dedicarse a los cuidados directo a los pacientes.

*O sea llamándoles para atendernos, siempre es la misma respuesta: que si necesitas algo, la técnica, la técnica te dice que la enfermera, el médico te dice que la enfermera, todos te dicen que la enfermera y la enfermera está de un lado para el otro. Este trabajo debe ser para valientes, o para personas con mucha paciencia, aunque las he visto perder la paciencia varias veces (risas)... nos atienden como pueden, algunas como quieren, nos dicen una cosa y luego otra... complicado ¿no? Debe serlo... y no las justifico, porque yo soy el asegurado, yo vengo a que me atiendan y no me importan más que eso, eso pensé los primeros días, estaba aburrido, no es mi culpa que les falten tantas cosas, pero uno llega a entender... (ENT-PCTE 01)*

El profesional de enfermería no se encuentra satisfecho con su praxis porque no puede ejercer el rol autónomo: dar y gestionar el cuidado directo. Cuando la enfermera se aleja del cuidado que es el objeto de la profesión y de su *ser enfermera* por estar cumpliendo los roles

interdependientes o médico delegados y otras funciones adicionales administrativas, origina su insatisfacción y genera la no identificación y la no diferenciación del cuidado profesional por los otros actores de la institución, entre ellos las personas enfermas y las familias, derivando en la confusión de roles y tareas asignadas sin autonomía, lo cual repercute en la imagen que se genera de esta profesión.

## **CATEGORÍA II: Imagen a partir de la relación enfermera paciente y familiar**

El cuidado, objeto de estudio de la disciplina de enfermería, tiene entre sus pilares el establecimiento de una buena relación, comunicación y convivencia entre enfermero-paciente-familia, mediada a través del lenguaje, gestos, sonidos, miradas y contacto, los cuales adquieren significado de acuerdo con cada cultura. Birdwhistell afirma que “no hay gestos universales. Por lo que sabemos, no hay una sola expresión facial, postura o posición del cuerpo que tenga el mismo significado en todas las sociedades”<sup>(1)</sup>.

En principio, toda persona tiene una idea de lo que es la enfermería y cuál es su papel en la sociedad. Sin embargo, de las interpretaciones que habitualmente hace la población puede deducirse que es una profesión profundamente desconocida, de la que aún persisten ciertos estereotipos que nada tienen que ver con lo que hoy es, y con la proyección que tiene para el futuro.

Los enfermeros al igual que el resto de los profesionales de la salud, desempeñan un rol que va evolucionando a la par con las demandas y necesidades sociales y profesionales. El personal de enfermería no solo expone su esencia humanista en la visión de las universidades o reglamentos, sino ante los pacientes y usuarios que acuden a ellos diariamente. Estas personas que buscan atención médica; en todos los casos además de obtener el diagnóstico y tratamiento, consiguen un personal de enfermería que les acompaña, cuida, escucha, las 24 horas del día. Así lo mencionan algunos entrevistados:

*“... normalmente las ves llegar tranquilas a su trabajo, vienen por los cuartos a hacer su ronda, a dar los medicamentos con buen ánimo, saludan, preguntan cómo ha estado el paciente, si necesita algo, revisan todo, la cama, si la ropa está limpia, mueven al paciente, todas esas cositas... son bien detallistas... y eso es siempre, en cada turno, siempre están al pendiente de todo, y todo siempre les solicitamos a ellas”. (ENT- FAM 9)*

*“... las enfermeras son muy buenas, pero qué le diré, uno ya se acostumbra a su rutina, ya las vas conociendo, están bien cargadas de trabajo, las ves correr de aquí para allá. Un día recuerdo que me daba pena porque la señorita, solita, iba avanzando y un paciente se saca la vía, y otro el oxígeno, como comentábamos con mis hermanos: pobres chicas si no es una cosa, es otra. (ENT-FAM 5)*

En el marco legal que avala nuestra profesión, nos remitimos a la *Ley del Trabajo de la Enfermera* (o) Ley N° 27669, que en su artículo 17 dice: “La jornada laboral de la enfermera(o) tendrá una duración máxima de Treinta y seis horas semanales o su equivalente de ciento cincuenta horas mensuales, incluyendo la jornada de guardia diurna y nocturna.”

Las enfermeras han encontrado un amplio espacio de desarrollo para su actuación diaria, proponiendo sus acciones, estableciendo la manera como será constituido su trabajo y manteniendo considerable autonomía en sus prácticas, las actividades pueden ser administrativas; actividades de coordinación, organización, entrenamiento, control del trabajo de enfermería; actividades de atención, y todas estas actividades constituyen su rutina de trabajo.

El reto sería otorgarle una mayor flexibilidad para que la enfermera combine una adecuada implicación emocional y un control profesional de su entorno, es decir, que los problemas o efectos secundarios surgidos de la carga laboral no causen ninguna influencia sobre el proceso de cuidados de enfermería.

Debe entenderse que en un punto intermedio está el compromiso de la enfermera por cumplir con su trabajo, aunque implique el retraso en la satisfacción de una necesidad, una satisfacción de nivel menor, la modificación de los objetivos, la reorganización de su turno. Se valora que en 6 horas de labores con 30 pacientes a cargo logre los objetivos, aunque con un poco de deficiencia; así se sobrelleva más fácilmente la situación llegando a un fin satisfactorio tanto para los pacientes, familiares y para sí misma.

Los pacientes y familiares en la cotidiana convivencia reconocen en la enfermera una profesional capacitada para el cuidado. Así lo mencionan en sus discursos:

*Cuando llego a la casa y a veces mi hermana me dice con quién te tocó la guardia, es porque ya las vamos conociendo. Hay familiaridad, reconocemos en cada una sus cualidades y por qué negar también algunos defectos que son los que todas las personas tenemos, pero uno se acostumbra, en la mañana hay que conversar con el médico, por las tardes son sus medicamentos, llegan con sus carritos llenos de medicinas, agujas, jeringas, tubos, es increíble ver la habilidad con las que pueden manejar y preparar todo como si fuera cosa de nada y yo pienso otra vez que yo no podría...”*  
(ENT- FAM 11)

*O sea llamándose para atendernos siempre es la misma respuesta que si necesitas algo: la técnica, esta te dice que la enfermera, el médico te dice que la enfermera, todos te dicen que la enfermera y la enfermera está de un lado para el otro todo el día, las 24 horas, este trabajo debe ser para valientes, o para personas con mucha paciencia, aunque las he visto perder la paciencia varias veces”*  
(ENT- PCTE 1)

Es conocido que en el ejercicio de la enfermería, además del dominio de los procedimientos técnicos, es indispensable establecer una relación de ayuda con las personas a las que cuida<sup>(6)</sup>. La población espera de los profesionales enfermeros cuidados específicos y directos sobre la base de los problemas y necesidades del paciente; pero la práctica profesional de la enfermería implica una gama mucho más amplia de actividades de lo que representa la imagen tradicional de la enfermera. Hoy en día es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas. Cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protege de factores riesgo, y actúa como defensor del paciente.

Los pacientes comentan implícitamente que el trabajo de enfermería admite delegar o solicitar apoyo directamente al personal técnico, puesto que en turnos complicados donde debe atender a pacientes con grado de dependencia III o IV, el técnico de enfermería está capacitado para brindar apoyo en actividades menores que la enfermera puede delegarle, es visto por los familiares y pacientes que la enfermera comanda, dirige el equipo de trabajo, direccionando el

apoyo que recibe del personal técnico a fin de poder cumplir de forma dinámica y eficiente su labor diaria.

Debe rescatarse en el servicio de Medicina del Hospital Heysen la capacidad adaptativa de todo el personal de enfermería (incluyendo a técnicos de enfermería), puesto que actualmente las condiciones de trabajo son deficientes, expresadas en bajos salarios, sobrecarga laboral por exceso de pacientes, turnos de trabajo prolongados, ambientes laborales poco adecuados, áreas físicas deficientes, falta de dotación de equipos y suministros básicos para el cuidado de enfermería y pocos o inexistentes espacios de participación de enfermería en la toma de decisiones.

Por otro lado, debemos recordar que históricamente con Florence Nightíngale, el concepto de buen enfermero implicaba tener la habilidad de ocultar las emociones y mantenerlas fuera del trabajo, no estando permitida la expresión de los sentimientos en estos profesionales, aunque sea difícil el día a día, sobrecargado, con muchas limitantes, la enfermera debe siempre estar en pie. Así se observa en los siguientes discursos:

*Deben hacer su trabajo con amor, con amabilidad. Pienso que es aún más difícil, por eso, si me permite, y sin ánimo de ofenderlas, hay cosas que aún les faltan, por ejemplo personal. No creo que sean desatentas pero sí creo que siempre están ocupadas y todos necesitamos algo al mismo tiempo, entonces creo que si hubieran más enfermeras no pasaría lo mismo, anoche solo hubo una enfermera y aquí hay bastantes pacientes, algunos comprendemos eso, otros no, pero casi siempre en el día están tan apuradas siempre corriendo de aquí para allá y gritándose entre ellas.”*  
(ENT- PCTE2)

*Considero que aquí es como una convivencia entre todos, les estoy agradecido, sé que hacen lo mejor que pueden, pedirles siempre mucha paciencia, comprensión, no solo con los pacientes, también con nosotros, la familia, porque es muy difícil para nosotros tener a una persona tan querida hospitalizada y con todo lo malo que le pueda pasar, y bueno confiamos totalmente la salud de nuestros familiares a ellas, a todos los que trabajan aquí, y contamos con que nos apoyen, con que cuiden bien a nuestros pacientes, sé que a*

*veces somos muy exigentes, pero finalmente nosotros somos los asegurados, los que pagamos y de eso les paguen a todos ustedes.*

Hoy en día, la enfermería es una profesión con base científica, centrada en la prestación de cuidados para satisfacer todas y cada una de las necesidades básicas del ser humano, necesidades que van desde las biológicas hasta las espirituales, se preocupa por la salud holísticamente. Y eso es lo que la enfermera del Hospital Heysen pone en práctica, aun conociendo que las condiciones laborales en que se ejerce el cuidado de enfermería son de pauperización; y que dentro de este contexto existe un ser humano que vivencia de diversas formas la experiencia de ejercer cuidados en un ambiente hostil, que de alguna manera permean su vida social, familiar y personal y que impactan en su desarrollo humano y calidad de vida<sup>(20)</sup>. Dichas experiencias ni han sido comprendidas ni se les ha dado la relevancia pertinente, a pesar de que en el escenario de estudio, el 99 % de las enfermeras trabajan bajo el régimen laboral CAS que si bien es cierto al pasar de los años se les ha reconocido algunos beneficios laborales, aún hay diferencias marcadas con los trabajadores de otros regímenes laborales, y la parte más preocupante no se establece la estabilidad laboral tan añorada en este grupo de enfermeras jóvenes.

También consideran que la enfermera hace de enlace entre el paciente y el médico; ya sea porque se da un grado mayor de confianza o simplemente debido al mayor tiempo que este colectivo pasa junto a los enfermos. Los usuarios en un hospital o centro de salud son personas que se encuentran en una situación desconocida para ellos, con un alto grado de ansiedad y miedo. Las enfermeras, como ellos mismos han comentado, son quienes más tiempo les acompañan y quienes les reciben. El paciente valora ese primer recibimiento que se le hace y muy especialmente el trato que reciben de estas durante su permanencia en un servicio. Este trato es valorado como una de las cosas más importantes a la hora de estar ingresados en un hospital, por ejemplo.

A la hora de ejercer el trabajo de enfermería, desarrollado con y para personas, los usuarios consideran que debe ser elegido por vocación personal del profesional. Si esto no se ha hecho de forma espontánea, el trato y el comportamiento del profesional será mucho más negativo para el paciente. Consideran imprescindible la comunicación y el buen trato, incluso más que una técnica realizada ortodoxa y eficientemente. Se habla en las entrevistas del trato más amable de las enfermeras jóvenes. Esto lo justifican con el propio desgaste que sufren los

profesionales de la enfermería, al ser esta una profesión en la que continuamente se está atendiendo a personas.

Al intentar conceptualizar que entenderemos por imagen profesional, cabe señalar lo que indica Gosende (1997) al referirse a este constructo. La imagen es interaccionista, en la medida que las imágenes son producto de la interacción real, producto de conductas reales de los sujetos involucrados en cada interacción. Al respecto, el autor señala que “la imagen surge del esfuerzo que realiza cada individuo al adoptar el papel del otro en la conversación de gestos significantes que, entre sí, ambos sostienen” (Mead, 1934). A cada asunción del papel del otro, corresponde una respuesta inmediata del otro que puede ser de ratificación, de concordancia, de aceptación, de rectificación, de rechazo; etc. Este interjuego de acomodaciones recíprocas y sucesivas va produciendo la posibilidad de construir y adaptar el sí mismo de acuerdo al interjuego especular que sostiene la persona con los otros significativos de su entorno. No solamente se produce este interjuego entre el sí mismo y cada uno de los otros, sino que también existe la asunción de un punto de vista que involucra a distintos colectivos sociales. Se trata del otro generalizado. A través de él, la persona asume hacia sí misma la actitud que pueden tener hacia ella distintos tipos de organizaciones, instituciones, comunidades, y otras clases aún mayores, de la sociedad.

*De la enfermera... de las enfermeras... bueno, he conocido varias enfermeras en mi vida, hace más de 15 años que esta enfermedad me sigue, y antes que a mí, a mi madre, a mis hermanas, así que los hospitales y su mundo no son algo nuevo... Las enfermeras aquí son diferente, en primer lugar aquí son jóvenes, eso antes que nada, y no voy a negarle que eso tampoco da mucha confianza, son jovencitas parecen mis hijas, pero están preparadas para su trabajo, eso sí, las he visto salvar vidas, me acuerdo en emergencia cuando llegué... mejor ni me acuerdo... pero están preparadas, señorita, jóvenes, pero inteligentes (risas), que más tienen de diferentes...son simpáticas, amables sobre todo, alegres, sonrientes, propio de la juventud...he conocido la mayoría de enfermeras no solo viejas sino amargadas y creen que nos hacen un*

*favor atendiéndonos , acaso no saben que por nosotros tienen trabajo, uno paga su seguro, no es gratis... ” (ENT- PCTE 2)*

*Aquí es la primera vez que me hospitalizan y nadie nunca me había dado la bienvenida en un hospital (risas). Cuando llegue la enfermera me pasó a mi cama, le contó a la otra de mí, mi nombre, mi enfermedad ¿no? Recuerdo que le dijo “te entrego al Señor”. Y la otra enfermera que me “recibió”, porque me habían entregado (sonrisas) pensé que iba a recibir los papeles y ya, pero me sonrió, me dio la bienvenida, me dijo que cualquier cosa le avise, me señaló el timbre para llamarla, aunque dudo que funciones porque siempre que lo presiono demoran años en venir (sonrisas). Se dirigió a mi esposa le habló de si se iba a quedar conmigo, del pase y esas cosas... y recuerdo que pensé, y se lo comenté a mi esposa, yo le dije “¿estamos en un hospital o en un hotel?” (risas), porque uno se siente raro con un buen servicio, cuando la gente es amable contigo, claro que también he tenido mis días de cólera porque a veces no me hacen caso ¿no? Pero como le digo dentro de todo las entiendo, y sabe que, creo que si fueran esas viejas amargadas yo más me molestaría, pero como son jovencitas, bonitas, sonrientes y amables, digamos que las perdono (risas).*

Como señala este autor, al ser la imagen profesional producto de la interacción, es necesario indagar diferentes líneas de interacción posibles, porque cada una de ellas obligará a los enfermeros a comportamientos específicos, referidos al papel que deban representar en cada situación particular, es decir, como miembro de un equipo de trabajo, como par o como proveedor de cuidados de salud. Es por esto que el objetivo general del estudio es conocer cuál es hoy la imagen profesional construida del enfermero en distintos grupos: profesionales de la salud y pares que se desempeñan en distintos subsectores del sistema de servicios de salud y en la población general.

En los servicios de enfermería clínica, la calidad es definida por la capacidad de satisfacer las necesidades del paciente y cliente al menor costo posible, en la cantidad y tiempo convenido, y con un alto grado de confiabilidad (Guevara Sanz, 2002: 93-96).

El paciente hospitalizado se encuentra en un entorno desconocido en su llegada al hospital, generando altos niveles de ansiedad y estrés debido al miedo y la incertidumbre ante la falta de información, como consecuencia de esta situación, valoran enormemente la figura de la enfermera, con la que tienen su primer contacto, y el trato que reciben de ella<sup>(3)</sup>. En muchos casos, la base de la relación de confianza que los pacientes destacan del personal de enfermería vendrá definida por esta primera impresión en su llegada al centro sanitario. Los usuarios destacan el mejor trato que reciben de las enfermeras jóvenes, asociándolo al desgaste psicológico que sufren las enfermeras con más años de experiencia en el entorno sanitario. Consideran que las mejores enfermeras son aquellas con las que mantienen una buena comunicación, que les ofrecen un trato correcto, y manifiestan que en su escala de valores estas características están mejor calificadas que una técnica realizada eficazmente. En el caso de los pacientes crónicos se reconoce que cuanto más contacto tienen con el colectivo de enfermería mejor valorados están estos profesionales.

La población habitualmente no conoce verdaderamente las funciones de las enfermeras ni valoran su importancia, y aunque agradecen su presencia y compañía, dejan en manos de los médicos el resto de los méritos relacionados con el cuidado del paciente.

El equilibrio personal es el factor central y básico de las personas que desarrollan una actividad humana para los demás y con los demás. Diversos autores (Domínguez Alcón, 1986; Cohen, 1988; Perraut, 2001; Gracia Guillen, 2004) defienden su relevancia. Este equilibrio se mantiene a lo largo de toda la trayectoria profesional, mediante el desarrollo de actitudes y valores profesionales. Las enfermeras atienden a personas que presentan un estado de vulnerabilidad física, psicológica, social o de inferioridad pasajera, y tienen en los profesionales un referente, un punto de apoyo. Este parámetro es fundamental cuando se habla de la calidad de los cuidados.

## CONSIDERACIONES FINALES

La imagen de la *enfermera heysen* se define o se configura a partir de su práctica diaria, la cual es continuamente evaluada por los pacientes y familiares del Servicio de Medicina, es decir, a partir de la relación que establece con ellos. Esto genera un encuentro entre el ideal que traen las personas en sus mentes por sus diversas experiencias, y lo real que es lo que viven durante la hospitalización.

Hay una imagen de la enfermera socialmente construida a partir del contexto en el que se desenvuelve, está influida principalmente por estereotipos que han perdurado a través de los tiempos, y a los que las personas le dan un significado de acuerdo a sus experiencias.

La imagen de la enfermera es positiva aun con las condiciones laborales limitantes en las que realiza su trabajo, lo cual quiere decir que los pacientes y familiares observan y valoran sus denodados esfuerzos por cubrir las necesidades existentes en su servicio, necesidades que van desde la falta de recursos humanos, insumos y sobrecarga laboral, todo esto debido a que históricamente las enfermeras luchamos por sacar adelante nuestros servicios, guardándonos sentimientos negativos y exponiendo ante nuestros pacientes la mejor sonrisa, el trato amable y el cuidado humano.

La enfermera heysen es una enfermera capacitada para brindar cuidado, esto es remarcado por las personas entrevistadas, personal de enfermería joven que sorprende con sus habilidades, ganándose un espacio propio y de respeto frente a la sociedad; y que continúa preparándose para los desafíos profesionales que se le impongan.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donahue MP. Historia de la Enfermería. Barcelona: Editorial Doyma; 1985. 76p
2. Real Academia Española. (2001). Profesión. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado De [http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=disquisici%F3n](http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=disquisici%F3n)
3. VIEIRA, MJ. La representación del cuidar en la imagen cultural de la enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 1999, vol.7, n.5, pp. 25-32. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691999000500004>
4. Salvador AL, López R, Serrano J, Martín E, Salvador JJ. Imagen del profesional de enfermería en la sociedad actual. *Enfermería Científica*. 1988. 75 p
5. Wales J, Sanger L. Enciclopedia libre. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa> Consultado el 30 de octubre de 2009
6. Gosende, EE. Imágenes profesionales del psicólogo clínico y el psicólogo laboral. Hacia la construcción de un nuevo perfil profesional. Informe de avance beca UBACYT- Nivel iniciación. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA, Mimeo; 1997. 117-152 p
7. Castrillón, MC. La práctica de enfermería como objeto de estudio. Investigación y educación en enfermería. *Revista de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía*. 1992 (X):16p
8. Siles J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de enfermería*, 2005(50): 7-9.
9. Consell Assesor d'infermeria. La professió d'infermeria Catsalut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1998. 32p
10. Castrillon M. Enfermería y sociedad. V Conferencia Latinoamericana de Enfermería. Trujillo. Perú. Septiembre: 1998.
11. Gutiérrez MMR. Imagen social del personal de enfermería en la ciudad de Hermosillo, Sonora, Universidad de Sonora, división de CBS, Departamento de Enfermería, Hermosillo Sonora, Marzo 2008. Disponible en:

[http://www.biblioteca.uson.mx/digital/tesis/wsp\\_tesis\\_detalle\\_nuevo.asp?tesis=18037](http://www.biblioteca.uson.mx/digital/tesis/wsp_tesis_detalle_nuevo.asp?tesis=18037)

Consultado el 8 de febrero 2013.

12. Ochoa RV, Lee GM, Arroyo de Cordero G, Jiménez Sánchez J, Terrazas Sotelo L, Camacho Villicaña B, Briseño Piña MD, Flores Soria ME, Carmona Mejía B, Garnica Fonseca R, Gutiérrez Meléndez L, Gutiérrez Méndez J, Reyes Gómez E, Rubio Domínguez S, Suárez Vázquez MG, Sánchez González JM, Hernández Gamboa L, Campos Castolo M, Tena Tamayo C. Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería. Rev. Enferm IIMSS. 2004;12(1): 49-56
13. Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavao OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MS. Tressors In ICU: perception of de patient, relatives and health care team. Intensive Care Med.; 1999; 25:1421-6.
14. Minayo De Souza M. Investigación social. Teoría, método y creatividad. Editorial Lugar. Argentina: Buenos Aires; 2003. 64p
15. Polit D. & Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ta edición.: McGraw-Hill Interaómericana; 2000.
16. Ludke, M. Pesquisa en edición. “Abordajes cualitativos”. São Paulo: EPU; 1986.
17. Bardin, L. Análisis de contenido. Madrid - España: Akal; 1996. 135-173p
18. Morse J. The significance of saturation. Qual Health Res. 1995;5(2):147-149.
19. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 3th edition. Thousand Oaks: Sage; 2000.
20. Almeida De F. “Ensinando a cuidar da crianca”. Brasil: Editorial Yanis; 2010.
21. Durán De V. Enfermería desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2001.
22. Waldow V. Cuidar: expresión humanizadora. México: Editorial Palabra; 2008.
23. Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería: Travelbee J. Modelo de.
24. Bautista RLM, Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Madrid- España: Aquichan; 2008. 76p

25. Medina Mandujano, Gladys. Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la Teoría de Peplau: Hospital Dos de Mayo-2006. Rev Per Obst Enf., jul./dic. 2007;3(2):87-96.
26. Falcón G, Lucy María, Huere Vr, Eulogio L, Grado de satisfacción del paciente de la atención del profesional de enfermería en el laboratorio de cardiología del hospital arzobispo Loayza setiembre - febrero. Perú: 2005. 22p
27. Bermejo, HJ. Humanizar la salud: humanización y relación de ayuda en enfermería. Madrid: San Pablo; 1997. 192p
28. Mayeroff, M. A Arte de servir ao próximo para servir a si mismo. Brasil: Editora Récord; 2013. pp. 24, 33-46.
29. Pineda y D' Alvarado. Metodología de la investigación. Washington DC: OPS; 2008. 46-54p
30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Baptista Lucio P. Fundamentos de metodología de la investigación. Madrid: Editorial McGraw Interamericana; 2007. 136p
31. Sgreccia E. Principios de ética personalista. Madrid - España: Akal; 2009.116p

## ANEXOS

### Anexo N° 01

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi condición de familiar, declaro haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los fines y objetivos que busca la presente investigación, denominada *La imagen de la enfermera desde la perspectiva del paciente y familiar- Hospital II Luis Heysen Incháustegui*, tiene como objetivo caracterizar la imagen de las enfermeras que laboran en el Hospital II Luis Heysen Incháustegui.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona y si alguna de las preguntas durante la entrevista me parecen incómodas, tengo el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se realice la entrevista sobre mis vivencias como padres de un hijo con leucemia.

Chiclayo....., 2013

---

Firma o Huella Digital del participante

**Anexo N° 02****ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFUNDIDAD**

Instrucciones: La participación en la entrevista será en forma voluntaria y anónima para poder llevar a cabo la investigación, titulada *La imagen de la enfermera desde la perspectiva del paciente y familiar- Hospital II Luis Heysen Incháustegui*, solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas:

1. ¿Cómo piensa usted que debe ser la enfermera?
2. ¿Qué imagen tenía usted de la enfermera antes de llegar a este hospital?
3. ¿Cómo describiría usted a las enfermeras que laboran en este hospital/servicio?
4. Desea agregar algo más

### Anexo 03. RESULTADOS PRELIMINARES

#### CODIFICACIÓN DE DATOS

TRATAMIENTO DE ENTREVISTAS ANÁLISIS DE CONTENIDO SEGÚN BARDIN				
CATEGORÍAS EMPÍRICAS			CATEGORÍAS TEÓRICAS	CATEGORÍAS DEL ESTUDIO
FRAGMENTO	Primer análisis		CODIFICACIÓN DE UNIDADES	
	UNIDADES DE ANÁLISIS			
La enfermera... creo que debe ser una persona capacitada a nivel profesional, que conozca muy bien su trabajo, porque eso es importante... que sepa muy bien cómo hacer su trabajo, que sea cumplida, responsable y, sobre todo, que sea una buena persona, que sea servicial, amable con los demás.	Persona capacitada profesionalmente, responsable.	6. Profesional que debe estar preparado	CT1: Las condiciones de trabajo son el conjunto de factores que actúan sobre el individuo en el medio laboral.	
	Servicial, amable con los demás, buena persona.	18. Servicial, amable, buena persona.	CT2: Modalidades bajo las cuales se consume la fuerza de trabajo	
Debe ser una persona especial, amable, comprensiva, que tenga esas actitudes, valores positivos porque están cuidando personas y me es un poco difícil pensar en una enfermera desganada, triste o amargada... que si hay, las he visto pero no creo que así deban ser... son así como ejemplo de limpieza, sonrisa, una persona buena.	Persona amable, comprensiva, con valores positivos que le faciliten el cuidado.	1. ser buena enfermera es poseer un don para el cuidado de las personas.	CT3: Conjunto de acciones, actividades, tareas y procesos discontinuos propios de enfermería, con grados de complejidad diferentes.	
	No debe mostrarse triste, desganada.	19. Ejemplo de limpieza.	CT4: Condiciones de trabajo agotadoras por sobrecarga de tareas, jornadas prolongadas, turnos rotatorios, trabajo nocturno	
	Ejemplo de limpieza, sonrisa.	20. Debe mostrarse siempre sonriente, alegre, con buen humor.	CT5: La enfermería no puede ser desempeñada por cualquier persona, pues requiere estabilidad emocional, distinción moral y ser respetuosa.	
Al principio asusta un poco, uno quiere o prefiere ir a un hospital más grande como el Almanzor, mi madre, es una mujer mayor, ya ha estado hospitalizada allá, y sí, bueno, como en todo lugar hay gente buena y también mala, pero por lo menos tienen más experiencia son señoras adultas ¿no? Y aquí las veía tan jovencitas que por más buenas que son, al principio tenía mucho miedo, pero ya ahora me siento mejor.	El hospital genera temor, y frente a esto se prefiere enfermeras adultas con experiencia aunque su trato no sea el mejor, en lugar de enfermeras jóvenes con aparente inexperiencia.	14. La juventud de una enfermera puede significar inexperiencia y al mismo tiempo inteligencia	CT6: Al profesional de enfermería se le encarga el papel de hacer cumplir normas, rutinas y demás en los servicios de salud.	
	A pesar del buen trato, la juventud genera desconfianza.	21. La juventud se asocia con inexperiencia y genera temor, desconfianza.		

En varias oportunidades las he visto haciendo su trabajo, con el médico, haciendo sus papeleos... tantas cosas que tienen por hacer...en verdad parece que saben varias cosas diferentes, cada una en sus cosas ¿no?	Conocimiento y manejo de diversas actividades	5. Precisa de conocimientos para realizar procedimientos	CT7: Enfermería es una práctica sometida a las condiciones del mercado de trabajo.
		6. Profesional que debe ser preparado	CT8: Al personal de enfermería se le responsabiliza de la organización, distribución y control del trabajo del equipo de enfermería.
Tienen mucho trabajo, tratan de darnos un tiempo a cada uno, cuando vienen a dar sus medicamentos, nos hablan, nos explican bastante bien, conocen su trabajo, hacen tantas cosas. Creo que por eso a veces están tan apuradas eso no lo veo malo, quieren cumplir con su trabajo, quieren hacer sus cosas bien... Eso es bueno.	Comunicación a pesar de sobrecarga de trabajo	22. Intentan mantener la comunicación continua a pesar de la sobrecarga de trabajo	CT9: La enfermera debe alcanzar la excelencia a través de las relaciones interpersonales que establece con los profesionales y los sujetos de atención en contextos institucionales y culturales.
	No debe mostrarse triste, desganada.	23. La enfermera debe ser alegre, sonriente, no mostrarse triste.	
	Responsabilidad en el cumplimiento de actividades en corto tiempo.	24. La enfermera es responsable en sus actividades durante el turno	
En realidad, le mentiría al decirle que me han tratado mal o algo así... pero en lo poco que yo puedo conocer, las veo siempre apuradas, con mucho trabajo, algunas veces las he escuchado decir que no hay mucho personal. Ojalá eso pueda solucionarse, porque sé que hacen su mejor esfuerzo pero siempre nos quedamos algunos en el aire, a pesar de que conocemos cómo atender a nuestro paciente. Yo a mi madre la limpio, la baño, la alimento, sé cuidarla, pero me da miedo algunas cosas aquí, uno aprende viendo día a día, como se dice gana experiencia, pero es importante que ellas también nos puedan atender a todos y a veces siento que ellas también se molestan por eso...	Sobrecarga de trabajo, corto tiempo.	10. Enfermeras desatentas por la sobrecarga de trabajo	CT10: El trabajo de la enfermera puede pasar desapercibido por los pacientes y sus familias, excepto por las conductas y actitudes que dé durante el cuidado.
	Falta de personal	25. Sobrecarga de trabajo, falta de personal, generan frustración en las enfermeras	
	Frustración al no poder cubrir las necesidades de todos los pacientes		
	Aprendizaje de actividades y rutinas con el día a día	26. Capacitación al familiar cuidador durante la hospitalización.	