

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

ESCUELA DE POSTGRADO



**REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA “BUENA
ENFERMERA” DESDE LA PERSPECTIVA DEL
PACIENTE HOSPITALIZADO
CHICLAYO-PERÚ, 2012**

AUTORA: PERLA MARINA DEL PILAR BARBOZA ALARCÓN

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

Chiclayo, 2012

**REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA “BUENA ENFERMERA”
DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
CHICLAYO-PERÚ, 2012**

POR:

Perla Marina del Pilar Barboza Alarcón

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado
Académico de:

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Dra. Sofía Sabina Lavado Huarcaya
Presidenta de Jurado

Mgtr. Miriam Elena Saavedra Covarrubia
Secretaria de Jurado

Dra. Elaine Lázaro Alcántara
Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO, 2012

*Dedico esta producción científica a mis queridos pacientes, por ser
las personas que me enseñaron amar mi profesión.
Y a todas las enfermeras de ayer, de hoy y de mañana,
con el deseo de motivarlas a ser protagonistas del
reconocimiento social de nuestra profesión.*

*Agradezco a mis padres, a quienes les debo que sea una
enfermera orgullosa de su profesión.*

*A mi esposo e hijas, por ser los motivos permanentes de
mi superación.*

*A Elaine, por ser, además de amiga, mentora en mi desarrollo
profesional.*

Y sobretodo,

A Dios, por haberme permitido, ser una enfermera que quiere ser cada vez mejor.

A todos ellos, mi eterna gratitud.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: Marco contextual	19
CAPÍTULO II: Marco teórico-conceptual	
1. 1 Antecedentes	26
1.2 Base teórica conceptual	29
CAPÍTULO III: Marco metodológico	
3.1 Tipo de investigación	36
3.2 Abordaje metodológico	36
3.3 Sujetos de estudio	39
3.3 Escenario	41
3.5 Instrumentos de recolección de datos	43
3.6 Procedimiento	44
3.7 Análisis de datos	45
3.8 Criterios éticos	50
3.9 Criterios de rigor científico	52
CAPÍTULO IV: Análisis individual y representación gráfica	54
CAPÍTULO V: Análisis y discusión	104
CONSIDERACIONES FINALES	144
RECOMENDACIONES	148
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXOS	
Anexo N.º 01: Cuestionario socio-demográfico	156
Anexo N.º 02: Test de Asociación libre de palabras	157
Anexo N.º 03: Entrevista semi estructurada a profundidad	158
Anexo N.º 04: Cuadro de Asociación de palabras	159
Anexo N.º 05: Procesamiento de entrevista	161
Anexo N.º 06: Elementos significativos	166
Anexo N.º 07: Consentimiento informado	168

LISTADO DE GRÀFICAS

Gràfica N°. 01: Realidad problemàtica de la construcci3n de la imagen de “Buena enfermera”.	xvii
---	------

LISTADO DE CUADROS

Cuadro N°. 01: Frecuencias de elementos simples y elementos asociados	49
Cuadro N°. 02: Clasificaci3n de elementos, fragmentos y asociaciones de 18 entrevistas analizadas.	55
Cuadro N°. 03: Categorías emergentes segùn frecuencia de elementos significativos.	105
Cuadro N°. 04: Primera categoría: “Buena enfermera...mala enfermera”.	107
Cuadro N°. 05: Segunda categoría: “Mujer de vocaci3n con atributos personales”.	128
Cuadro N°. 06: Tercera Categoría: “Reconocimiento social de la “Buena enfermera”.	136

LISTADO DE FIGURAS

Figura N°. 01: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 01	57
Figura N°. 02: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 02	60
Figura N°. 03: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 03	63
Figura N°. 04: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 04	66
Figura N°. 05: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 05	69
Figura N°. 06: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 06	72
Figura N°. 07: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 07	74
Figura N°. 08: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 08	76
Figura N°. 09: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 09	79
Figura N°. 10: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 10	82
Figura N°. 11: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 11	85
Figura N°. 12: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 12	87
Figura N°. 13: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 13	89
Figura N°. 14: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 14	91
Figura N°. 15: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 15	94
Figura N°. 16: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 16	97
Figura N°. 17: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 17	99
Figura N°. 18: Esquema de asociaciones de la entrevista N°. 18	102

RESUMEN

Esta investigación profundiza la Representación social de “Buena enfermera” desde la perspectiva del paciente hospitalizado del servicio de cardiología HNAAA, Chiclayo- Perú. Objetivos: caracterizar, analizar y discutir la representación social de la “Buena enfermera” desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados. Referencial teórico: Representación social de Moscovici (1979) y Jodelet (1989) e Imagen de Vieira (2002), emergiendo el constructo “Buena enfermera”. Recojo de información: entrevista semiestructurada y Test de asociación libre de palabras. Tratamiento de la información: Método de asociación de contenido de Porto et al (2003). Emergieron tres categorías: “Buena enfermera...mala enfermera”, resultado de un actuar divergente según la capacidad profesional, interrelación con el paciente y entrega en el cuidado. “Mujer de vocación con atributos personales”, convergiendo aquí, las características personales atribuidas a la buena enfermera y el carácter vocacional de la profesión. Y, “Reconocimiento social de la enfermera”, al inspirar seguridad y confianza, siendo valorada y respetada por los pacientes. Finalmente, se representó socialmente a la “Buena enfermera”, en base a caracterizaciones otorgadas discursivamente, como resultado de la interrelación vivenciada durante la hospitalización del paciente, lo que reconfiguró su censo común. Razón por la cual, la exigencia social de una buena enfermera espera que sea una persona humana con vocación, poseedora de valores y virtudes así como de amplio conocimiento, que le permita entregarse en su cuidado, estableciendo una interrelación paciente-enfermera, que permita diferenciarla ante los demás, generando la seguridad y confianza que le proporcione la valoración y el reconocimiento de la sociedad.

Palabras clave: Representación social, imagen, enfermera.

ABSTRACT

This research, evidence, the social representation of the "Good nurse" from the perspective of patients, the Cardiology department of hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, of Chiclayo, Peru's Health. Objectives were to characterize, analyze and discuss the social representation of the "Good Nurse" from the perspective of hospitalized patients. The theoretical framework is based on concepts of Social Representation of Moscovici (1979) and Jodelet (1989), and Image of Vieira (2002), the construct emerging "Good nurse". The information gathering was to test semi structured interview and free association of test words. The information will be treated to Method content association, Porto et al. (2003). Three categories emerged "Good nurse... bad nurse", the result of the ability to act as divergent professional relationship with the patient and care delivery. "Woman of vocation with personal attributes", converging in this category, personal characteristics attributed to good vocational nurse and character of the profession. And, "Social recognition of the nurse" to inspire trust and confidence, to be valued and respected by patients. Finally it has been allowed to represent socially "Good nurse" from the perspective of hospitalized patients, based on characterizations discursively granted as a result of the interplay experienced during hospitalization, which reconfigured its common census. Reason, the social demand for a good nurse is expected to be a human person with a vocation, possessing values and virtues as well as extensive knowledge that allows care delivered, establishing a patient-nurse relationship, allowing differentiate to others, creating the security and confidence to provide the assessment and recognition of society.

Key words: Social representation, nursing, nurse.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la imagen de la enfermera está construida desde una falsa idea de su cometido profesional y de su contribución en la salud de la población. Y a pesar de sus espectaculares logros conseguidos, estos no han cambiado la imagen social que de ellas se tiene, perpetuando representaciones plagadas de estereotipos, valores y creencias como: “subordinada al médico”, identificada con la “caridad y religión”, “profesional de oportunidades limitadas”, “poco remunerada” y con “malas condiciones de trabajo”, entre otros, convirtiéndose en atributos, concepciones, comúnmente aceptados, para identificar este grupo profesional.

Cuando Enfermería pasó a ser reconocida como profesión y se incorporó en la estructura de producción de servicios de salud en el hospital, la delimitación de sus dominios de conocimiento, la legitimidad de su campo de práctica y su *status* profesional generaron una serie de opiniones sociales convergentes y divergentes, inclusive, entre los propios agentes de enfermería y de salud, lo que ocasionó una intermitencia en la construcción de la imagen de la enfermera como profesional, llegando a cuestionar si Enfermería es o no una profesión.

La idea de profesión implica pensar en una práctica eficaz y un modo particular de adquirir su saber, además de su legalidad y reconocimiento de la capacidad para desempeñar una tarea específica dentro de un campo de conocimiento ⁽¹⁾. Es claro que hoy en día, Enfermería ha reconocido que su saber está configurado en la estructura del conocimiento del “cuidado de enfermería”, corporificado, según Almeida,⁽²⁾ en un nivel técnico (instrumentos y conductas) y en las relaciones sociales específicas que establece con los sujetos a quienes cuida, lo que legitima su proceso de trabajo.

El proceso de trabajo de enfermería ha estado sociológicamente relacionado con la indefinición de su objeto de conocimiento y sus orígenes, situación que la ubicó como una actividad empírica, ligada a la tradición, lo doméstico, lo instrumental y operativo, experimentando dificultades para delimitar su territorio profesional, es decir, no ha podido demostrar la exclusividad de su quehacer, creando asimetrías en su *status* profesional, el que se genera a través de medios socio ideológicos como: la imagen de excelencia que proyecta la enfermera al cuidar de un paciente y la dignidad en su trabajo intelectual, reflejado a partir de su autonomía en la planificación de dicho cuidado, demostrando capacidad de dar respuestas a las dudas terapéuticas de los pacientes; y su posicionamiento en la toma de decisiones de su competencia y dominio.⁽³⁾

Estas exigencias en el actuar profesional de enfermería, no han ido a la par con el desempeño asumido en la práctica de cuidado al paciente que por lo común, puede estar ligado con el desarrollo de tareas que se caracterizan por el cumplimiento de su trabajo por obligación o cuidando simplemente por una remuneración, reduciendo de esta manera su quehacer a un medio de supervivencia, demostrando falta de compromiso para con la profesión. O; por otro lado, un desempeño de enfermeras, cuya pasión por lo que hacen las convierte en profesionales “amables” a los ojos del paciente y del equipo de salud.

Las diferentes formas de ver a la enfermera hacen que el paciente perciba o sienta que la enfermera puede ser “buena” o “mala”, dependiendo de si soluciona el problema que motiva la demanda de su atención, y si esta solución cumple con las expectativas, requisitos o exigencias del paciente en cuanto a lo que entiende debe ser el cuidado por parte de la enfermera. ⁽⁴⁾ Al respecto, Waldow, afirma que los pacientes están interesados en recibir un trato amable, sentirse seguros y confiados. ⁽⁵⁾

Los pacientes hoy en día demandan de la enfermera no solo conocimiento y habilidad manual, sino “sensibilidad”, inclusive ellos expresan un ideal de enfermera que ellos esperan y necesitan. Esta forma idealizada, ancorada en el imaginario social de los pacientes, sobre la imagen de la enfermera, es construida a partir del quehacer de su práctica profesional que, como tal, está mediada por una serie de factores históricos (herencias de la enfermería), sociales (género y disciplina) y políticos (capitalismo y estructura hospitalaria) que han contribuido en la generación de una imagen social de la enfermera fragmentada entre lo “bueno” y lo “malo”, lo “humanizado” y “deshumanizado”, lo “vocacional” y lo “indiferente”, argumentando con ello una dicotomía dialéctica a la hora de identificar y construir la imagen social de la enfermera.

A partir de estas dicotomías, surge una nueva problemática configurada en el “actuar de la enfermera”, que al parecer, es lo que contribuye a determinar la construcción positiva o negativa de su imagen. Pero, ¿de dónde surge la forma de actuar de la enfermera? La respuesta a esta pregunta configura parte de la problemática toda vez que la identidad social de la enfermera, no solo se genera a partir de su actuar, sino que, tiene además un grado de institucionalización y objetivación en las estructuras normativas, cognoscitivas y estatales.

La identidad social de la enfermera es construida a partir de experiencias que ofrece la educación formal de la misma, a través de una imagen objetiva plasmada en

un perfil académico específico, cuyos objetivos educacionales han perpetuado un actuar de enfermería ligado a una ética laboral, propia de gremios medievales, que atribuían un valor intrínseco al trabajo, como: disciplina, vocación personal, estar siempre al servicio de todos, nobleza y excelencia moral. ⁽⁶⁾

Esta identidad y su proyección en una imagen es reconfigurada cuando se confronta con la práctica social y las relaciones que la enfermera establece con los usuarios de sus servicios, con el grupo de trabajo y la institución donde labore. Asumiendo esta aseveración como “verdad”, se acepta, entonces, que la orientación del actuar de la enfermera es uno de los pilares en la construcción social de su imagen, sumada al contexto laboral donde se desenvuelva.

El actuar de la enfermera ha transitado por diferentes hábitos y actitudes señaladas como parte de las responsabilidades y características del quehacer de la enfermera que; por un lado, dejaron olvidada a la persona en sí, invisibilizando el cuidado; y por otro, indujo a la enfermera a orientar su actuar hacia una visión medicalizada, biomédica, fragmentada; asumiendo actividades dispersas ligadas al acto médico como: organización de hospitales, sistemas tecnificados de información y otras actividades médicas que la desconcentraron y la alejaron de su razón de ser: el cuidado a la persona.

Autores, como Bittes Jr., revelan cuán importante es el comportamiento de la enfermera como cuidadora frente al paciente, relacionándolo con recibir atención, cariño, tener paciencia, estar disponible y dar seguridad, dando como resultado una apreciación satisfactoria de la atención que la enfermera brinda. Sin embargo, estas conductas se minimizan frente a la centralidad que las enfermeras hospitalarias tienen sobre la atención de la enfermedad y no del enfermo, enfatizando en el aspecto físico, administración de medicamentos, seguir indicaciones médicas, de actitud sumisa y algunas veces hasta dependiente. ⁽⁴⁾

Esta afirmación tiene sustento en las cada vez más comunes quejas que la población expresa en ambientes hospitalarios, centros de salud o a través de los medios de comunicación, sobre el trato recibido por el personal de salud, específicamente por la enfermera; manifestando insatisfacción, caracterizándola además con estereotipos, como: “ayudante de médico” y “la que cumple indicaciones médicas”. Esta cualificación, sobre el actuar de la enfermera, refleja que aún persiste en el sentido común de la gente una simbolización de la enfermera subalterna a la figura del médico. Esta situación se vio reflejada en la investigación de Albert,⁽⁷⁾ quien encontró que los pacientes opinaron en su mayoría, que el quehacer de la enfermera se centra en ser “ayudante del médico”, lo que podría estar reflejando una confusión acerca de lo que hace la enfermera profesional hoy en día, considerando, incluso, que esta característica es parte de ser una buena enfermera.

Estas confusiones sobre el rol social de la enfermera como profesional, se han impregnado tanto en el colectivo social e inclusive en la mentalidad del colectivo de enfermeras, a quienes también les cuesta delimitar sus funciones muchas veces cuestionándose sobre sí ¿es la actuación de la enfermera una actuación propia o es delegada por el médico? En este sentido, es importante precisar que la enfermera ha generado una imagen de dependencia a partir de la organización hospitalaria que se centró en el “acto médico” y alrededor del cual gira la labor de ella, aunque no sea lo único que haga o, mejor expresado, aunque no sea lo único que deba hacer.

El actuar de la enfermera se configura de acuerdo a las condiciones de trabajo en las que se desempeña, con exigencias mercantilistas de productividad, sobrecarga de pacientes y/o atenciones, distanciamiento de la atención directa para centrarse en lo administrativo, sobrecarga funcional, deficiente calidad en el cuidado, afectando con ello el impacto que genera ante el paciente, su familia y sociedad.

Esta realidad experimentada por el colectivo de enfermeras responde a un sistema de salud asistencialista cuyas políticas, obligan a las instituciones hospitalarias, a regirse por criterios eficientistas con indicadores de productividad, a los que debe adaptarse la enfermera.⁽⁸⁾ Ella dispone solo de un tiempo mínimo para interactuar con el paciente, lo que genera expresiones como: *“a la enfermera apenas la he visto una vez”, “¡qué indiferencia y falta de humanidad de esta enfermera!, “la señorita apenas saluda, no nos explica nada”*, con el consecuente deterioro de su imagen profesional.

Hace décadas Travelbee reconoció un gran problema en el ejercicio de la profesión, consideraba que los cuidados de enfermería que se daban a los pacientes carecían de compasión, y postuló que la enfermería necesitaba una revolución humanística, un regreso a la función cuidadora y a la preocupación por los enfermos,⁽⁹⁾ aspecto que se ve limitado por la sobrecarga de trabajo de la enfermera, además, de aspectos personales de la misma.

Los ambientes hospitalarios se convierten en espacios de locución para que pacientes y familiares, expresen su disconformidad frente al trato recibido por la enfermera, lo que permite expresiones diversas que la adjetivan de “buena” o “mala” enfermera: *“la enfermera que está de turno, en la tarde, es mala, la que estuvo en la mañana es una buena enfermera”, “las enfermeras en el otro servicio nos han tratado muy mal, son renegonas y mandonas”*.

Quispe⁽¹⁰⁾ realizó un estudio en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima, con pacientes hospitalizados poniendo en evidencia que la atención de enfermería es lo que configura la forma de ver a la enfermera, encontrando diversas expresiones: *“La enfermera no explica el procedimiento que realiza”, “el tiempo de demora es notorio”, “se muestra insensible ante el dolor”, “hay inseguridad y lentitud en su actuar” “despreocupación ante los efectos del tratamiento”; “desagrado por las expresiones de prepotencia y descortesía al saludo”, “uso de un lenguaje complicado al dirigirse a la persona y no llamarlo por su nombre”*, entre otros.

Es importante considerar que esta realidad puede determinar la manera como es visto el profesional de enfermería, así como los sentimientos que genera, a consecuencia de su modo de actuar y en cómo despliega sus relaciones con su entorno. La enfermera considera comúnmente que es el compromiso y buen trato a las personas que atiende lo que permite generar una identidad profesional, ⁽¹¹⁾ con la consecuente proyección de una buena o mala imagen, siendo estos dos aspectos los que principalmente fortalecen su identidad y representación por la sociedad; es decir, la identidad e imagen se evidenciarán en la medida que respetamos al individuo y nos respetamos nosotros mismos.

La problemática descrita se agudiza cuando se intenta configurar la representación de la buena enfermera en el Servicio de Cardiología, pues el paciente cardíaco tiene la particularidad de tener una sensibilidad desarrollada debido a la naturaleza de su enfermedad, la idea de tener afectado un órgano de vital importancia como es el corazón, “lo pone al límite”. En este sentido, posee una gran necesidad de cuidado total, afectivo, oportuno y especializado. Entonces, ¿cómo debiera ser la enfermera que habrá de cuidarlos?, ¿qué cualidades debiera tener? , ¿cuál es el ideal de enfermera que circula en el imaginario social de los pacientes cardiológicos?, ¿cómo creen los pacientes que debe actuar la buena enfermera?

Estos cuestionamientos son resueltos a lo largo del trabajo, configurándose el siguiente planteamiento de investigación: ¿Cuál es la representación social de la “Buena enfermera” desde la perspectiva del paciente hospitalizado. Servicio de cardiología HAAA. Chiclayo- Perú. 2012?

El objeto de estudio fue: La representación social de la “Buena enfermera”. Se consideraron los siguientes objetivos:

- Caracterizar la representación social de la “Buena enfermera” desde la perspectiva del paciente hospitalizado en el servicio de Cardiología.
- Analizar y discutir los elementos emergentes en la construcción de estas representaciones sociales sobre la “Buena Enfermera”.

La representación social de la enfermera es dinámica y en su construcción existe una diversidad de aserciones, confusiones, creencias, mitos y estereotipos, social e históricamente, contruidos a partir del sentido común de la gente. Por lo que el estudio pone énfasis en el análisis de aquellas cualidades que caracterizan a la “Buena enfermera” desde la perspectiva del paciente hospitalizado, quienes a partir del actuar de la enfermera en su ejercicio profesional y lo que socialmente circula a través de las comunicaciones, asumen una postura constituida de ideas y significados que interpretan la realidad y elaboran un constructo reidificado.

En este sentido, la temática del presente estudio, es de gran interés para el colectivo de enfermeras, pues contribuye en la construcción y reconstrucción de su imagen social, permitiendo que las enfermeras se motiven a ejercer su papel social, de forma compatible con la imagen idealizada que los pacientes tienen sobre la buena enfermera.

Esta imagen socialmente construida permite repensar la eterna dicotomía que existe entre el perfil de enfermera generado a partir de la formación académica y el ideal de las personas que reciben sus servicios. Esto sin excluir a las instituciones asistenciales, gremiales y el propio Estado, quienes tienen que asumir el reto de generar espacios públicos para el profesional de enfermería, que permitan reconfigurar el retrato social de la profesión de enfermería por ser esta una práctica social con una demanda social.

Ante la existencia de muy pocas investigaciones que tienen como objeto de estudio la representación social de la enfermera desde la perspectiva del paciente, esta investigación se constituye en un punto importante de referencia para nuevas investigaciones que a partir de los resultados generen otros objetos de estudios que contribuyan a delinear el ideal de enfermera que existe en el pensar de pacientes, familia, equipo de salud y comunidad.

Estructuralmente, el trabajo de investigación se divide en cinco capítulos: El capítulo I: Marco teórico-conceptual, en el que se consigna el análisis de los conceptos y referenciales investigativos que componen el objeto de estudio.

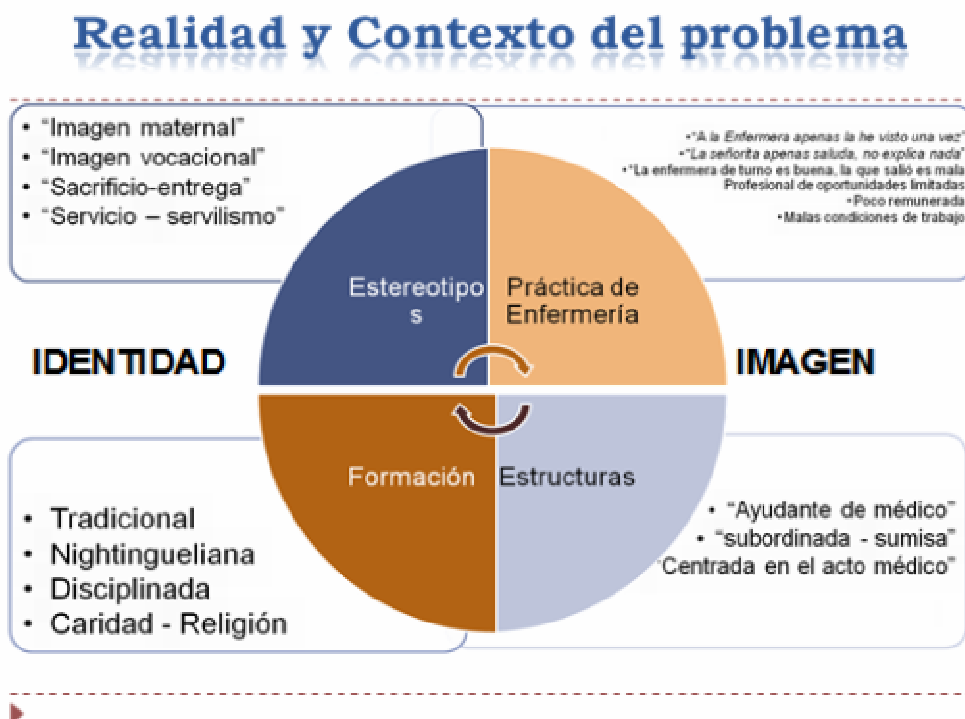
El capítulo II: De contexto, intenta (re) construir la génesis de aquellos estereotipos, y creencias generados desde lo histórico y social a través del desarrollo de la enfermería la imagen que ha generado en las personas cercanas a su actuar.

El capítulo III: Marco metodológico, describe la trayectoria seguida en la investigación, enfocando el método del estudio, en lo que se destaca los componentes del proceso de investigación, escenario, sujetos de estudio y el tipo de análisis con el que se trató la información.

El capítulo IV: Análisis individual de las representaciones, aquí se objetiva la representación social de los pacientes sobre la “Buena enfermera”, a partir del análisis individual y representación gráfica, de los discursos, de 18 entrevistados realizadas en el escenario de estudio, las cuales fueron analizadas siguiendo el método de asociación de contenidos, elaborándose esquemas individuales de representación, donde se interpreta el significado de los elementos emergentes en las entrevistas.

El capítulo V registra el análisis y discusión de las categorías, producto del pasaje de las bases textuales individuales para un enfoque colectivo. Las categorías

que emergieron son: “Buena enfermera...mala enfermera”, “Mujer de vocación y atributos personales” y; finalmente, “Reconocimiento social de la buena enfermera”.



Gráfica N°. 01: Realidad problemática de la construcción de la imagen de “Buena enfermera”

Fuente: Propia

Finalmente, se presentan las consideraciones conclusivas producto de los resultados del estudio de investigación, y del análisis de las características que configuran la imagen de la “Buena enfermera”.

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL

Objetivar una representación social, desde la perspectiva seguida por Moscovici, no puede ser comprendida sin repensarla desde lo histórico y lo social. Esta apreciación da sentido a lo ancorado en las estructuras que configuran las categorías ya conocidas y que circulan en el imaginario social de la gente sobre la imagen de la “Buena enfermera”. Comprender la génesis de estas estructuras socialmente establecidas es lo que concentra el análisis de este capítulo.

Cuando se pretende analizar la imagen de la enfermera, desde los complejos trazos que la configuran, la caracterizan y la componen, no se puede prescindir de aquellos aspectos culturales, sociales, históricos, políticos y hasta económicos que han ido materializando y dinamizando la forma en que ha sido transmitido el significado social de ser una buena enfermera, la cual ha tenido una estrecha relación

con el lugar que la mujer ha ocupado socialmente y la forma como ella ha tenido que adaptarse para coincidir con lo que el mundo estableció para ella.

La enfermería históricamente ha estado inserta en un campo de batalla por la apropiación de un espacio legítimo en la sociedad, intentando romper con la invisibilidad otorgada por sus orígenes. En este sentido, el análisis contextual de la génesis de la imagen de la enfermera, está relacionada con el papel social atribuido a la misma y las características que configuraron lo simbólico de “Buena enfermera”.

El origen de la construcción de “Buena enfermera” es apenas el despunte de un pensamiento dialéctico que implica diferenciarlo de lo “malo”. Así, en los orígenes de la vida, la figura de ser una “buena cuidadora” (ya que no existía la configuración de enfermera) significaba ser una “buena madre o mujer”, que partiendo de un conocimiento empírico, intuitivo, le permitía asegurar la continuidad de la vida. Esta mujer a través de su cuidado enfrentaba la muerte y la enfermedad, en un contexto de escasa valoración social y cultural. ⁽¹²⁾

La mujer cuidadora siempre fue vista como una persona que ayudaba al otro, haciendo lo que fuera necesario para asegurar la manutención y continuidad de la vida. Ello la convirtió en curandera, que a partir del dominio de las propiedades de las plantas, la hizo poseedora de algún tipo de conocimiento, de secretos prácticos que intercambiaba con otras y otros, ejerciendo una medicina sin diploma y transmitiendo su conocimiento de generación en generación”. ⁽¹³⁾

La necesidad de asegurar la manutención y continuidad de la vida, dio origen a la organización social, configurada en la distribución de tareas o actividades indispensables asumidas por hombres y mujeres. Esto generó la división sexuada del trabajo que marcaría el lugar del hombre y la mujer en la sociedad y economía del mundo clásico.

El papel de la mujer se redujo principalmente al hogar, ya que se consideraba vetado el espacio público para ella, de este modo, su actividad se circunscribió al ámbito doméstico. La mujer era representada bajo la figura de amas de crías, ayudantes de enfermos, tal como consta en los relatos de la Odisea, donde Ulises reconoce en la esclava Euriclea, el dominio de las hierbas medicinales, denominándola “Buena enfermera”.⁽¹⁴⁾

La respuesta de la mujer a las diferentes necesidades sociales permitieron el nacimiento de un conjunto de actos que tenían como finalidad perpetuar la vida del grupo, por lo que emergió el acto de velar, cuidar, tomar en cuenta, contribuyendo a la adquisición del “saber hacer” y “saber utilizar”, cuidados, rituales y creencias. Todas estas acciones pasaron a constituir el saber de la práctica de cuidado y algunos de ellos pasaron a conformar las cualidades con las cuales se reconocería el ideal de cuidadora y hoy de enfermera.

Todas estas prácticas al ser ejercidas principalmente por mujeres, carecieron de valor social, ya que eran generadas por la experiencia y la intuición, asociadas a las tareas femeninas como: la atención del trabajo de parto, cuidado de los niños, tomar en cuenta de los vivos y los muertos.⁽¹⁵⁾ Este fundamento determinó finalmente la génesis de una imagen de enfermera altruista, cuya práctica fue desvalorizada económicamente.

Progresivamente las mujeres fueron apartadas de las actividades públicas de cuidado, pasando este a los dominios de la iglesia, en monasterios y conventos, ejerciendo, así mismo, el control de los hospitales de la época. La influencia de los valores religiosos originó la concepción vocacional de la enfermería, considerándose como un ideal de enfermera aquella que se dedicara al hospital como una religiosa a su convento, desarrollando duros trabajos manuales cubriendo las necesidades del enfermo y peregrinos generando el carácter de oficio de la enfermería.

Bajo este modelo la buena enfermera debía tener espíritu de “ayuda” al prójimo, capacidad caritativa, anteponiéndose las necesidades espirituales a las físicas, psíquicas, sociales y económicas. Así mismo, ella debía cumplir con ciertas condiciones: ser libre, soltera, sana, ni muy joven, ni muy bella, no debían de casarse por el contrario debían consagrarse como religiosas dispuestas a cuidar de enfermos en auspicios con el objetivo del “salvación del alma”.⁽¹⁶⁾

Es importante precisar que en esta época la mujer pasaba de una representación de “mujer condenada”, relacionada con el pecado, a “mujer consagrada”, exponiendo una imagen virginal con influencia eclesiástica dedicada a los pobres e infelices. La tarea principal de estas mujeres estaba dirigida a los más necesitados, favoreciéndose una organización primitiva de enfermería a través de la fundación de hospitales por mujeres aristócratas.⁽¹⁶⁾

Los cuidados de enfermería durante muchos siglos asumieron una perspectiva “caritativa” para la sociedad, sin connotaciones de aprendizaje, calidad y salarios, apartándose de su dimensión material y económica de sus servicios. Paralelo a ello los barberos o cirujanos se introdujeron en el ámbito universitario logrando así la titulación de médico-cirujano (título que hasta hoy está vigente), por el contrario las cuidadoras enfermeras, representadas por la “ayuda” estuvieron apartados del conocimiento disciplinar, generándose para ellas un sistema de instrucción para el correcto cumplimiento de las órdenes médicas.

Es esencial puntualizar que esta jerarquización fomentó en la sociedad una imagen de enfermera de segundo nivel, con una práctica estática y cumplidora de órdenes médicas, subordinada y sumisa. Este hecho puede explicar, en parte, el estancamiento de la enfermería durante muchos años, incluso siglos.

Entrado al mundo moderno, encontramos que la enfermería surge de forma jerarquizada verticalmente, en relación a la clase social de quienes la compone. Los

niveles diferenciados de especialización para enfermeras surgen con Florence Nightingale, quien creó la formación para *nurses* y *ladies nurses*, las primeras relacionadas con los aspectos técnicos y las segundas con lo administrativo. Debían poseer una conducta moral y religiosa que permitiera un carácter coherente con la nueva profesión de enfermería.

La enfermera ideal para Nightingale era aquella que mostraba puntualidad, confiabilidad, discreción, de buena apariencia personal e higiene, administradora nata y organizada, con un récord moral intachable. Aliada a esta imagen de buena enfermera, se impulsó el control del comportamiento de las enfermeras en el continuo de sus actividades (feminidad controlada).⁽¹⁷⁾

Indudablemente, el aporte de Nightingale en la preparación de enfermeras fue decisivo. Ella postuló la importancia de su formación en conocimientos técnicos dando cuenta del desequilibrio intelectual hombre-mujer, afirmando que: “las mujeres anhelan un conocimiento que les enseñe las reglas de la mente humana y como aplicarlas”, a pesar de ello, mantiene un nexo fuerte entre lo científico y lo religioso.⁽¹⁸⁾ Es ella quien cree que el futuro de la profesión dependerá del perfil de sus aspirantes, por ello en un primer intento diseña las características que debería tener una buena enfermera, enfatizando que debe ser una persona poseedora de valores humanistas y principios éticos, con una moralidad y disciplina cimentada.

Un aspecto poco mencionado en el desarrollo de la enfermería y la génesis de los estereotipos que configuran su imagen es la cuestión de la sexualización de la educación que consideró que la enfermería por ser ejercida por mujeres no requería de una formación superior, ya que se consideraba que las mujeres tenían menos capacidad mental que los hombres. Esto reforzó la creencia que enfermería debía ser ejercida por mujeres, punto de vista que hasta hoy prevalece en la sociedad e incluso en miembros del equipo de salud, cuando se piensa que estudiar medicina es mucho

más intenso que estudiar enfermería, lo que luego se traduce en la afirmación “que el médico es un profesional superior a la enfermera”.

Entre los siglos XIX y XX, el avance de la ciencia y la tecnología fue obligando a los hospitales a convertirse en instrumentos terapéuticos, con el consecuente surgimiento de la centralidad en el “acto médico”, lo que originó que emergiera una nueva concepción de salud – enfermedad, transfiriendo poder a la clase médica dominante, demandando del personal de salud, denominados “agentes intermedios”, entre ellos las enfermeras, asuman algunas tareas médicas, reconociéndoseles como personal “paramédico”.⁽¹⁹⁾

Esta nueva representación de la enfermera, como “auxiliar del médico”, se estereotipó en el imaginario social, atribuyéndolo como componente de la acción profesional de la enfermera, permaneciendo inmóvil a través del tiempo. Esta concepción se acompañó, además, de una concepción biomédica de la enfermería que reafirmaría su condición subordinada a la medicina.

En esta etapa, la “Buena enfermera” fue representada como aquella con conocimientos biomédicos necesarios para auxiliar al médico en su práctica, debía poseer dominio especializado de los procedimientos y técnicas requeridas en la atención del paciente, lo que permitió a su vez la profesionalización de la enfermería.

La enfermería de hoy sigue impregnada de su legado histórico y social, considerando que su labor está centrada en aspectos técnicos y no científicos, lo que genera un reconocimiento devaluado de sus acciones. Las limitantes al respecto obedecen a viejas hegemonías instauradas en los servicios hospitalarios que lamentablemente, invisibiliza el cuidado de enfermería, dando soporte a una imagen de enfermera caracterizada por una trama de signos cargados de significados, que orientan la perspectiva de los pacientes entorno al campo de conocimientos, de valor y de acción, generados en su interacción individual con lo social.

En definitiva, el contexto socio histórico y la trayectoria de la enfermería ha impreso características propias a la imagen de quienes los pacientes, consideraron y consideran es una “Buena enfermera”, pudiendo objetivarla de forma compleja a través de atributos centrados en el cuidado que ella brinda, la forma en que ella actúa frente al equipo de salud, específicamente frente al médico y la forma en que ella responde a las necesidades de los mismos.

De igual forma se puede afirmar que, el análisis del tránsito histórico de la enfermería, ha permitido comprender el surgimiento de algunos estereotipos o creencias, que permanecen circulando en el sentido común de la sociedad, representando a la “Buena enfermera” en términos de sus valores, motivaciones, acciones, problemas y desafíos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

La búsqueda de antecedentes nacionales e internacionales en relación a la temática de esta investigación permitió el hallazgo de trabajos con abordaje cualitativo y cuantitativo, que están relacionados directa e indirectamente con el objeto de estudio. Es así que se tiene a:

Nieto, y Cols. (1996), quienes llevaron a cabo en el Hospital General Vall D’Hebron de Barcelona, la investigación titulada “Valoración de las necesidades y expectativas de los pacientes respecto a enfermería”, el objetivo fue conocer la opinión y expectativas que sobre los profesionales de enfermería tienen los pacientes hospitalizados. Los sujetos del estudio fueron 582 pacientes con una edad comprendida entre los 18 y los 80 años. Se planteó un diseño de tipo observacional,

analítico y transversal, utilizando como instrumento para la recolección de datos un cuestionario auto administrado. Las áreas de estudio fueron: características de las enfermeras, tareas de responsabilidad de la enfermera y expectativas de los pacientes. Concluyendo que las responsabilidades que los pacientes refieren con más frecuencia como pertenecientes propiamente a enfermería son: “hacer curas” 512 (88%), y “administrar tratamiento” 484 (83%). Sobre las principales características de la enfermera que consideran como más relevantes están la de ser responsables en su trabajo, 169 (39%), experta en técnicas 240 (32%), y atenta y educada 66 (15%). El área de expectativas más importante para los pacientes fue la de educada 66 (15%), la de comunicación, información y educación. ⁽²⁰⁾

Albert, S. (2003), España, presentó un trabajo sobre “La enfermería, cómo nos ve la sociedad”, cuyo objetivo fue conocer la situación actual de como es la realidad y sus características respecto a la profesión de enfermería, a través de una investigación cuantitativa de corte transversal , en usuarios de la Unidad 11 de salud de Madrid, con el método de muestreo de azar imperfecto, encontró que de 204 pacientes, en su mayoría definieron como los atributos más importantes de las enfermeras, la amabilidad y comunicación, concluyendo que la mayoría reconocieron que ser ayudante del médico, es un aspecto fundamental del quehacer de la enfermera, opinando así mismo, en número considerable que la profesión no es valorada. ⁽⁷⁾

Araujo, D’ S. y Campos, P. (2008) en Brasil realizaron una investigación en 18 docentes de la Universidad de Sao Paulo, titulado “Imágenes de una buena enfermera”, cuyo abordaje cualitativo tuvo como objetivo evidenciar las características de la “Buena enfermera” desde la óptica de los docentes encontrándose siete perspectivas: cumplir sus funciones correctamente, ser paciente, proactiva y defensora, dispuesta a dar la bienvenida a los demás como personas, ser talentosa y competente, realizar las tareas profesionales excelentemente y combinar la autoridad con el poder del paciente. ⁽²¹⁾

Ramió J. (2005), en Barcelona realizó un trabajo sobre “Valores y Actitudes Profesionales”, realizado en 26 profesionales de enfermería colegiados, cuyo objetivo fue el de comprender la práctica enfermera actual, así como el grado de adhesión y jerarquización, a través del análisis de los valores y actitudes que integran la identidad e imagen profesional, concluyendo que los valores y actitudes consolidadas son los estéticos, con la actitud de imaginación, satisfacción y creatividad. Los altruistas, con la actitud de ayuda a los demás, vocación, perseverancia, compasión y compromiso. Los de igualdad, con la aceptación y la tolerancia. Los de libertad, con la actitud de equilibrio, autonomía e inquietud profesional. El de dignidad humana, con la actitud de respeto, confianza y humanidad. El valor de justicia, con la actitud de equidad y objetividad. Y el valor de la verdad con la actitud de honestidad. Destacando además que la imagen ideal de la enfermera va acompañada de rasgos como atemporal, cercana a las personas, se idealiza la responsabilidad, se equipara a persona importante, comunicativa y comprensiva, siendo los valores que acompañan a las imágenes, los altruistas, los de verdad, los estéticos, y los de dignidad humana. (22)

Quispe N. (2005), en Lima, realizó un estudio sobre “Opinión que tienen los pacientes del servicio de Medicina General sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se cita este trabajo pues sus resultados evidencian indirectamente la percepción y opinión de los pacientes respecto al actuar de la enfermera confluyendo en la imagen que el paciente construirá de la enfermera. Los objetivos del estudio fueron: Determinar la opinión que tienen los pacientes sobre la calidad de la atención de la enfermera del servicio de Medicina General del HNAL. Este estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, el método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes hospitalizados en los ambientes de medicina general, la muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple, conformado por 80 pacientes. El instrumento fue la encuesta. Las conclusiones entre otras fueron:” La

opinión de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería es de medianamente favorable a desfavorable, debido a que el paciente manifiesta que la enfermera no le explica el procedimiento que realiza y el tiempo de demora es notorio, se muestra insensible ante el dolor, insegura y lenta, además de despreocupación ante los efectos del tratamiento, y desagrado por las expresiones de prepotencia y descortesía al saludo de la enfermera, así como al uso de un lenguaje complicado al dirigirse a este, al no llamarlo por su nombre, indiferencia ante el ambiente de la unidad, así como los ruidos que impiden su descanso, la invasión de su privacidad y el desinterés por su alimentación”.⁽¹⁰⁾

2.2 Marco Teórico – Conceptual

Como respaldo teórico - conceptual para la presente investigación se ha determinado considerar la asociación de autores como Moscovici y Jodelet, para la conceptualización de representación social, y Vieira, para la comprensión de Imagen; ambos conceptos dieron origen al constructo de “Buena enfermera” el cual constituye, en este trabajo, un concepto propio.

La construcción social de la imagen de una profesión se compone de rasgos que pueden ser permanentes o transitorios a lo largo de su historia, que son materiales o inmateriales, que son explícitos o simbolizados, que son valorados o desvalorados y que responden al contexto social e histórico en el que se reproducen, lo que propicia un movimiento de aproximación o distanciamiento.⁽²³⁾

Desde esta perspectiva, se entiende que la imagen de una profesión es construida a partir de la interacción con el sujeto que la percibe y con el cual, establece una relación de la que aprende y le da sentido. Es decir, la construcción de la imagen de la “Buena enfermera” por el paciente hospitalizado se configura a partir del contexto que rodea la práctica profesional, de los preconceptos generados a partir de lo que circula socialmente a través de las comunicaciones y el conocimiento, así

como, de la valoración positiva diferenciándola de lo negativo, pudiendo converger, uno o más de estos factores.

La imagen de la enfermera puede entenderse como aquella representación que mueve en el individuo su práctica, en base a su proceso de socialización e identificación para desempeñar su papel en la sociedad. Esta apreciación del sentido y significados atribuidos a la enfermería, surgen a partir de la integración entre el mundo exterior y el mundo interior del individuo que a través de la objetivación construyen una representación social, caracterizado a partir de un conjunto de ideas y significados que el individuo posee para interpretar y elaborar una realidad, de acuerdo con sus necesidades dentro de los sistemas culturales.⁽²⁴⁾

Parafraseando al autor, se puede afirmar que, la representación social de la “Buena enfermera” se objetiva a partir de lo que el paciente experimenta en su relación con la enfermera e ideas socialmente preconcebidas, que le permiten elaborar una imagen, de acuerdo con la valoración positiva o negativa, que le genera el desempeño de la enfermera en respuesta a sus necesidades y estigmas culturales.

En este sentido, se considera que el papel desempeñado por la enfermera, tiene una relación directa con el proceso de socialización y su inserción en la sociedad, el cual responde a un contexto que puede estar impregnado de creencias religiosas, prácticas morales, tradiciones profesionales, opiniones colectivas de todo tipo.⁽²⁵⁾ Es decir, que la representación social de la “Buena enfermera” se origina también a partir de la forma como la enfermera construye su identidad profesional, como expresión de las condiciones sociales e históricas que la anteceden y que constituye la forma objetiva en que manifiesta su actuar en respuesta a las necesidades del paciente, y a las propias.

Siendo así, se destaca que en toda sociedad existe la tendencia de jerarquizar o cualificar el prestigio de sus miembros, como un componente necesario para su organización; es decir, la sociedad necesita reconocer quien es la “Buena enfermera”, de tal forma que le permita jerarquizar su valor, lográndolo muchas veces a través de la diferencia con lo que considera es “malo”, con la consecuente generación de estatus lo que permite el prestigio o desprestigio de una profesión como enfermería.

Considerando que el significado social de los pacientes sobre la enfermería, puede no estar necesariamente constituido a partir de características contradictorias que la valorizan positiva o negativamente, sino que puede resultar de lo que la sociedad a dispuesto para discriminar al profesional de enfermería como: sumiso, menos inteligente, relacionado a tareas simples y manuales, sin prestigio; combinadas con características propias del desarrollo histórico de la enfermería como: madre, ángel, paciente, abnegada, caritativa, entre otros, se puede afirmar que por lo complejo de su construcción, resulta fundamental analizar el concepto de representación social.

La definición de representación social (RS)¹ según Moscovici, parte por considerarla como una modalidad de conocimiento elaborado a partir de los comportamientos y la comunicación social entre los individuos. Este autor, estudió como las personas construyen y son construidas por la realidad social, proponiendo que el objeto de estudio sea el conocimiento del sentido común, enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad, a través de los procesos de interacción y comunicación, mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros y a las otras, jugando un papel decisivo la posición social de las personas, así como el lenguaje, en el acopio social del conocimiento que se transmite de generación en generación.⁽²⁴⁾

¹ RS, sigla que se utilizará para abreviar el término de representaciones sociales utilizado en un número de veces considerables en el texto.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Jodelet, afirma que las RS son la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que circulan entre las personas de nuestro entorno próximo o lejano. Así mismo afirma que, el campo de representación designa el saber de sentido común, considerando que este se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido.⁽²⁶⁾

Araya sostiene que la RS, hace énfasis en procesos inferenciales, cobrando importancia una perspectiva hermenéutica, interpretativa, constituyendo sistemas cognitivos en los que es posible conocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa, es decir, se constituyen a su vez como sistemas de códigos de valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva y que rigen los límites en que los hombres y las mujeres actúan en el mundo.⁽²⁷⁾

Conceptualizar la Representación Social significa aceptar que ésta parte del saber común de la gente, obtenido a partir de la relación interpersonal entre los seres humanos y, de cuyas experiencias se aprenden los comportamientos y asumen opiniones acerca de las personas, configurando su imagen.

Es importante comprender que la RS pone énfasis en lo colectivo, por ello Moscovici al explicar la formación de las RS, indica que, entre la relación sujeto-objeto, no existe un solo sujeto, sino que intervienen otros sujetos, a lo que le llama “Alter”(A), que además de relacionarse estrechamente entre ellos y ellas, guardan

estrecha relación con el objeto social, trascendiendo de un esquema diádico a un triádico, donde los otros sujetos interactúan e inciden en la relación sujeto-objeto. ⁽²⁴⁾

En este sentido, se deduce que en la construcción social de la imagen de “Buena enfermera” por el paciente hospitalizado, que representa la relación objeto – sujeto, intervienen los otros sujetos con los que interactúa y que pueden ser cercanos o lejanos a ellos, como la familia, los medios de comunicación, el lenguaje, la cultura, la educación, la historia y la sociedad.

Desde este punto de vista, los sujetos son concebidos como seres que además de pensar autónomamente, producen y comunican constantemente representaciones de forma dinámica. Se afirma así, que las RS se construyen a partir de materiales de diversa procedencia, como el fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia, así como las creencias ampliamente compartidas, los valores y las referencias históricas que forman parte de la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad, materializada en la lengua y objetos materiales, en forma dinámica.

Teóricamente las representaciones sociales, son pensadas como una manifestación de elementos cognitivos, imágenes, conceptos, categorías e ideas, considerándolos como fenómenos socialmente elaborados y compartidos, debiendo ser comprendidos a partir de su contexto de producción en las cuales circulan.

En este sentido, se reconoce que las representaciones sociales rigen las relaciones que se establecen entre enfermera-paciente y paciente-enfermera, orientando las valorizaciones positivas o negativas de las conductas que las enfermeras establecen en su actuar, asociada a aquellas imágenes, categorías e ideas preconcebidas que trae el paciente, generadas socialmente. La comprensión a partir de la objetivación de estas representaciones sociales, son importantes en el cotidiano de enfermería, pues contribuye a interpretar y tomar posición respecto de ello, aceptando o afrontando los significados atribuidos a su actuar y que constituyen

material para la construcción de su imagen profesional, jerarquizada en “buena o mala”.

La configuración de una representación social, se ampara en dos procesos generadores, que tornan lo no-familiar en familiar, es decir que lo social (senso común) transforma un conocimiento en representación y una representación transforma lo social (conocimiento reificado).⁽²⁸⁾

Moscovici, describió dos procesos principales que explican este fenómeno, denominándolo, respectivamente, "objetivación" y "anclaje". La objetivación, es lo social en la representación, torna en concreto, visible una realidad. Al poner en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas. Por ejemplo el concepto de "Buena enfermera" en el paciente, se materializa por características como: "amable, caritativa, sumisa, atenta, etc."

Este proceso de objetivación pasa por tres fases: Primero, se seleccionan ciertos conceptos acordes con nuestra ideología y los separamos del contexto donde estaban (descontextualización). En una segunda fase, se forma un núcleo figurativo, es decir, una estructura de imagen que reproducirá en forma visible una estructura conceptual. En la tercera fase el modelo figurativo adquiere propiedades humanas naturales, tal como se ha demostrado en el ejemplo. Por lo tanto, la objetivación es la concretización de lo abstracto, se refiere a la transformación de conceptos extraños (experiencias imaginarias) a materializaciones concretas, por medio de este proceso lo invisible se convierte en perceptible.

El anclaje: es la representación en lo social, este segundo proceso se refiere al enraizamiento social de la representación y su objeto. A diferencia de la objetivación, que es la constitución formal de un conocimiento, en el anclaje encontramos una inserción orgánica de conocimiento dentro de un pensamiento constituido. Articulando así las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de

integración de lo novedoso, función de interpretación de la realidad, y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales.

El proceso de anclaje se descompone en varias modalidades que permiten comprender el mismo. Estas modalidades son: como se confiere significado al objeto representado. La jerarquía de valores que se impone en la sociedad contribuye a crear una red de significados. Por ejemplo, nuestra sociedad cree que la función principal de la buena enfermera es “ayudar al médico”, y la representa como asistente o adjunta del médico, generando que enfermería deje de ser reconocida como profesional.

Otro de los procesos, está referido a cómo se utiliza la representación como sistema de interpretación del mundo social e instrumento de conducta. Los sujetos se comportan según las representaciones; los sistemas de interpretación proporcionados social e históricamente guían las conductas.

En definitiva, las representaciones sociales además de ser una forma de conocimiento e intercambio de comunicaciones entre el grupo social, permite a las personas hacer referencia a los objetos sociales, clasificarlos, explicarlos y evaluarlos, lo que demuestra la construcción de una representación social de ese objeto.⁽²⁷⁾ Por constituir la RS una modalidad de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal, la presente investigación profundiza el análisis de la representación social del paciente hospitalizado sobre la “Buena enfermera”, partiendo de un análisis contextual que define el ambiente en el cual enfermera y paciente se relacionan, para comprender su pensar en el cotidiano.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La presente investigación al proponer como objeto de estudio la representación social de la “Buena enfermera”, y adentrarse en un tema de complejidad que implica fenómenos relacionables dentro de un contexto, precisó realizar un abordaje cualitativo, con el objetivo de comprender la realidad tal como es vivida, pensada y representada.

Minayo afirma que las investigaciones cualitativas son pesquisas que trabajan el universo de significados, motivos, creencias, valores y actitudes, o lo que corresponde a un espacio más profundo de relaciones, siendo muy importante el análisis de los datos, la redacción del trabajo científico y las reflexiones éticas.⁽²⁹⁾

Los resultados de las investigaciones cualitativas facilitan la comprensión del mundo y permite vislumbrar con eficacia la multiplicidad de particularidades de los sujetos. Considerando que la RS se cimenta entre el individuo y la sociedad, resultó muy significativo su utilización como método, pues ésta, se construye a partir

del fondo social, a su vez, constituido por sus propias creencias ampliadas y compartidas con los otros, los valores considerados fundamentales y la identidad e imagen de la propia sociedad.⁽²⁷⁾

El interés de este estudio se constituyó en la RS de la “Buena enfermera” generada a partir de las experiencias de pacientes hospitalizados, configurándose a partir de significados que estos, le atribuyen.

Es así, que es necesario incidir, en que la RS se produce a través de los mecanismos de anclaje y objetivación. El primero, es la forma en que los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de la RS de dichos objetos mediante una serie de transformaciones específicas, dando cuenta de como incide la estructura social sobre la formación de la RS y de como intervienen los esquemas ya constituidos en la nueva RS. De este mecanismo depende que lo abstracto se vuelva concreto y tangible, siendo este proceso indispensable en el conocimiento social.

Jodelet refiere, respecto de la objetivación, que este proceso tiene tres fases; la primera, es la construcción selectiva, que es la retención selectiva de elementos que se organizan de acuerdo a criterios culturales y normativos, se retiene solo lo que concuerda con el sistema de valores, de allí que la misma información sea procesada de manera diferente por diversas personas. De esta fase, respecto al objeto de esta investigación, se deduce que los pacientes según su formación personal, cultural y ética seleccionarán los significados de la información y la procesarán según sus patrones. Así mismo, sucederá de igual forma con las enfermeras, las que según sus patrones hacen una selección informativa, la misma que finalmente orientará su proceder.

La segunda fase, es el esquema figurativo, el discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, simple, condensado, sintético,

concreto formado con imágenes vividas y claras. Esta simplificación en la imagen es lo que permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas. La última fase es la naturalización, y es la transformación de la imagen de un carácter simbólico a una realidad con existencia autónoma. Lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la imagen que lo reemplaza de forma natural. Es así, que al término de esta fase, las personas habrán representado en el caso que ocupa, a la “Buena enfermera”, la que se concretizará a través de los discursos, haciéndola perceptible, objetivable a los demás.

En lo que respecta al mecanismo de anclaje, este incorpora lo extraño en una red de categorías y significaciones por medio de dos modalidades, por la inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente, y a través de la instrumentalización social del objeto representado en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión.

Si el nuevo objeto que aparece en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, este se mostrará más receptivo. Este mecanismo permite afrontar las innovaciones para ser integradas o no, de acuerdo a intereses. La objetivación y el anclaje actúan conjuntamente, y su función integradora sirve para guiar comportamientos.

La representación objetivada, naturalizada y anclada es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos. ⁽²⁶⁾ Es así que se afirma que toda vez que se produzca nueva información o una nueva experiencia favorable o desfavorable y de interés, esta modificará o reforzará de acuerdo a los patrones constituidos una imagen ya diseñada.

En este sentido, la RS de la “Buena enfermera” en el censo común de los pacientes del servicio de Cardiología, se ha configurado en base a las experiencias vividas durante su hospitalización y a la relación interpersonal que establecieron con

la enfermera, así como a su saber anclado producto de estereotipos transmitidos por la sociedad donde ellos se desarrollan.

3.1 Sujetos de estudio

Las personas que se constituyeron en los sujetos de estudio fueron pacientes hospitalizados en el servicio de Cardiología, procedentes de toda la región y en su mayoría de los Departamentos de Cajamarca, Amazonas, Piura, Tumbes, La Libertad y Ancash. Datos estadísticos de gestión hospitalaria 2010, reportan un promedio de 80 hospitalizaciones por mes, de las cuales 13 pacientes en promedio son reingresos dentro de cada mes, siendo 67 pacientes en promedio, los que ingresan mensualmente al servicio de Cardiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Los pacientes son considerados de sumo cuidado, por la patología que adolecen, su estabilidad es frágil, y su sensibilidad está exacerbada por encontrarse al límite, lo que conlleva mayor estrés, tanto en pacientes como en el personal de enfermería, los mismos que asumen la responsabilidad de su cuidado.

La selección de los participantes consideró los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con un mínimo de dos experiencias de hospitalización en el servicio en estudio.
- Pacientes con permanencia hospitalaria mínima de dos días en cada hospitalización.
- Pacientes hospitalizados, que reunían los criterios anteriores, que voluntariamente desearon contribuir al estudio.

Debido a que las investigaciones cualitativas no se basan en criterios numéricos para garantizar su representatividad, se consideró la necesidad que la muestra permita abarcar la totalidad del problema investigado. ⁽³⁰⁾ Es importante

acotar que Pineda y D'Alvarado plantean que los tamaños típicos de muestras cualitativas varían de uno a treinta.

Al no existir en las investigaciones cualitativas criterios rígidos, ni reglas firmemente establecidas, acerca del tamaño de la muestra, el cual depende en gran medida de los fines de la investigación, la calidad de los informantes y el tipo de estrategia de muestreo usado,⁽³¹⁾ la muestra de investigación fue determinada por conveniencia o intencionado, en base a criterios establecidos para el estudio.

Con el propósito de maximizar la información, se amplió en tres oportunidades el muestreo, conformándose la muestra con 18 pacientes de un promedio de 67 pacientes mensuales que se hospitalizan en el servicio de Cardiología, refiriéndose en términos cuantitativos, un 27% del total de pacientes que registra el servicio.

Para caracterizar a los participantes se utilizó un cuestionario socio-demográfico, con la finalidad de determinar las características socioculturales de los sujetos de investigación, a través del cual se especifica la procedencia, ocupación, grado de instrucción, edad, así como la concurrencia al servicio escenario del estudio, entre otros datos más.

Las edades de los participantes se ubicaron en un rango de 55 a 65, posibilitando una muestra más o menos homogénea.

El nivel educativo de las personas entrevistadas fue: 11% con educación primaria completa, 28% con educación secundaria completa y 61% con educación superior. La diferencia del nivel educativo y la ocupación de los entrevistados no fue un factor determinante en la producción de la entrevista; pues los discursos tuvieron significados similares. Así mismo, la diferencia de género en los entrevistados tampoco fue considerada determinante, respecto a la construcción de la RS toda vez que ambos sexos coincidieron en determinados elementos significativos.

En lo que respecta a la procedencia de los pacientes, un 60% provinieron de la costa, un 30% de la sierra y un 10% de la selva. A pesar del claro contraste cultural, este factor no determinó diferencias en la construcción de la RS pues en los tres casos se ha evidenciado que han ancorado una representación de “Buena enfermera” como aquella que se entrega en el cuidado, ubicando en primer lugar, características personales que se relacionan con afectividad. Sin embargo; se debe acotar, que son los entrevistados de la costa los que inciden en la importancia de su capacidad profesional.

Así mismo, es importante subrayar que el número de experiencias hospitalarias fue determinante para la reconstrucción de la RS de la “Buena enfermera”, pues, a más experiencias, las concepciones se tornan más amplias y claras, diluyendo en algunos casos, la confusión respecto al papel desempeñado por la enfermera.

3.2 Escenario

El escenario lo constituyó el servicio de Cardiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (H.A.A.A.), de la ciudad de Chiclayo. Esta institución hospitalaria pertenece a EsSalud, empresa prestadora de servicios de salud que corresponde al sistema de seguridad social con administración paraestatal, ubicado al este de la ciudad. Posee un nivel 4, de alta complejidad, por su capacidad resolutive, dado que en él, se realizan cirugías cardíacas, así como intervencionismo cardíaco, trasplantes y diálisis renales, así como otros procedimientos especializados.

Su cobertura de atención asciende aproximadamente a 430,000 asegurados de la red asistencial. Las enfermeras que se desempeñan laboralmente en la institución son en número de 330, las cuales poseen un margen de edad entre los 30 y 58 años, pertenecientes a diferentes regímenes laborales. Un 40% del personal de enfermería pertenece al régimen DL 276; un 55%, al DL 728; y un 5%, al sistema CAS. Lo que evidencia la multiplicidad de regímenes en la institución y la diferencia de condiciones laborales respecto a derechos y beneficios.

El servicio de Cardiología tiene una existencia de 37 años de funcionamiento en la institución, tiene una afluencia considerable de pacientes asegurados, en un número de 67 pacientes en promedio por mes como lo referencian datos estadísticos de Gestión Hospitalaria, H.A.A.A. 2010. Es importante señalar que la demanda ha superado actualmente la oferta, los pacientes provienen de la región y de otras regiones del país, desde donde son referidos.

Así mismo, este servicio cuenta con tres unidades: 1) hospitalización, con 14 camas, las que aloja a pacientes con enfermedad cardíaca menos crítica, y pacientes en preoperatorio o postoperatorio con favorable evolución; 2) la Unidad de Terapia Intensiva Cardiológica (UTIC), con 6 camas, para pacientes críticos, o postoperatorios complicados, con una enfermera para brindar el cuidado, número insuficiente dada la complejidad e inestabilidad del paciente cardíaco; y 3) la Unidad de Hemodinámica, sala con zona rígida, donde se realiza intervencionismo cardíaco diagnóstico y terapéutico, con dos enfermeras en los procedimientos.

La infraestructura del servicio de Cardiología está ubicado en el ala izquierda del segundo piso del hospital, comparte su infraestructura con el servicio de cirugía de Tórax, lo que incrementa 14 camas más en toda el área, tiene la distribución de un pasadizo comunicante con ambientes repartidos bilateralmente. Al lado derecho están distribuidas las habitaciones bipersonales a lo largo de todo el pasadizo, en medio del cual se encuentra la UTIC (Unidad de Terapia Intensiva Cardiológica), ambiente común para 6 pacientes. Hacia el lado izquierdo del pasadizo, se encuentran distribuidos los ambientes de tópicos, oficinas médicas y de enfermería, así como un hall de descanso, con amplia iluminación y ventilación.

El flujo de pacientes a diario es alto, debido a procedimientos cardiológicos y quirúrgicos que se realizan diariamente; así como a la casuística de los mismos, debido a que las enfermedades cardíacas, coronarias, cardiovasculares ocupan el

primer lugar en incidencia en el mundo y en nuestro país en la actualidad según la OMS (enero, 2011).

El número de enfermeras que laboran por cada turno en el servicio de Cardiología es una, compartiendo la labor con otra enfermera más, a la que se le asigna la especialidad de cirugía de tórax, especialidades que comparten la misma infraestructura, sucediendo que más de las veces, una sola enfermera cuida a los 28 pacientes debido al déficit de personal que sufre la institución. Por otro lado, la unidad coronaria, cuenta con una enfermera para seis pacientes críticos, de igual forma número insuficiente, dado el estado crítico de los pacientes que ocupan esta sala, y, el laboratorio de hemodinámica con dos enfermeras. Además, cuenta con una Jefa de Enfermeras, siendo en total, un equipo de 13 enfermeras en el área.

El servicio de enfermería se brinda en los servicios de hospitalización las 24 horas del día en turnos rotativos, a excepción de la unidad de hemodinámica que funciona en horario diurno de 6 horas por las mañanas. El personal de enfermería asignado a la especialidad cuenta actualmente con una antigüedad de 12 años de servicio en la especialidad, y 15 años de labor institucional en promedio. Sus edades fluctúan entre 30 y 56 años de edad, en su totalidad pertenecen al género femenino. El 70% del personal cuenta con segunda especialidad, el 25% con estudios de postgrado.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Considerando el objeto de estudio, se aplicó la entrevista semiestructurada a profundidad, complementándose con información obtenida por la Técnica de Asociación Libre de Palabras (ALP), a fin de registrar de una forma proyectiva aquellos elementos que están anclados en el pensar de los participantes.

La entrevista semiestructurada se constituyó en la principal técnica de recolección de datos, a través de la cual se profundizó en el abordaje de la complejidad del fenómeno, por medio de las aproximaciones sucesivas al objeto de estudio de tal manera que las entrevistas extraigan aspectos subjetivos (opiniones,

actitudes, emociones, sensaciones, creencias, mitos) a partir de sus experiencias y vivencias en el cotidiano interaccionar.

La entrevista es una técnica de encuentros cara a cara entre investigadora e informante; a través de esta técnica, la investigadora se constituye en el propio instrumento de investigación, debiendo muchas veces ella modificar el guion de la entrevista, con audacia, exhaustividad y capacidad crítica.⁽³⁰⁾ Este instrumento se diseñó y validó previamente, confirmada la validez del mismo se pudo definir las interrogantes conducentes a obtener la información que permitió la construcción del objeto de estudio.

Debido al involucramiento que exigen las entrevistas a profundidad, se tomó en cuenta el escenario, de tal manera que en todo momento se garantizó su propiedad para el desarrollo de las mismas, sujetándose al momento y horario ideal, de tal forma que permitió la riqueza de la información.

La entrevista se realizó en el ambiente hospitalario en horarios de tarde y noche, de acuerdo a las posibilidades del paciente de responder y de querer participar. Ninguna entrevista fue realizada en el domicilio del paciente, para evitar la descontextualización del mismo con respecto al actuar de la enfermera y la memoria necesaria para la configuración de los significados.

Todas las entrevistas fueron registradas por un grabador digital. La aplicación de las entrevistas tuvo una duración mínima de 15 minutos y máxima de 30 minutos.

Es importante precisar que, en la medida en que se acepten que las representaciones sociales sirven de punto de referencia para la acción, sus contenidos no pueden ser indiferentes a los sujetos. Jodelet afirma, que en este tipo de saber no es posible separar lo cognitivo de lo afectivo,⁽²⁶⁾ de ahí que se sugiere que las preguntas deben formularse de tal modo que dé lugar a juicios de valor, permitiendo el acceso a ideologías subyacentes, como se procedió en la entrevista.

3.4 Procedimiento

Una vez obtenido el permiso correspondiente institucional y del servicio, se procedió a seleccionar a los participantes de acuerdo a los criterios establecidos. Una vez seleccionados, se derivó a informar a cada uno de ellos, los objetivos del estudio y la entrevista, confirmando su consentimiento informado en el instrumento elaborado para ello.

Posteriormente, se acordó y eligió el momento adecuado en cuanto a horario, lugar y ambientación para proceder a la entrevista, garantizando un ambiente propicio para el desarrollo de la misma, que permita obtener riqueza en los discursos, debiéndose desarrollar dentro del ambiente hospitalario.

Es necesario precisar que hubo necesidad en algún momento de suspender la entrevista y retomarla luego debido a la fluidez de pacientes en el servicio, la visita familiar, entre otros aspectos.

Posterior a ello se procedió a grabar cada discurso intentando captar significados inconclusos para poder retornar con el participante y ampliar algunos elementos destacados.

3.5 Análisis de los datos

Para analizar la información se siguió el método de Asociación de Contenidos (Porto et al, 2003). Este análisis busca señalar la presencia de dos o más elementos previamente definidos en un fragmento del mensaje, para encontrar las relaciones de asociación entre los elementos de su discurso-texto. La frecuencia de co-ocurrencia de palabras o expresiones (elementos) dentro de la misma frase o párrafo (fragmento) es tomada como indicador de sentidos asociativos.

El método sigue un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones, busca la obtención de indicadores cuantitativos y/o cualitativos de descripción de contenido de mensaje, a través del empleo de procedimientos sistemáticos y objetivos, metódicamente explícitos y replicables, ello permite la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de estos mensajes. ⁽³²⁾

Este método es que permite la elaboración de conjeturas fundamentadas para establecer inferencias sobre valores, actitudes, opiniones, estereotipos, símbolos y cosmovisiones de un texto, a través de la construcción de redes de unidades de análisis para representar el conocimiento en sus elementos y principalmente en sus relaciones. El método presenta cinco etapas:

La primera de ellas, lectura y recorte de texto (identificación de fragmentos en el mensaje), en esta etapa, la unidad del cuerpo de datos correspondiente a las entrevistas y las unidades de contexto fueron fragmentadas como resultado de los recortes en la base textual. La lectura cuidadosa de la base textual fue imprescindible para identificar el inicio y el fin de cada recorte/ fragmento. El tamaño de los fragmentos fue determinado por el sentido completo del mensaje/pensamiento que él representa. Después de la determinación del fragmento en la base textual, se identificó con números romanos crecientes.

En la segunda etapa se identificó los elementos presentes en la base textual y se codificó en temas: para proceder a buscar los elementos existentes en cada texto, los fragmentos fueron leídos detenidamente, los temas se identificaron y expresaron a través de palabras claves o expresiones significativas; el tema es una afirmación, una idea o una unidad de significación que se libera naturalmente del texto, y pudo ser identificada inmediatamente después de la lectura de los fragmentos, luego, los temas encontrados fueron registrados en un orden numérico arábigo creciente para su codificación y la composición de una lista de temas, que fue empleada en otro cuerpo del documento, en general esa verificación sucesiva de los elementos temáticos llevaron a una condensación de la lista de temas.

En la tercera etapa se montó el mapa de asociación de contenidos, utilizando los fragmentos de las entrevistas. Su característica principal es ser un cuadro de doble entrada compuesto por una columna ubicada a la izquierda y numerada con algoritmos romanos crecientes relativos a los fragmentos, y una lista horizontal superior numerada con algoritmos arábigos crecientes, que se refiere a los elementos encontrados en los fragmentos de las entrevistas. Cada vez que un elemento fue encontrado en un fragmento, fue señalado en el mapa con la señal (+). Así se tornó posible la determinación de las frecuencias simples de los elementos.

La cuarta etapa permitió la identificación del elemento polo, en esta etapa fue necesario establecer un marco fundamental denominado núcleo de asociación de ideas, en este método, ese núcleo fue reinterpretado como elemento polo, o sea aquel elemento cuya frecuencia de asociaciones encontradas fue mayor. Para encontrar el elemento polo en cada entrevista, se calcularon las frecuencias de los elementos encontrados en las asociaciones, resultando en la elaboración de otro cuadro, de doble entrada, en la línea superior horizontal quedan los números atribuidos a los elementos

encontrados en las asociaciones. Y en la columna vertical a la izquierda fueron presentados los números relativos a la frecuencia de los elementos en las asociaciones.

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

Para la elaboración de este esquema, fue necesario disponer de los elementos de acuerdo con su posición en relación a los elementos polo encontrados, a través de diferentes niveles jerárquicos. Siendo así, fue necesario elaborar algunas denominaciones para los otros elementos presentes en el esquema: Elementos esenciales (a), vinculados directamente al polo; elementos agregados (b), son los elementos que se ligan indirectamente al elemento polo a través de los elementos esenciales; elementos complementarios (c), son aquellos que se vinculan indirectamente al elemento polo, a través de los elementos esenciales y agregados.

A veces algunas asociaciones de contenido aparecieron aisladas del cuerpo principal del esquema. En este caso las asociaciones fueron tratadas por su aproximación semántica con el elemento polo, o con otro elemento del esquema que se aproxima más al objeto de estudio de la investigación considerándose a su ligazón como el débil. Y su posición en el esquema también fue expresada de forma aislada, sin ligazón con el cuerpo principal del diagrama. Por otro lado, la intensidad de las asociaciones entre los elementos fue encontrada, considerándose las vinculaciones entre ellos en el esquema.

Para delimitar esta dificultad de las categorías empíricas, se regresó nuevamente a la lista temática en la cual los elementos se presentan desasociados. La intensidad de las asociaciones entre los elementos fue encontrada considerándose la frecuencia de vinculaciones entre ellos en el esquema. Cada asociación en la que el elemento apareció ligado, fortaleció su representación gráfica en el esquema. Así, en

otra asociación en la cual él apareció vinculado, se sumó a las anteriores reforzando la intensidad.

Los tipos de intensidad de asociaciones entre los elementos del esquema fueron establecidos con líneas, cuyo grosor se determinó por el número de asociaciones productoras, como sigue: (———) , para una asociación entre sus elementos menos fuerte; (———) , para las que expresan dos asociaciones entre sus elementos fuertes; (———) , para ligaciones que expresan tres asociaciones entre sus elementos, muy fuerte; y (———) , para ligaciones que expresan cuatro o más asociaciones entre sus elementos, su intensidad fue denominada extremadamente fuerte.

El método de asociación de contenidos finalizó con el levantamiento de las categorías empíricas (cuadro N° 01). De esta manera, se pasó a determinar dichas categorías aplicando los siguientes criterios a la lista temática: frecuencia de los elementos en asociaciones (criterio eliminatorio), para ello apreciamos el cuadro N° 01, observando la frecuencia simple (menor) es 1 y la mayor frecuencia es 102.

CUADRO N° 01: Frecuencias de elementos simples y elementos asociados.

ELEMENTOS	FREC. DE ELEMENTOS EN ASOCIACIONES	FREC. SIMPLE DE ELEMENTOS	ENTRADA EN LAS CATEGORÍAS EMPÍRICAS
1	74	61	X
2	72	55	X
3	18	12	
4	102	75	X
5	2	6	
6	7	19	
7	18	24	a
8	4	4	
9	2	15	
10	21	26	X
11	19	19	
12	13	18	
13	1	3	
4	2	8	
15	20	26	a
16	3	9	
17	3	9	
18	26	32	a
19	7	9	
20	18	26	a
21	1	5	

RANGO 1: $1+102/3=34.33$: 34-102

RANGO 2: $3+75/3= 26-75$

Luego, establecemos el rango promedio que se obtiene de sumar la frecuencia mayor y la menor, el resultado se divide entre 3 (el tres representa la tercera parte del rango que nos asegura una discriminación menor de elementos.

En este caso: $102+1/3 =34.33$, el rango quedó definido entre 34 y 102. La suma de las frecuencias simples de los elementos encontrados en todos los mapas identificadores de las asociaciones de contenido fueron: frecuencia simple igual a 3 y

la frecuencia máxima 75, de igual manera se sumaron las frecuencias y se dividieron entre 3 obteniendo el resultado de 26, por lo tanto su rango quedó definido entre 26 y 75.

Para obtener las categorías empíricas fue necesario considerar lo siguiente: primero, que los elementos en asociaciones como los elementos en los mapas de identificación estuvieran incluidos dentro de los rangos establecidos, de esta manera, ingresaron directamente cuatro elementos, considerados categorías empíricas, a los que se les otorgó la letra “X”. Segundo, en caso de que alguno de los elementos no estuvieran dentro de los rangos, a criterio de la investigadora se seleccionaron los elementos considerados de relevancia, en razón a su cercanía numérica con los rangos en ambas frecuencias, tanto en las simples como en las asociaciones, así como la significancia de su contenido para la comprensión del fenómeno, es así que fueron consideradas también, como categorías empíricas, asignándoles la letra “a”, de este modo se extrajeron cuatro categorías más.

La composición de las categorías empíricas a partir de los elementos encontrados en el cuerpo del texto se presenta en el cuadro N° 01 y fueron construidas y presentadas de manera cualitativa, estos elementos fueron reagrupados de acuerdo al sentido y significado de cada una de ellas, dando origen a tres grandes categorías, la primera: “Buena enfermera...mala enfermera”, surgida a partir del elemento dicotómico: buena enfermera diferente de la mala enfermera, así como de los elementos profesional capacitado, entrega en el cuidado y se interrelaciona con el paciente. En segundo lugar, la categoría “Mujer de vocación y atributos personales”, correspondiendo a esta categoría, sus características personales y vocacionales. Y en tercer lugar: “Reconocimiento social de la buena enfermera” convergiendo en esta última el respeto y valoración ganada, así como la seguridad y confianza que ella inspira.

El camino metodológico seguido estuvo enmarcado en los pasos que se siguen en toda investigación empírica, partiendo de una revisión profunda del objeto y

objetivos de estudio, selección de los instrumentos, en este caso asociación libre de palabras y entrevista a profundidad, previa validación y gestión de la autorización de las entidades respectivas para su realización.

En un segundo momento, se precisó del desenvolvimiento de los entrevistados a través de la ejecución y aplicación de los instrumentos seleccionados, finalizando el proceso anteriormente descrito, de acuerdo al método de asociación de contenidos.

3.6.- Principios éticos de la investigación científica:

La profesión de Enfermería, por ser una disciplina basada en principios éticos, obliga a considerar los principios de Sgreccia, los mismos que se afirman en los tres principios de la bioética personalista Mons. Elio Sgreccia.⁽³³⁾

El primer principio: Valor Fundamental de la Vida Humana, en base al cual los sujetos de la presente investigación se consideraron como personas en su totalidad. La investigadora se abstuvo de utilizarlos solo como medio para el logro de sus objetivos. La exploración de conocimientos que proporcionaron los participantes, a través de la Asociación Libre de Palabras, la entrevista semiestructurada y el cuestionario socio demográfico, no deteriorará en ningún momento su dignidad como personas. Se respetó en todo momento sus expresiones, jamás se utilizaron como objetos de investigación, ni se produjo daño físico o psicológico, ni se les puso en riesgo ante determinadas circunstancias. Los discursos y su identidad se mantienen en anonimato, para lo cual se utilizó un seudónimo, guardándose la debida confidencialidad.

Segundo principio: Libertad y Responsabilidad, mediante el cual se garantizó la fluidez del yo libre en cada participante con la consecuente libre expresión, así como fue capaz de aceptar, de rechazar y de elegir, respetando su parecer. La investigadora durante el desarrollo de la aplicación de los instrumentos respetó la

autonomía, el valor de las opiniones y la elección de las personas, absteniéndose de obstruir sus acciones.

La participación de todos los sujetos de estudio se concretó previo consentimiento informado, se informó previamente los objetivos de la investigación y de todo lo que con ella se relaciona, para así evitar la posibilidad de negarse en conciencia a participar, por parecerle indebida. Por otro lado, la investigadora mostró en el desarrollo de la investigación la responsabilidad de llevarla a cabo tal y conforme estuvo estipulada sin alterar ninguno de sus momentos.

Tercer principio: Socialización y subsidiariedad, el que posibilitó a la investigadora una realización autónoma con la intervención de todos los participantes en la investigación, con la búsqueda del bien del otro. Se procuró extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos hacia los sujetos de investigación. Así mismo, se respetó la autonomía de cada uno de ellos, atendiendo a sus necesidades sin sustituirles en su capacidad de decidir y actuar. Los resultados obtenidos se dan a conocer primero en la sustentación del trabajo de investigación, luego, en el escenario donde se desarrolló y, finalmente en congresos nacionales e internacionales.

3.7.- Criterios de rigor científico.

El rigor científico es imprescindible para que los fenómenos estudiados sean objetivados y respaldados a través del uso de fuentes confiables de información, manteniendo la fidelidad de los discursos. Tal es así que los criterios que se utilizaron para evaluar la calidad científica del presente estudio cualitativo fueron: la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad.⁽³⁴⁾

La credibilidad se logró cuando la investigadora, a través de observaciones y conversaciones con los participantes, en un contexto adecuado, recolectó información que produjo hallazgos que fueron reconocidos por los informantes como una

verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan acerca de la “Buena enfermera”. Así entonces, la credibilidad se refiere a como los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron entrevistadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado.

La auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad, se garantiza que la habilidad de otro investigador pueda seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello se elabora un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que se obtuvieron de la investigación. Esta estrategia permite a otro investigador examinar los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas similares. La presente investigación está dispuesta como fuente de información para diversos autores con similares perspectivas de estudio.

La transferibilidad o aplicabilidad se tuvo en cuenta para evaluar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. 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 ha descrito consistentemente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno se ha estudiado, pues el principio de transferibilidad se concretiza en la similitud de contextos.

Se garantiza la ocurrencia de este principio con la fiabilidad de los datos, haciendo énfasis, que los resultados encontrados no solo se pueden dar en nuestra realidad local; sino que también pueden presentarse o emerger en otros departamentos de nuestro país, debido a que el fenómeno de estudio está presente en todas las realidades y sociedades.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS INDIVIDUAL Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA

En el presente capítulo se muestran los elementos significativos involucrados en los relatos de cada uno de los pacientes hospitalizados que fueron entrevistados con el propósito de construir la imagen de la “Buena enfermera”. Es pertinente recalcar que, las representaciones sociales surgen a partir del sentido común de los entes, quienes caracterizan y mitifican a un determinado objeto de estudio, como parte del cotidiano y escenario social en el que se desenvuelven, haciendo uso del lenguaje y la comunicación.

Una vez tratada la información y configurada las asociaciones entre los elementos de significado, identificados en cada fragmento de las entrevistas realizadas a los participantes de este estudio, se ha permitido la construcción del esquema de asociaciones (diagrama espacial bidimensional) para cada entrevista, con el propósito de graficar los elementos característicos que componen los relatos, la relación existente entre los elementos y su distribución espacial; continuando luego

con el análisis e interpretación de cada uno de los esquemas, poniendo en evidencia la representación sobre la imagen de la “Buena enfermera” que posee cada uno de los pacientes entrevistados.

La importancia de la construcción individual de los discursos es que permite comprender de una forma gráfica qué elementos han sido los de mayor importancia para el entrevistado llegando a objetivar lo que el sujeto tiene anclado en su pensar acerca de lo que representa ser una “Buena enfermera” sin dejar de estar exenta de los aspectos contextuales que lo rodean.

CUADRO N° 02: Clasificación de los elementos, fragmentos y asociaciones de acuerdo a las 18 entrevistas analizadas

ENTREVISTAS	ELEMENTOS	FRAGMENTOS DE TEXTO	ASOCIACIONES
N° 01	12	05	18
N° 02	11	05	09
N° 03	08	07	15
N° 04	12	08	20
N° 05	08	05	06
N° 06	07	05	07
N° 07	09	06	09
N° 08	12	07	14
N° 09	13	05	07
N° 10	13	06	05
N° 11	07	04	06
N° 12	10	05	04
N° 13	12	06	09
N° 14	08	04	04
N° 15	12	06	13
N° 16	11	04	05
N°17	11	05	06
Nª 18	14	05	12
TOTAL	190	98	169

El cuadro N.º 02 muestra el número de elementos, fragmentos de texto y asociaciones de cada una de las entrevistas, que luego pasan a configurar los diagramas espaciales de asociaciones bidimensionales. En este cuadro se objetiva el consolidado de 18 entrevistas analizadas, las mismas que fueron aplicadas a pacientes hospitalizados del servicio de Cardiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. En él, se expone que el número más alto de elementos evocados fue de 14 elementos correspondiente a la entrevista N.º18; mientras que la evocación menor se encuentra en la entrevistas N.º06 y N.º11 con un total de 07 elementos. Respecto a las demás, tienen una variación entre los 08 y 13 elementos.

Se obtuvo un total de 98 fragmentos de texto distribuidos entre las 18 entrevistas; se consideró una variación mínima entre 4 y 5 fragmentos, y una máxima de 8 fragmentos, según lo requerido por el discurso de los entrevistados, teniendo en cuenta la extensión del texto. Así mismo, pudo ser posible alcanzar 169 asociaciones a partir de los discursos, resaltando que la entrevista N.º04 obtuvo la mayor cantidad de asociaciones que equivalen a 20, son casos contrarios los de las entrevistas N.º12 y N.º 14, solo con 04 asociaciones.

Es preciso, incidir en destacar que las representaciones sociales permiten conocer los mitos, estereotipos o creencias que los sujetos de investigación tienen anclados respecto a un objeto, las mismas que son cambiantes, dinámicos como resultado de las experiencias, interacciones y comunicaciones, realidad que es apropiada por el individuo y la sociedad, reconstruida en su sistema cognitivo, integrada a su sistema de valores, dependiente de su historia y del contexto social e ideológico que los rodea. Siendo así, se objetivará la RS de los pacientes hospitalizados sobre la “Buena enfermera” en el servicio de Cardiología.

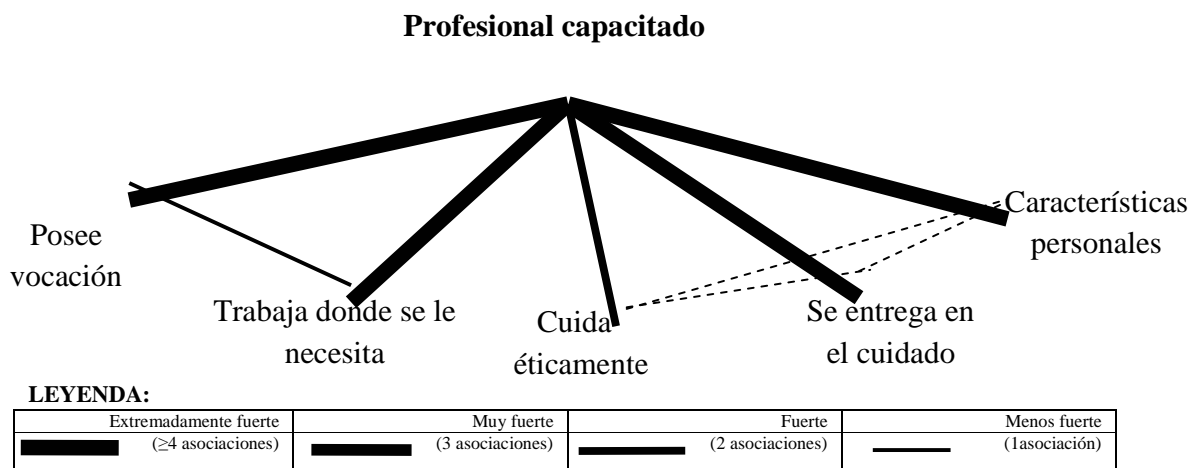
A continuación se muestran los dieciocho esquemas de asociaciones provenientes de los discursos de los entrevistados.

ENTREVISTA N. ° 01

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 17 elementos y 8 fragmentos, de los cuales surgen 6 asociaciones y una asociación adicional bajo criterio de las investigadoras. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)- Profesional capacitado (2): 5 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)-Posee vocación (7): 2 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)- Posee vocación (7)- Trabaja donde se le necesita (8): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)- Trabaja donde se le necesita (8): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)- Profesional capacitado (2)- Se entrega en el cuidado (4): 4 asociaciones
- ✓ Características personales (1)- Profesional capacitado (2)- Se entrega en el cuidado (4) –Cuida éticamente (6): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Cuida éticamente (6)_ Trabaja donde se le necesita (8):1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_
- ✓ Trabaja donde se le necesita (8): 1 asociación

FIGURA 1: Esquema de asociaciones de la entrevista N. ° 01



El presente esquema pone en evidencia dos niveles jerárquicos. En la cúspide se revela el elemento polo correspondiente a: “Profesional capacitado”; de tal forma

que para el entrevistado es primordial que la “Buena enfermera” sea una profesional con experiencia y constante actualización, que le permita un actuar fundamentado y oportuno.

Una profesional que sea capaz de actuar en caso de emergencia; inclusive, la “Buena enfermera” para el entrevistado debe alcanzar un nivel de conocimiento que le permita remplazar al médico en su ausencia y resolver así una situación de emergencia o urgencia, en la que la vida del paciente está en juego, dada la cercanía de la enfermera con el paciente.

El entrevistado asocia el elemento polo con cuatro elementos con un grado de intensidad extremadamente fuerte, con el elemento “Posee vocación”, pues el discurso aportado por el sujeto de investigación enfatiza, que para ser considerada “Buena enfermera”, y por ende buena profesional tiene que “ser nacido”, haciendo alusión a condiciones internas, inherentes a la persona y no simplemente respondiendo a una necesidad material.

El elemento “Trabaja donde se le necesita” fue fuertemente asociado al elemento polo, es decir, que para el discursante, la enfermera al tener vocación debe estar dispuesta a laborar donde realmente se la requiera, pese a un contexto desfavorable, evidenciando una RS con carácter vocacional generada en el tiempo, lo que se corrobora a través de su conexión menos fuerte.

Surge una asociación extremadamente fuerte con el elemento: “Características personales”, en las que el entrevistado cita a la enfermera como un familiar, o una amiga, denotando con ello, la importancia de una intensa interrelación, que él considera necesaria y vital, pues, la enfermera se constituye para él en la persona en quien depositaría toda su confianza.

Se objetiva la importancia extrema que le da al elemento “Se entrega en el cuidado”, los discursos muestran cuán importante para él, es que la enfermera se

entregue al paciente en una relación de ayuda para satisfacer sus necesidades y aquí resalta otro elemento importante de ligazón fuerte, que es el de “Cuida éticamente”, pues resalta que en la entrega en el cuidado ella pone en juego valores que la conllevan a un cuidado equitativo, sin diferencia, como discursiva, sin condición de raza, social ni de religión.

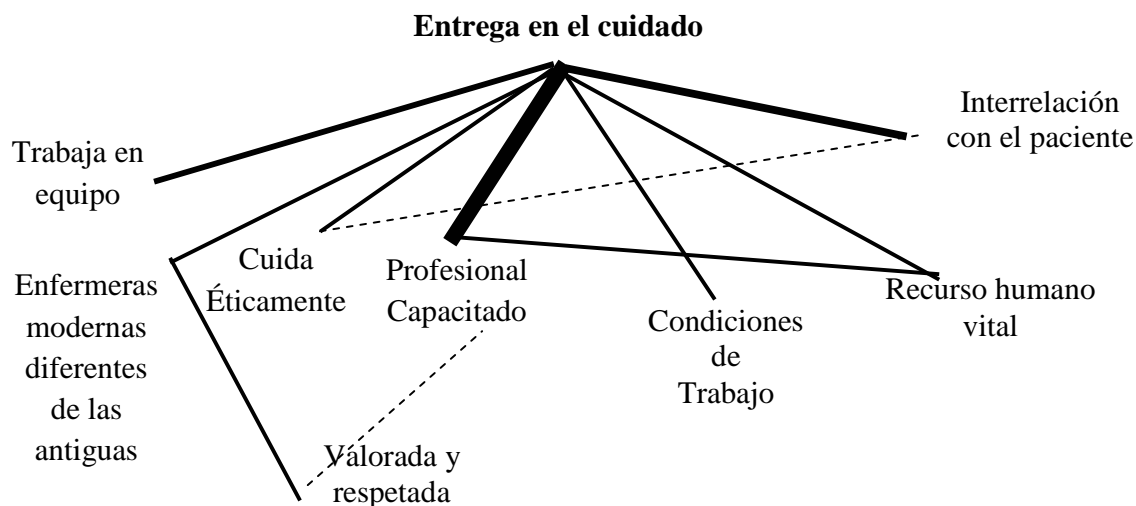
A criterio del investigador se asoció tres elementos entre sí, “Se entrega en el cuidado”, “Cuida éticamente” y “Características personales”, debido a la literalidad del discurso, pues el entrevistado refiere que una “Buena enfermera” es aquella que por ser poseedora de determinadas características personales, como persona cercana, familiar o amiga es capaz de entregarse en el cuidado, sin diferencia y características de humanidad.

ENTREVISTA N. ° 02

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 11 elementos y 5 fragmentos, de los cuales surgen 9 asociaciones a partir del discurso del entrevistado. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4) : 3 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4) _Cuida éticamente (6): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Condiciones de trabajo (9): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4) _ Recurso humano vital (12): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Enfermeras moderna diferente a la antigua (13)_ Valorada y respetada por los pacientes (18): 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Trabaja en equipo (14) : 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Interrelación con el paciente (15): 1 asociación

FIGURA 2: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 02



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
(≥4 asociaciones)	(3 asociaciones)	(2 asociaciones)	(1 asociación)

El presente esquema, compuesto de tres niveles jerárquicos y siete asociaciones, muestra como elemento polo: “Entrega en el cuidado”, para la persona entrevistada un actuar entregado es lo que caracteriza a la buena enfermera, ello significa identificación y participación en el cuidado, considerando además que no es compatible con la deshumanización del cuidado que no considera al paciente como persona ni identifica sus necesidades.

El elemento polo se asocia extremadamente fuerte con el elemento “Profesional capacitado”, evidenciando que el entrevistado considera que la enfermera respalda su capacidad en su preparación educativa, científica; la que se ha desarrollado en los últimos años, tal como el postgrado, para él importante de destacar.

Otra asociación fuerte es con el elemento “Interrelación con el paciente”, el entrevistado considera que la enfermera debe conocer y hacerse conocer por el

paciente, a pesar de las dificultades de tiempo y de sobrecarga laboral, considerándolo importante para un cuidado de calidad debiendo establecer una relación cercana para la mejora del paciente; tal es así, que hace referencia a la dificultad en las “condiciones de trabajo”, elemento al que se asocia una entrega en el cuidado en una intensidad menos fuerte, considerando que es un aspecto que limita a las enfermeras para convertirse en buenas enfermeras, ya que merma la calidad en el cuidado, lo que genera que la vea como “apurada”, “poco interesada”; así como, “desinformada”.

Por la entrega en su cuidado, asigna a la enfermera el significado de “Recurso humano vital” elemento, con el que relaciona menos fuerte al elemento “Profesional capacitado”, pues refiere que el avance científico ha hecho que la enfermera sea considerada una profesional muy importante como parte del equipo de salud.

El elemento “Trabaja en equipo” fue menos fuerte asociado al elemento polo, el entrevistado considera que en la actualidad la “Buena enfermera” está más predispuesta a trabajar conjuntamente con el médico en la recuperación de la salud del paciente, observándola más participativa en todas las actividades programadas respecto del paciente, siente que existe mayor capacidad para ello. Preciso que existe una relación fuerte con el elemento, “Enfermera antigua diferente a la enfermera moderna”. A su vez, este elemento tiene un nexo menos fuerte con el elemento “Valorada y respetada”, pues cree el entrevistado que de su actitud comprometida depende su reconocimiento.

Los elementos “Interrelaciona con el paciente” y “Cuida éticamente” se asociaron a criterio del investigador, debido a que el texto indica que el paciente ha internalizado que la interrelación enfermera y paciente se debe a la consideración del paciente como persona; por lo tanto, poseer valores garantiza un cuidado ético.

Se observa, así mismo, en la gráfica bidimensional una asociación menos fuerte entre los elementos: “Entrega en el cuidado”, “Enfermeras modernas diferentes de las antiguas” y “Valorada y respetada”, este último ligado a iniciativa a “Profesional capacitado”, pues el discurso refrenda que para el paciente el cuidado entregado de hoy diferencia a una enfermera actual, debido a que su preparación la respalda lo que consecuentemente hace que sea valorada y respetada.

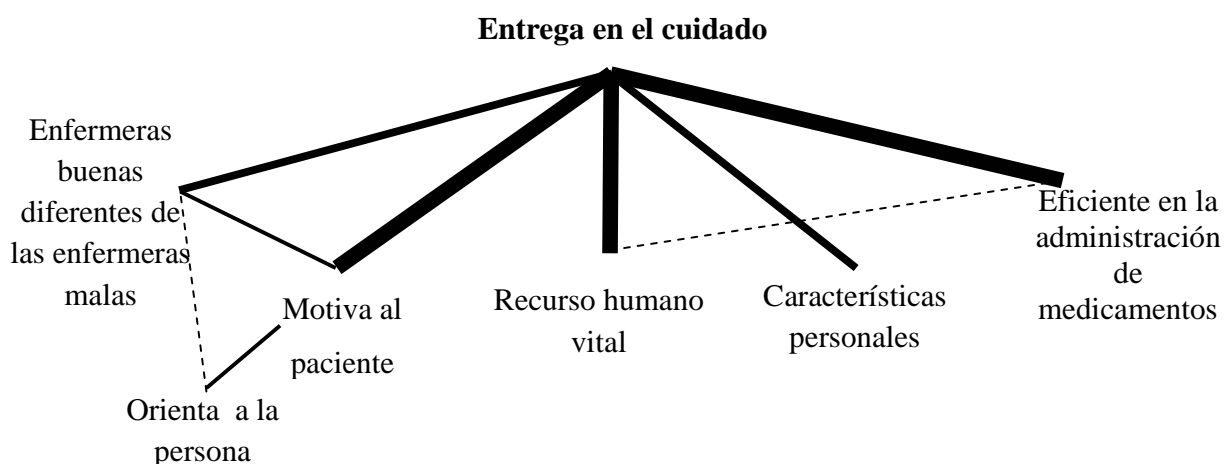
Finalmente, se establece que para la persona entrevistada una “Buena enfermera” es aquella que se entrega en el cuidado, al demostrar una relación efectiva basada en valores, pese a las condiciones de trabajo desfavorables; con un trabajo de equipo compartido, respaldado en su capacitación. Consecuentemente, es objetivada como un recurso vital valorado y respetado.

ENTREVISTA N. ° 03

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 08 elementos y 7 fragmentos, de los cuales surgen 15 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1) _Se entrega en el cuidado (4): 2 asociaciones
- ✓ Eficiente en la administración de medicamentos (3) _ Se entrega en el cuidado (4): 4 asociaciones
- ✓ Eficiente en la administración de medicamentos (3)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Enfermeras buenas diferentes de enfermeras malas (10)_ Motiva al paciente (11): 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Recurso humano vital (12): 3 asociaciones
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Motiva al paciente (11): 2 asociaciones
- ✓ Eficiente en la entrega de medicamentos (3)_Se entrega en el cuidado al paciente (4)_ Recurso humano vital (12):2 asociaciones
- ✓ Se entrega en el cuidado al paciente (4)_ Motiva al paciente (11)_Orienta a la persona (17): 1 asociación

FIGURA 3: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 03



LEYENDA:

Extremadamente fuerte (≥4 asociaciones)	Muy fuerte (3 asociaciones)	Fuerte (2 asociaciones)	Menos fuerte (1 asociación)

El presente esquema pone en evidencia tres niveles jerárquicos, y siete asociaciones. En la parte superior se presenta al elemento polo: “Entrega en el cuidado”, para la entrevistada es muy importante que una “Buena enfermera” muestre entrega en el cuidado, con amabilidad y buen trato al paciente en todos los aspectos: físico, psicológico emocional y espiritual. Así como, una atención esmerada y puntual a sus requerimientos.

Este elemento polo guarda una conexión extremadamente fuerte con el elemento “Eficiente administración de medicamentos”, pues su experiencia vivida negativa en ese aspecto, la ha llevado a priorizar este aspecto en lo referente a ser una “Buena enfermera”. La entrevistada hace hincapié que es muy importante la responsabilidad a la hora de administrar el tratamiento, pues los errores traen consecuencias muy lamentables que es preciso evitar.

Se observa una ligazón extremadamente fuerte con el elemento “Recurso humano vital”, en la medida que reconoce que la enfermera brinda su atención las 24 horas del día, así como responde al llamado puntualmente. El esquema evidencia igualmente otra conexión extremadamente fuerte con el elemento “Motiva al paciente”, destaca la importancia del aliento de la enfermera hacia su paciente en los momentos difíciles de enfermedad, constituyendo una estrategia para el logro de buenos resultados.

El elemento, “Motiva al paciente”, según el esquema, presenta un nexo menos fuerte con el elemento “Orienta al paciente”, ligado finalmente, pues considera que de la información que se le brinde dependerá su estado emocional y los resultados favorables en el proceso de su enfermedad; una actitud, que obviamente, la diferenciará de una mala enfermera. Es así que se establece una ligazón entre estos últimos elementos.

El gráfico objetiva, además, otra ligazón extremadamente fuerte con el elemento “Enfermeras buenas diferentes de enfermeras malas”, pues al referirse a la “Buena enfermera” diferencian actitudes negativas experimentadas, que en su censo común no debiera realizar la “Buena enfermera”, como por ejemplo, la “Buena enfermera” no comete errores, no tiene mal carácter, no maltrata a los pacientes; es decir, construye una imagen por diferencia.

De igual modo, observamos un nexo menos fuerte, entre el elemento “Motiva al paciente” y “Enfermeras buenas diferente de las enfermeras malas”, pues la entrevistada hace notar que la enfermera que motiva al paciente es una “Buena enfermera”, pues manifiesta que es importante el aliento y no el maltrato.

Se decide además asociar el elemento “Enfermera buena diferente de la enfermera mala” con el elemento “Orienta a la persona” dado que la entrevistada considera importante que la buena enfermera es aquella que considera a la persona enferma, satisface todas sus inquietudes y no aquella que “apenas saluda”. Así

mismo, se decidió asociar al elemento “Recurso humano vital” con el elemento “Eficiente en la administración de medicamentos” respondiendo a la referencia de la discursante, quien manifiesta el rol importante de la enfermera, pues está en sus manos la vida del paciente, motivo por el cual, la eficiencia debe ser una de las características sustanciales de la “Buena enfermera”.

Finalmente, es posible determinar que para la persona entrevistada la “Buena enfermera”, principalmente tiene que evidenciar una entrega en su cuidado, que conlleve a ser considerada un recurso humano vital, que logre la motivación del paciente, que administre correctamente los medicamentos, poseedora de características personales que reflejen una actitud diferenciada de lo negativo y que oriente a la persona, la que finalmente la definirá como buena o mala enfermera.

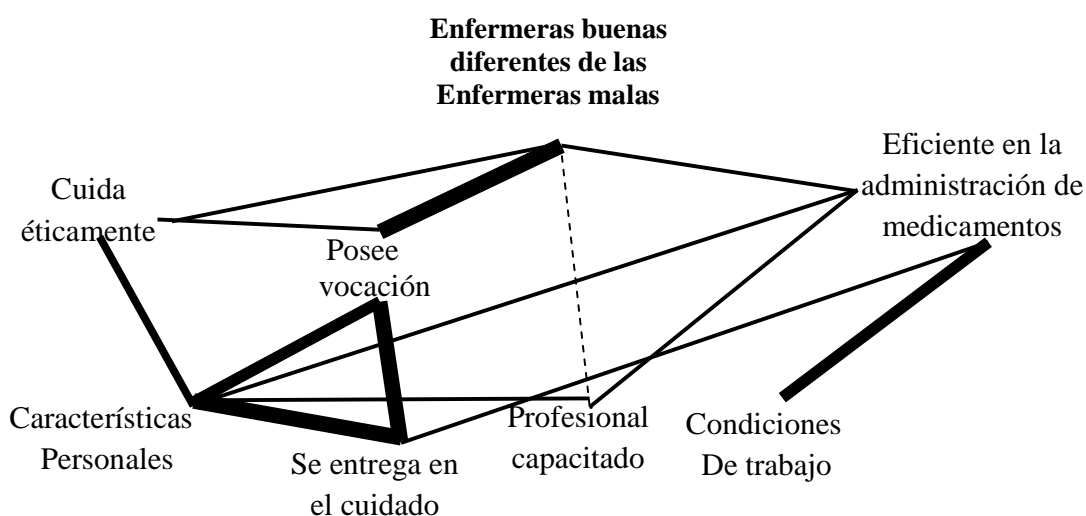
ENTREVISTA N. ° 04

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 12 elementos y 8 fragmentos, de los cuales surgen 20 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Eficiente en la administración de medicamentos (3)_ Se entrega en el cuidado (4); 1 asociación
- ✓ Características personales (1) _ Se entrega en el cuidado (4): 3 asociaciones
- ✓ Características personales (1) _ Se entrega en el cuidado (4)_ Posee vocación (7)_ Enfermeras buenas diferente de enfermeras malas (10): 2 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Cuida éticamente (6)_ Posee vocación (7) _ Enfermeras buenas diferentes de enfermeras malas (10): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Eficiente en la administración de medicamentos (3)_Condiciones de trabajo (9): 1 asociación
- ✓ Eficiente en la administración de medicamentos (3)_ Condiciones de trabajo (9): 2 asociaciones
- ✓ Se entrega en el cuidado al paciente (4)_ Posee vocación (7) _ Enfermeras buenas diferente de enfermeras malas (10): 3 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Posee vocación (7)_ Enfermeras buenas vs Enfermeras malas (10): 1 asociación

- ✓ Profesional capacitado (2)_ Enfermeras buenas diferentes de enfermeras malas (10): 2 asociaciones
- ✓ Eficiente en la entrega de medicamentos (3)_ Enfermeras diferentes de enfermeras malas (10): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Posee vocación (7)_ Enfermeras buenas diferentes de enfermeras malas (10): 2 asociaciones
- ✓ Características personales (1) _ Cuida éticamente (6)_ Enfermeras buenas diferentes de enfermeras malas (10): 1 asociación

FIGURA 4: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 04



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
(≥4 asociaciones)	(3 asociaciones)	(2 asociaciones)	(1 asociación)

El presente esquema presenta como elemento polo, “Enfermeras buenas diferentes de enfermeras malas”, para el entrevistado la representación social de la “Buena enfermera” ha sido reificada en base a sus experiencias las que por ser repetidas le ha permitido construir en base a sus vivencias positivas y negativas construir una imagen buena en proyección de la mala, en otras palabras una imagen por diferencia, las que a continuación se detalla en relación a las asociaciones.

Existe una conexión extremadamente fuerte del elemento polo con el elemento “Posee vocación”, tomando en cuenta el mal trato, que la enfermera no tiene vocación, que no le gusta su profesión; por lo tanto es una mala enfermera. De igual forma este elemento tiene una asociación menos fuerte con el elemento “Cuida éticamente” el que a su vez también mantiene un nexo menos fuerte con el elemento polo, siendo la concepción en esta entrevista, que la enfermera buena o mala dependerá de cuanto la enfermera quiera su profesión y se identifique con ella, siendo requisito para una valoración, el cuidado ético, con respeto y equidad se ponga de manifiesto.

El elemento “Eficiente en la administración de medicamentos” mostró una asociación menos fuerte con el elemento polo, pues considera la persona entrevistada que es correlacional el hecho de cuan correctamente realice esta función endosada a la enfermera, de administración del tratamiento, para considerarla como buena profesional. A su vez, este elemento está ligado de manera extremadamente fuerte con el elemento “Condiciones de trabajo”, ya que considera que la enfermera esté sometida a una sobrecarga laboral que arriesga la eficiencia de su labor.

Otro elemento que aparece con una asociación menos fuerte al elemento “Eficiente en la administración de medicamentos”, es el elemento “Se entrega en el cuidado”, dado que tiene internalizado que en la medida que se comprometa con su cuidado y responsabilidad, menos errores cometerá. Así mismo, presenta otra asociación menos fuerte con el elemento “Profesional capacitado”, dejando entrever que la experiencia y su capacitación también garantizará un actuar libre de errores.

Evidencia también el esquema, que existe nexos extremadamente fuertes entre los elementos, “Posee vocación”, “Se entrega en el cuidado” y “Características personales”, pues el planteamiento del entrevistado se fundamenta, la enfermera que posee vocación evidencia características personales como carismática y paciente, lo que le permitirá entregarse en su cuidado.

El gráfico presenta una relación menos fuerte entre el elemento “Eficiente en la administración de medicamentos” y “Características personales”, el que se hace evidente cuando literalmente la persona refiere que para no cometer errores en la administración del tratamiento es necesario que la “Buena enfermera” posea una característica especial que es la paciencia. Además, este elemento, “Características personales” tiene un nexo fuerte con el elemento “Cuida éticamente”, pues el entrevistado ha internalizado que el poseer valores para cuidar éticamente se hará evidente en una imagen caracterizada de la buena enfermera como abnegada, amable, solidaria, carismática y de buen comportamiento.

En el presente esquema la investigadora cree importante asociar el elemento “Profesional capacitado” con “Enfermeras buenas diferente de las enfermeras malas”, pues el discurso revela dentro del elemento de profesional capacitado a la enfermera que tiene experiencia y que está concentrada en su trabajo para no cometer errores y que consecuentemente se transforme en una buena profesional.

La persona discursante en conclusión ha dejado evidencia de haber construido una imagen de la enfermera por diferencia en base a sus experiencias negativas proyectando de esa forma una imagen de “Buena enfermera”, para lo cual anota que es importante la vocación, es decir, si experimenta amor por la profesión. Para ella, la “Buena enfermera”, guarda estrecha relación con la eficiencia en la administración de medicamentos, función que considera importante en el profesional de enfermería. Esta función, se ve afectada muchas veces por la sobrecarga laboral lo que arriesga puntualidad y eficiencia en la administración.

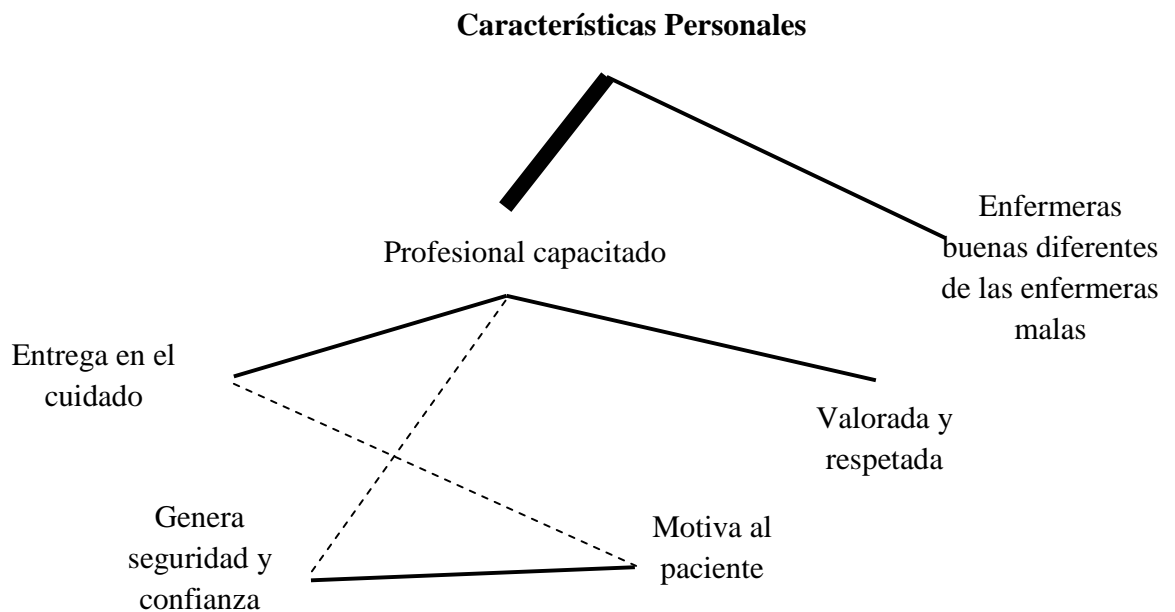
Se puede afirmar, que la persona entrevistada, ha conceptuado fuertemente, la relación estrecha que existe entre la vocación, las características personales positivas y la entrega en el cuidado para la convergencia en una “Buena enfermera” que evidencie un cuidado ético, el que muchas veces es arriesgado por las condiciones de trabajo actuales

ENTREVISTA N.º 05

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 08 elementos y 05 fragmentos, de los cuales surgen 6 asociaciones a partir del discurso de la entrevista, así como cuatro niveles jerárquicos, los mismos que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2): 2 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ se entrega en el cuidado (4): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas (10): 1 asociación
- ✓ Motiva al paciente (11)_ Genera seguridad (20): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado(2)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación

FIGURA 5: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 05



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
(≥4 asociaciones)	(3 asociaciones)	(2 asociaciones)	(1 asociación)

El presente esquema muestra a los elementos distribuidos en tres niveles jerárquicos, objetiva en la cima, como elemento polo a “Características personales”, aspecto muy importante para el entrevistado respecto de la “Buena enfermera”, dado que a la caracterización de ella, responde con términos: paciente, carismática, abnegada y de buen comportamiento, en repetidas oportunidades, generando frecuencias de asociaciones.

El elemento polo evidencia una ligazón extremadamente fuerte con el elemento “Profesional capacitado”, correspondiendo señalar que la “Buena enfermera” será aquella profesional que tenga experiencia y un conocimiento coherente, con una imagen que evidencie características personales apropiadas para el cuidado enfermero.

El elemento polo presenta una ligazón menos fuerte con el elemento “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas”, se evidencia, la relación que existe entre la caracterización personal positiva o negativa de la enfermera para la definición en la categoría de “buena o mala”.

De igual modo, el elemento “Profesional capacitado”, se anexa con una intensidad menos fuerte a dos elementos: “Se entrega en el cuidado” y “Valorada y respetada”, toda vez que para el entrevistado una “Buena enfermera” con capacidad y experiencia brindará un cuidado con entrega, comprometido y responsable lo cual le significaría su reconocimiento y valoración.

En el tercer nivel jerárquico, se encuentra una asociación de menor intensidad, con independencia del elemento polo, entre los elementos: “Genera seguridad y confianza” y “Motiva al paciente”, en relación a que los discursos manifiestan que el estímulo y ánimo que entregan al paciente y su familia en momentos difíciles ocasiona una respuesta de gratitud que consecuentemente genera respeto y valía.

La investigadora cree importante establecer dos asociaciones: la primera, une a los elementos “Genera confianza y “Profesional capacitado”, respaldada por el texto que evidencia la internalización del entrevistado respecto a que los estudios profesionales son garantía de eficiencia y eficacia, lo que le genera confianza y seguridad. Y la segunda, entre los elementos: “Entrega en el cuidado” y “Motiva al paciente”, dado que literalmente el discurso hace referencia a que la seguridad de un cuidado comprometido, con una buena atención, alienta al paciente para llegar a un hospital y ser atendido por la enfermera, tal como lo relata el entrevistado.

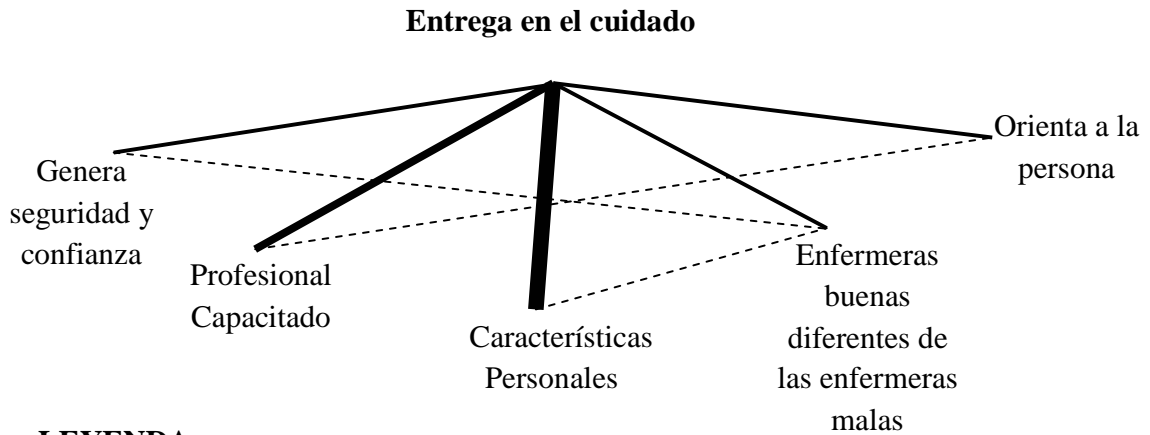
Finalmente para la persona entrevistada, la “Buena enfermera” es aquella persona poseedora de características personales coherentes con una interrelación saludable entre enfermera-paciente, que aunada a una capacidad profesional que genere entrega en el cuidado, respeto y valoración, sería lo que marcaría el hito entre las buenas y malas enfermeras, que consecuentemente lleve a una generación de confianza y motivación para depositar su vulnerabilidad en una enfermera.

ENTREVISTA N. ° 06

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 07 elementos y 05 fragmentos, de los cuales surgen 07 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1) _ Se entrega en el cuidado (4): 3 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Orienta a la persona (17): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_Se entrega en el cuidado (4)_ Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas (10): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_Se entrega en el cuidado (4)_Genera seguridad (20): 1 asociación

FIGURA 6: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 06



LEYENDA:

Extremadamente fuerte (≥4 asociaciones)	Muy fuerte (3 asociaciones)	Fuerte (2 asociaciones)	Menos fuerte (1 asociación)
██████████	████████	██████	———

En el presente esquema bidimensional, aparecen dos niveles jerárquicos y como elemento polo “Entrega en el cuidado”, la entrevistada a lo largo de su locución manifestó la importancia de la forma de cuidar de la enfermera, lo que la determina como una buena o mala profesional. La entrega en el cuidado significa para ella, estar dispuesta a servir, brindar un buen trato, hacer sentir al paciente bien.

El gráfico denota un nexo extremadamente fuerte entre el elemento polo y el elemento “Características personales”, dado que la entrevistada hace referencia que la entrega en el cuidado se hace manifiesto en la actitud de la “Buena enfermera”, al caracterizarla como amable, solícita, sonriente, carismática, entregada. De igual modo, el gráfico denota una ligazón fuerte del elemento polo con el elemento “Profesional capacitado”, asumiendo que un profesional de enfermería no sería coherente, si en su actuar deja de lado el aspecto humano, indicando la importancia

del nexo entre conocimiento y humanidad para ser una “Buena enfermera”, que respecto a la discursante sería lo que lleve a la enfermera a la trascendencia.

En el segundo nivel jerárquico, una relación menos fuerte entre el elemento polo “Entrega en el cuidado” y tres elementos: “Genera confianza”, “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas” y “Orienta a la persona”. La entrevistada considera importante el brindar información adecuada y oportuna ante las inquietudes e incertidumbres de los pacientes ansiosos con resquebrajamiento de su salud. En la medida de la satisfacción de esta necesidad de información, la participante considera que existe entrega en el cuidado. Esta circunstancia traerá como consecuencia, su seguridad y confianza en la enfermera, a quien consiguientemente la caracterizará como “Buena enfermera”.

Observamos así mismo, algunas asociaciones emergentes en base a la entrevista: En primer lugar los elementos “Características personales” y “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas”; uno es consecuencia del otro, para la entrevistada, una enfermera con el rostro agestado que denota amargura de ninguna manera podría ser considerada una “Buena enfermera”.

Fue necesario además, conectar al elemento “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas” con el elemento “Genera confianza”, en el mismo sentido de correlacionalidad, pues una actitud negativa con falta de amor, de entrega y humanidad, cataloga a una enfermera como mala, la que en definitiva no logrará la confianza de las personas a su cuidado.

Los elementos “Profesional capacitado” y “Orienta a la persona” se relacionaron a criterio de la investigadora como evidencia de la relación entre estos elementos, pues la enfermera que posea los conocimientos necesarios será capaz de orientar a las personas que cuida, con la seguridad que esa actitud responde a un derecho del paciente y a una necesidad que debe ser atendida sin miramientos:... *“el paciente necesita respuestas satisfactorias”*.

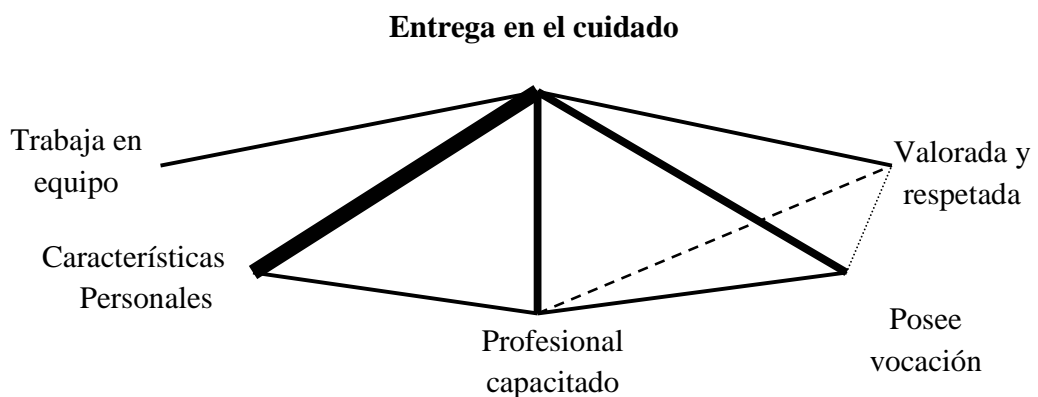
Por último, esta entrevista deja entrever que el censo común del paciente respecto de la “Buena enfermera” ha ancorado que es una profesional que entrega su cuidado, que posee atributos personales que la diferencian de las demás y cuya capacitación se denota en su actitud, al mostrar preocupación por orientar al paciente generando un clima de seguridad y confianza.

ENTREVISTA N.º 07

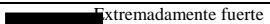
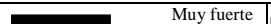
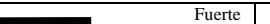
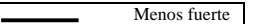
El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 09 elementos y 06 fragmentos, de los cuales surgen 09 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Posee vocación (7) : 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Valorada y Respetada (18): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Trabaja en equipo (14): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en un cuidado humano (4): 3 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4): 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Posee vocación (7) 2 asociaciones
- ✓

FIGURA 7: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 07



LEYENDA:

 Extremadamente fuerte (≥4 asociaciones)	 Muy fuerte (3 asociaciones)	 Fuerte (2 asociaciones)	 Menos fuerte (1 asociación)
---	---	--	---

En el presente esquema bidimensional se evidencia dos niveles jerárquicos, en la cima, como elemento polo se objetiva “Entrega en el cuidado”, el discursante hace referencia de lo importante que significa este elemento para conceptualizar a la “Buena enfermera”, alude que ella es “abnegada en todo su servicio”, “su trabajo es bastante sacrificado”, “se preocupa bastante por el paciente”. Se establece una ligazón extremadamente fuerte con el elemento “Características personales”, pues considera que ser abnegada, amable, preocupada guarda relación con la entrega en el cuidado.

Se encontró una conexión fuerte del elemento polo con dos elementos: “Profesional capacitado” y “Posee vocación”, literalmente denota cuán importante son estos aspectos; “para mí una buena enfermera es una buena profesional con vocación respecto al trato del paciente”. Deja entrever que estos elementos y su asociación son vitales para la construcción de la imagen de una buena enfermera.

De igual forma, se observa el nexo entre tres elementos: “Características personales”, “Profesional capacitado” y “Posee vocación” con un enlace de intensidad menos fuerte cerrando el círculo entre los tres para brindar un cuidado entregado.

El elemento polo, así mismo, está ligado en una intensidad menos fuerte a los elementos: “Trabaja en equipo” y “Valorada y respetada”, pues la discursante ha interiorizado que la participación activa de la enfermera dentro del equipo de salud, por su preparación, le ha permitido, además, de un trabajo eficiente el que sea valorada y respetada por los demás. Aquí se hace necesario que la investigadora decida asociar al elemento “Profesional capacitado” con el elemento “Valorada y respetada” por ser directamente proporcional la relación: “una buena profesional merece respeto”.

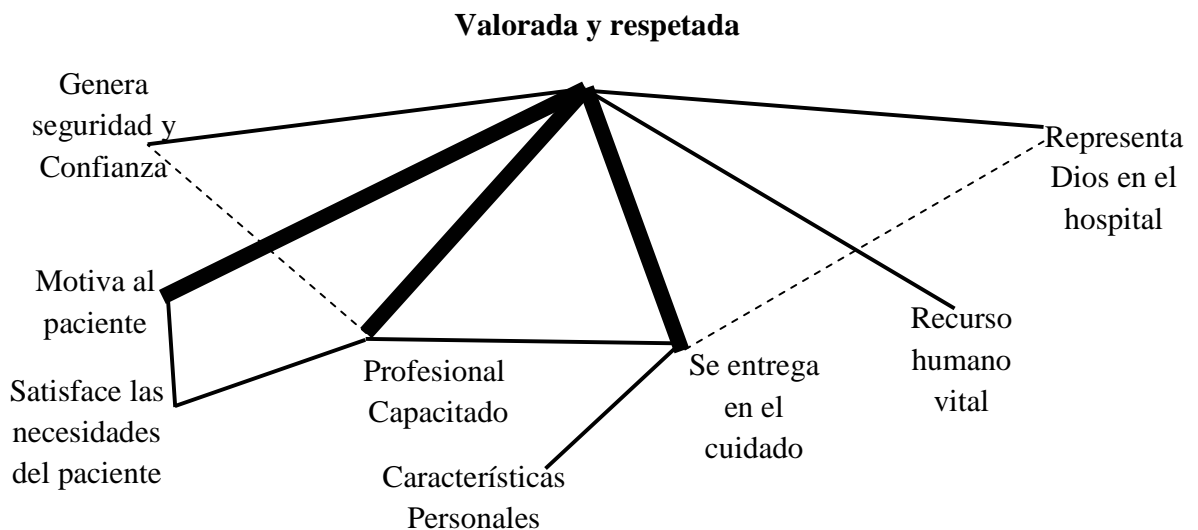
La persona entrevistada ha representado a la “Buena enfermera”, como a aquella enfermera que ejercerá un cuidado entregado, toda vez que posea características personales coherentes con su servicio, que denote vocación que sumada a su experiencia y capacitación profesional consiga trabajar en equipo para ser valorada y respetada por los demás.

ENTREVISTA N. ° 08

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 12 elementos y 07 fragmentos, de los cuales surgen 14 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitada (2)_ Valorada y respetada (18): 2 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Valorada y respetada (18) : 1 asociación
- ✓ Motiva al paciente (11)_ Valorada y respetada (18): 3 asociaciones
- ✓ Motiva al paciente (11)_ Valorada y respetada (18)_ Genera seguridad (20): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Satisface las necesidades del paciente (5)_ Motiva al paciente (11)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación
- ✓ Recurso humano vital (12)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Valorada y respetada (18): 3 asociaciones
- ✓ Valorada y respetada (18)_ Representa a Dios en el hospital (21):1 asociación

FIGURA 8: Esquema de Asociaciones de la entrevista N. ° 08



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
██████████ (≥4 asociaciones)	██████████ (3 asociaciones)	██████████ (2 asociaciones)	██████████ (1 asociación)

El gráfico bidimensional muestra tres niveles jerárquicos y en la cúspide se observa al elemento “Valorada y respetada”, como elemento polo, y prototipo de la principal caracterización interiorizada por la persona entrevistada respecto de la “Buena enfermera”: “...A la enfermera la describiría como una persona muy *valorable*”.

El elemento polo presenta una conexión extremadamente fuerte con el elemento “Motiva al paciente”, dado que la discursante refiere que el solo hecho de que la enfermera lance la pregunta *¿cómo está?*, la llena de emoción, provocando en ella, ánimo para seguir adelante al percibir la preocupación por su salud.

Se observa una ligazón muy fuerte con dos elementos: “Profesional capacitado” y “Se entrega en el cuidado”, pues conceptúa el valor que adjudica a la “Buena enfermera” en razón de experimentar su sabiduría para la solución de sus problemas hasta llegar al sacrificio. Literalmente, refiere: “*Ellas están expertas para ver qué problemas tenemos...jamás pensé que su trabajo sea muy sacrificado*”.

El esquema también presenta ligazón menos fuerte con tres elementos, a saber, “Recurso humano vital”, “Genera seguridad y confianza” y “Representa a Dios en el hospital”, dejando entrever las presentes asociaciones una internalización profunda toda vez que ve en la enfermera un recurso de salud importante dado que genera una seguridad con su actuar que la lleva a sustentar una trascendencia de ella y necesidad de una respuesta de la sociedad y del Estado para reconocerla

El esquema presenta nexo menos fuerte entre el elemento “Se entrega en el cuidado” y los elementos “Características personales” y “Profesional capacitado”. De igual forma el gráfico denota una asociación entre el elemento “Satisface las

necesidades del paciente” con los elementos “Profesional capacitado” y “Motiva al paciente”, en relación a la labor que la enfermera realiza respecto a la satisfacción de necesidades, de aseo, eliminación, alimentación, así como las psicológicas y emocionales como producto de un conocimiento, de una experiencia que converge en el ánimo y la motivación de las personas enfermas.

En esta entrevista es necesario agregar dos relaciones, la primera de ellas, entre el elemento “Profesional capacitado” y “Genera seguridad y confianza” debido a la correlación que existe entre ambos, así como, entre “Se entrega en el cuidado” y “Representa a Dios en el hospital”. Se fundamenta ambas relaciones con dos fragmentos respectivamente, los que a la letra dice: *“la enfermera sabe, es la base para todos los que estamos aquí, me siento tranquilo.”*, *“Su dedicación es con entrega y sacrificio...vemos a Dios en ellas”*.

Para la persona entrevistada, la “Buena enfermera” es aquella enfermera que se ha ganado el valor y el respeto de las personas que cuida y a quien motiva con su entrega en el cuidado, así como con la satisfacción de sus necesidades y su capacidad profesional, enriquecida con su experiencia, llegándola a considerar un recurso humano vital, que genera seguridad y confianza proyectando ella una imagen celestial, percibida y representada.

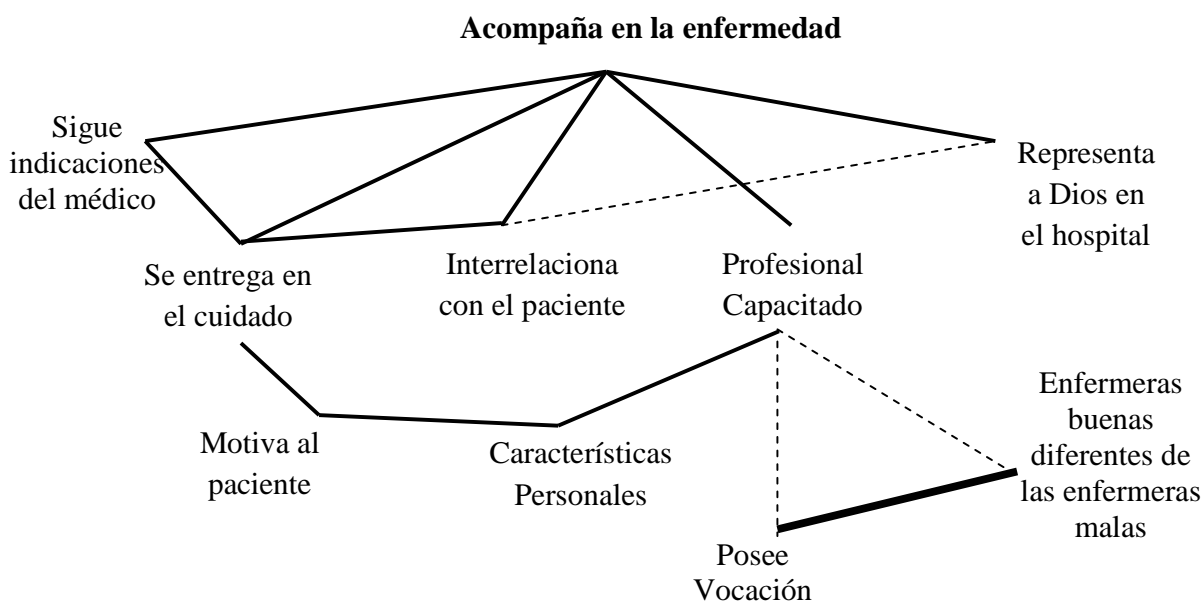
ENTREVISTA N. ° 09

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 13 elementos y 05 fragmentos, de los cuales surgen 07 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Acompaña en la enfermedad (19): 1 asociación

- ✓ Entrega en el cuidado (4)_ Interrelaciona con el paciente (15)_ Acompaña en la enfermedad (19): 1 asociación
- ✓ Posee vocación (7)_ Enfermeras buenas vs Enfermeras malas(10): 2 asociaciones
- ✓ Acompaña en la enfermedad (19)_ Representa a Dios en el hospital (20): 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Sigue indicaciones del médico (16)_ Acompaña en la enfermedad (19) : 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Motiva al paciente (11)_ Se entrega en el cuidado (4) _ Acompaña en la enfermedad (19): 1 asociación

FIGURA 9: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 09



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
(≥4 asociaciones)	(3 asociaciones)	(2 asociaciones)	(1 asociación)

El esquema bidimensional muestra cuatro niveles jerárquicos, ubicándose en la cúspide “Acompaña en la enfermedad”, como elemento polo. El discursante a lo largo de toda su intervención evidencia lo anclado que lleva la imagen de la “Buena enfermera” como persona cercana a las personas enfermas; por todo lo que significa

la experiencia difícil de la enfermedad, deja entrever lo vital de la presencia cercana de la enfermera para el diálogo, la explicación, la motivación; en definitiva para lo que se define como “el acompaña”.

Se observa gráficamente nexos menos fuertes entre el elemento polo con el elemento: “Profesional capacitado”, al que relaciona con aspectos de su hacer, y con el elemento “Representa a Dios en el hospital”, pues para el entrevistado “el acompaña” en la enfermedad se da con la trascendencia hacia la espiritualidad, en momentos de fragilidad y vulnerabilidad. De igual manera existe una conexión de igual intensidad del elemento polo con los elementos “Interrelaciona con el paciente” y “Se entrega en el cuidado”, dado que los discursos literalmente denotan por acompañar, una entrega en el cuidado con una interrelación cercana, motivo por el cual estos dos elementos también evidencian una asociación entre sí: *“La buena enfermera es la que está cerca, dialogando, preocupada constantemente por lo que necesita su paciente”*

Se encuentra una conexión menos fuerte entre el elemento polo y el elemento “Sigue las indicaciones del médico”, pues para la persona entrevistada, el cumplir responsablemente las indicaciones del médico forma parte del acompañar en la enfermedad, denotando con ello, la prevalencia de uno de los estereotipos que se han transmitido a través de la historia, como imagen de “Buena enfermera”, como aquella que sigue las indicaciones médicas correctamente. Este elemento presenta igualmente una ligazón menos fuerte con el elemento “Se entrega en el cuidado”, como muestra de cuán importante es el elemento “sigue indicaciones médicas” para la persona entrevistada, que lo relaciona con un cuidado entregado.

En el tercer nivel jerárquico, surge una asociación menos fuerte que enlaza a los elementos: “Se entrega en el cuidado”, “Motiva al paciente”, “Características personales” y “Profesional capacitado”, reiterando con ello que el engranaje de estos elementos es necesario para acompañar en la enfermedad, se corrobora lo afirmado

con el siguiente discurso: *“El paciente necesita a una persona amiga, que esté al lado, que le dé la mano, que conozca su profesión para sentir alivio verdadero”*.

De forma independiente, aparece hacia el cuarto nivel de jerarquía la asociación de dos elementos en una intensidad menos fuerte, a saber: “Posee vocación” y “Enfermeras buenas diferente de las enfermeras malas”, pues según el discurso, es determinante que la enfermera se muestre identificada con su profesión, que la conozca y que la ame, para una práctica coherente que lleve a determinar quién es una buena enfermera y quién no lo es: *“...una que otra enfermera existe que no les gusta su profesión, me doy cuenta en el trato hosco y la cara de amargura que muestran, eso se ve mal...”*

Respecto a la asociación independiente de estos dos últimos elementos, es que la autora decide establecer un enlace entre estos dos elementos con el elemento “Profesional capacitado”, por considerar que según el texto, para el discursante la “Buena enfermera” es aquella cuya capacidad y experiencia profesional se desarrolla por ser congruente con su vocación y que a la posterioridad la llevará a diferenciarse entre las enfermeras.

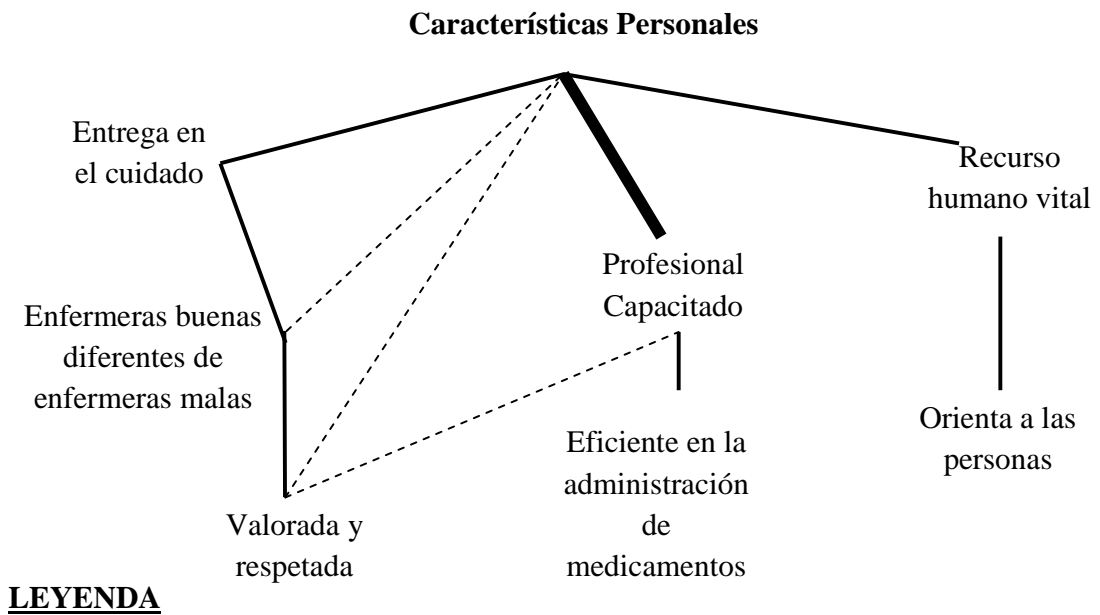
Para el entrevistado la “Buena enfermera”, es aquella persona con la capacidad de acompañar en la enfermedad, con un cuidado entregado basado en una interrelación efectiva, al nivel de asumir que puede representar a Dios en el hospital y, que aunado a su capacidad profesional, le permita un trabajo eficiente y consecuente (cumplir las indicaciones médicas), que motive al paciente, y evidencie la posesión de características personales positivas que demuestren en ella una vocación hacia su profesión.

ENTREVISTA N. ° 10

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 13 elementos y 06 fragmentos, de los cuales surgen 05 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_Eficiente en la administración de medicamentos (3):1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2): 2 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Recurso humano vital (12)_ Orienta a la persona (17): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Enfermeras buenas diferente de las enfermeras malas (10)_Valorada y respetada por los pacientes (18): 1 asociación

FIGURA 10: Esquema de asociaciones de la entrevista N.° 10



Extremadamente fuerte (≥4 asociaciones)	Muy fuerte (3 asociaciones)	Fuerte (2 asociaciones)	Menos fuerte (1 asociación)
██████████	██████████	██████████	—————

El presente esquema bidimensional presenta tres niveles jerárquicos en la distribución de los elementos según las asociaciones, ubicándose en la cúspide el elemento polo: “Características personales”, denotando con ello, la importancia que la persona entrevistada le adjudica a este elemento para la consideración de la “Buena enfermera”, el texto revela dentro de las características que cita como importantes a responsable, humana y comprensiva.

Existe en el esquema una relación extremadamente fuerte con el elemento profesional capacitado: “*La enfermera es un profesional muy importante, porque si nosotros estamos enfermos y nos dan malas respuestas nos enferman hasta el alma, nosotros queremos sanarnos, necesitamos amabilidad, una sonrisa es gratis, no cuesta.*”, denotando el discurso la necesidad de engranar la experiencia y capacitación con la forma de ser de la enfermera, la que proyectará características personales acordes, a lo que para el discursante significa ser una “Buena enfermera”.

Se observa, además, al ras del segundo nivel, de igual forma un nexo menos fuerte entre los elementos “Profesional capacitado” y “Eficiente en la administración de medicamentos”, pues la entrevistada manifiesta durante su discurso: “*...En cuanto a la enfermera, como profesional eficiente, que no tenga errores en la administración de medicamentos porque arriesga la vida del paciente*”, una vez más se evidencia, la simbolización de “Buena enfermera” como aquella que administra medicamentos, pues para la persona enfermera es una actividad principal, sino la principal en la lucha contra la enfermedad.

Presenta así mismo, el esquema bidimensional, una relación más, de menor intensidad entre el elemento polo y el elemento “Se entrega en el cuidado” desde el cual se desprende otra asociación de la misma intensidad con el elemento “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas” y este a su vez, otra relación más de menor intensidad con el elemento “Valorada y respetada” que a la lectura esquemática y fundada en el texto se asevera que la entrevistada considera que de la

forma en que la enfermera brinde su cuidado, dependerá su valoración y categorización.

Adicionalmente, la autora enlaza dos asociaciones, con el respaldo del discurso, es así que asocia al elemento polo “Características personales” con los elementos: “Valorada y respetada” y “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas” por la relación existente proporcional, pues al ser poseedora de características personales auténticas, será catalogada y consecuentemente valorada. De igual forma, se establece un nexo final entre el elemento “Profesional capacitado” y el elemento “Valorada y respetada” para cerrar la conceptualización de la entrevistada respecto a la “Buena enfermera”.

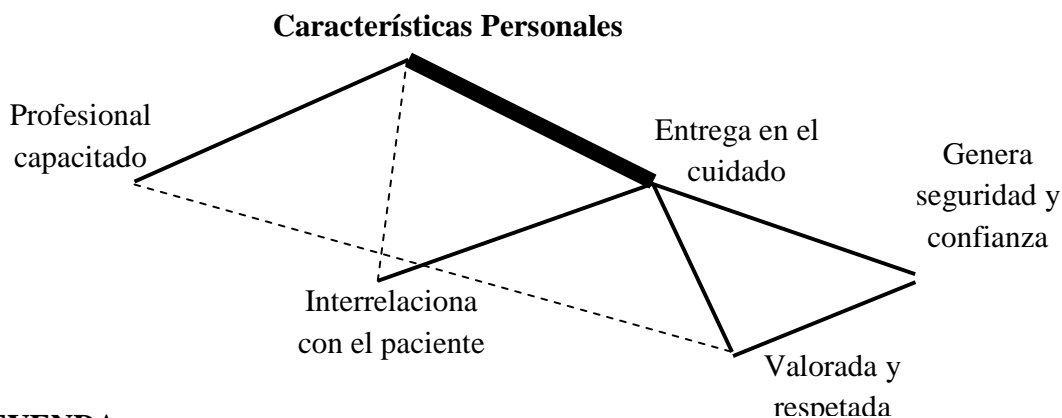
Para la persona entrevistada la “Buena enfermera” es la persona con características personales genuinas, que se ha capacitado profesionalmente para desempeñar las funciones encomendadas como la administración de medicamentos y, que por la entrega en su cuidado con información satisfactoria al paciente es considerada un recurso humano vital, que le permite distinguirse de las profesionales y ser respetada.

ENTREVISTA N. ° 11

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 07 elementos y 04 fragmentos, de los cuales surgen 06 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4): 3 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Interrelaciona con el paciente (15)_ Valorada y respetada (18)_ Genera seguridad y confianza (20): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_Se entrega en el cuidado (4): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Genera seguridad (20): 1 asociación

FIGURA 11: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 11



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
(≥4 asociaciones)	(3 asociaciones)	(2 asociaciones)	(1 asociación)

Presenta el gráfico bidimensional tres niveles jerárquicos, de los cuales emerge en la cima el elemento polo “Características personales”, como evidencia de lo significativo, para el entrevistado, que es la personalidad de la enfermera: “persona amigable, cariñosa, amable, amorosa”. Se observa que se establece una relación extremadamente fuerte con el elemento “Entrega en el cuidado”, pues el entrevistado relaciona su personalidad con la forma de cuidar: “...están pendientes de mí, es como una amiga, me trata bien”.

Se desprende del elemento polo una asociación de una intensidad menos fuerte con el elemento “Profesional capacitado”, pues refiere el entrevistado que la enfermera hace lo que tiene que hacer, por ser una persona capacitada, por tanto su actuar y forma de ser debe ser correcta.

Hacia el segundo nivel se muestra el enlace del elemento “Entrega en el cuidado” con tres elementos en una intensidad menos fuerte, a saber: “Interrelaciona con el paciente”, “Valorada y respetada” y “Genera seguridad y confianza”, así mismo estos dos últimos elementos se asocian entre sí con menor intensidad, redondeando el circuito necesario para el entrevistado respecto de una “Buena

enfermera”: *“Gracias por el trabajo entregado que nos dan, por lo que hacen por los pacientes, se relacionan con nosotros y nos hacen sentirnos seguros, eso lo valoramos mucho”*.

Consecuente a lo descrito surge la necesidad de enlazar los elementos “Características personales” e “Interrelaciona con el paciente”, pues la facilidad para establecer una relación cercana empática dependerá de la personalidad que posea la enfermera. De igual forma, se enlazó a los elementos “Profesional capacitado” y “Genera seguridad y confianza” por ser dos elementos consecuentes el uno del otro.

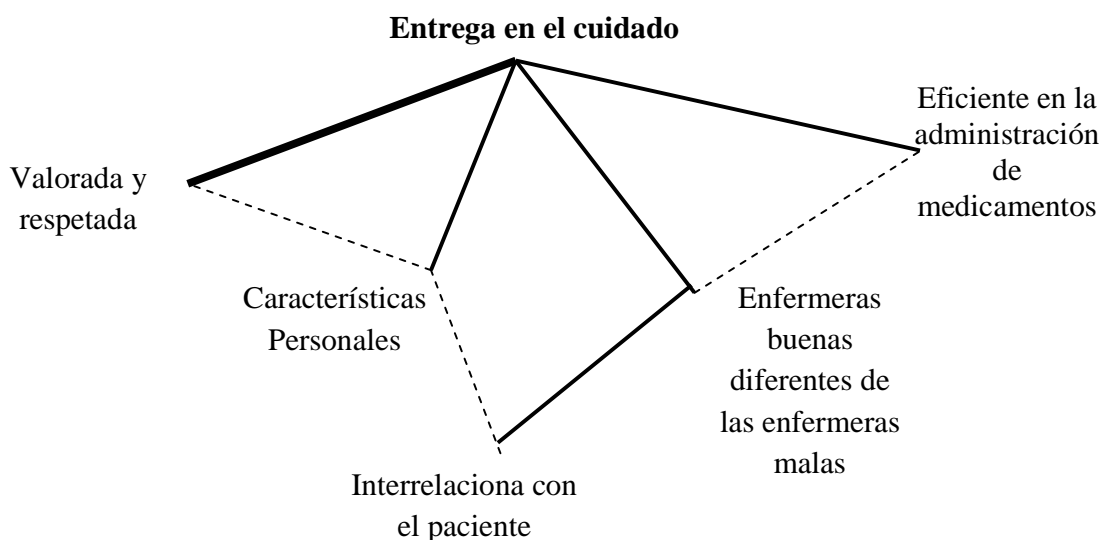
Para el discursante una “Buena enfermera” será aquella persona que posea una personalidad coherente con el servicio entregado que brinda, con conocimientos que fundamenten su actuar y que a través de una relación efectiva generará seguridad y confianza, que consecuentemente logre que su profesión sea valorada y respetada, en otras palabras, reconocida.

ENTREVISTA N. ° 12

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 10 elementos y 05 fragmentos, de los cuales surgen 04 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas (10)_ Interrelaciona con el paciente (15): 1 asociación
- ✓ Eficiente en la administración de medicamentos (3)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Valorada y respetada (18): 2 asociaciones

FIGURA 12: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 12



LEYENDA:

Extremadamente fuerte (≥4 asociaciones)	Muy fuerte (3 asociaciones)	Fuerte (2 asociaciones)	Menos fuerte (1 asociación)

El siguiente esquema bidimensional denota tres niveles jerárquicos y en la cúspide se ubica el elemento polo: “Se entrega en el cuidado”. Para el discursante la “Buena enfermera” es aquella que está pendiente de todos los aspectos del enfermo, lo que conlleva a ser valorada, evidenciado en la ligazón fuerte con este elemento “Valorada y respetada”.

La entrega en el cuidado se ha ligado en una intensidad menos fuerte con tres elementos: “Características personales”, “Enfermeras buenas diferente de las malas enfermeras” y “Eficiente en la administración de medicamentos”, para la entrevistada cobra gran importancia la personalidad de la enfermera y aduce que debe ser humanitaria, paciente, amable y cariñosa, pues la sensibilidad del enfermo así lo exige. En base a esto, le asigna la característica de buena o mala, por lo tanto es importante en este momento anotar el nexo del elemento “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas” con “Interrelaciona con el paciente”, en

intensidad menos fuerte, pues de la calidad de la interrelación dependerá su evaluación.

Con intención de completar la construcción del entrevistado respecto de la buena enfermera, a iniciativa se establece inicialmente, una ligazón entre el elemento “Valorada y respetada” con “Características personales” y este con “Se interrelaciona con el paciente”. Se respaldan estas asociaciones en: *“Esta vez me han atendido muy bien, en todo lo que he necesitado, han sido amables, atentas y eso lo valoro”*.

Se estableció un nexo entre los elementos “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas” y “Eficiente en la administración de medicamentos”, pues el discurso revela la correspondencia de una buena profesional con la administración correcta y oportuna de los medicamentos.

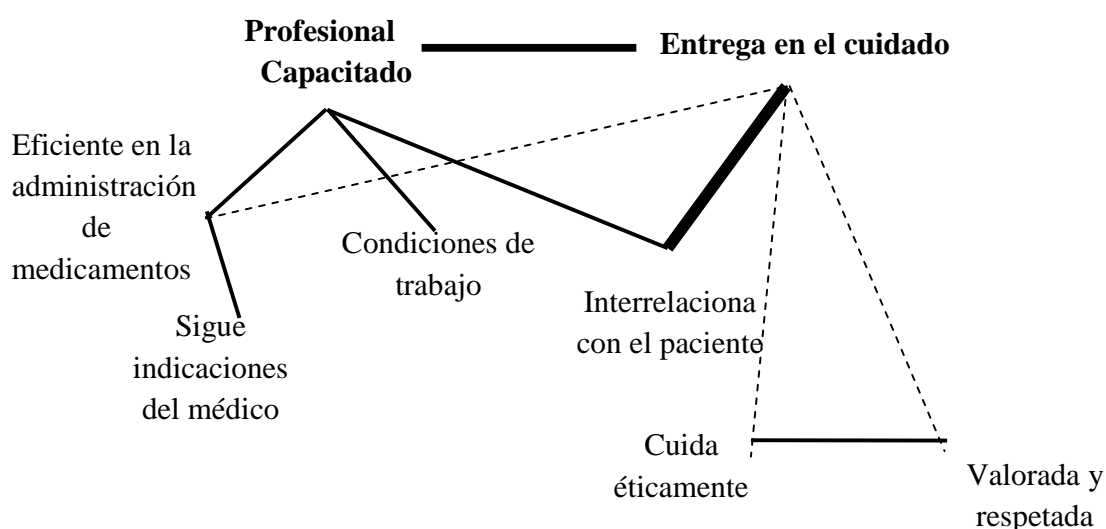
Podría afirmarse que la construcción del significado de “Buena enfermera” para la persona entrevistada es aquella que brinda un cuidado entregado, respaldado en una personalidad coherente que permita asumir una interrelación saludable, que aunado a la eficiencia en sus funciones le permita ser diferenciada, así como, valorada y reconocida como tal.

ENTREVISTA N.º 13

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado elementos y 06 fragmentos, de los cuales surgen 09 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4): 2 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Interrelaciona con el paciente (15): 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Interrelaciona con el paciente (15): 3 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Condiciones de trabajo (9): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Eficiente en la administración de medicamentos (3)_ Sigue indicaciones del médico(16): 1 asociación
- ✓ Cuida éticamente con equidad (6)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación

FIGURA 13: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 13



LEYENDA:

Extremadamente fuerte (≥4 asociaciones)	Muy fuerte (3 asociaciones)	Fuerte (2 asociaciones)	Menos fuerte (1 asociación)

El presente gráfico bidimensional muestra tres niveles jerárquicos en la distribución de los elementos según asociaciones y ubica en el pico a dos elementos polo: “Profesional capacitado” y “Entrega en el cuidado”, asociados entre sí por un nexo fuerte, denotando con ello la importancia igualitaria que el entrevistado asigna a la capacidad profesional de la enfermera y a la capacidad de entrega en el cuidado, según refiere el discursante: “*Lo primero es que la enfermera conozca el área en la que está laborando y; a la par mostrar interés intenso por el paciente, pues es su objetivo, y para lo que se ha preparado*”.

El elemento “Entrega en el cuidado” extiende un enlace muy fuerte con el elemento “Interrelaciona con el paciente”, el que a su vez está unido también al elemento “Profesional capacitado” por una ligazón menos fuerte, lo que se respalda con el siguiente texto: “*Cuando los pacientes estamos internados necesitamos*”.

dedicación, que estén cerca nuestro, pues ellas saben cuál es nuestra dolencia para aliviarnos”.

De igual forma, se refleja que del elemento polo “Profesional capacitado” se desprende dos ligazones más, de menor intensidad, que lo une a los elementos “Eficiente en la administración de medicamentos” y “Condiciones de trabajo”. El texto denota la significancia que el discursante le asigna a la relación que existe entre la capacidad profesional para el desempeño de las funciones enfermera que él considera muy importante, como la administración de medicamentos, justificando, a su vez, las deficiencias, por las condiciones laborales bajo las que trabaja en la actualidad la enfermera.

La relación menos fuerte, que se establece entre el elemento “Eficiencia en la administración de medicamentos” y “Sigue las indicaciones del médico”, evidencia en su discurso la imagen arraigada de la enfermera como profesional subordinado: *“La enfermera es personal experimentado, pues se encargan de mi tratamiento por indicación superior, que son los médicos”.*

Se estableció una asociación independiente de menor intensidad entre los elementos “Cuida éticamente” y “Valorada y respetada”, desde los cuales la investigadora establece ligazón con el elemento “Se entrega en el cuidado”, pues un cuidado ético fundado en valores será siempre entregado, valorado y respetado. Además, se hace necesario relacionar, al elemento “Eficiente en la entrega de medicamentos” con la “Entrega en el cuidado”, pues con el compromiso y responsabilidad de una entrega, los errores se disuelven.

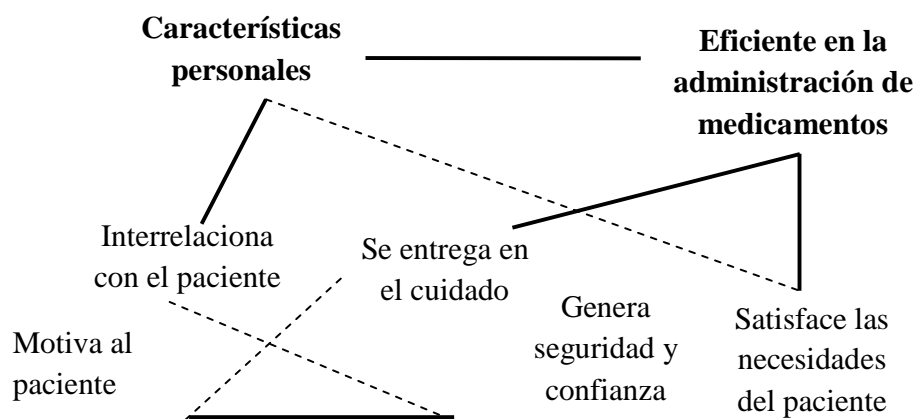
Al finalizar, la interpretación del esquema muestra que el entrevistado considera que la “Buena enfermera” es el profesional capacitado que logra entregar un cuidado humano, basado en la interrelación efectiva y que a pesar de la adversidad en la que da su cuidado, logra la eficiencia en sus funciones, lo que conlleva a un cuidado ético de mucha valía.

ENTREVISTA N. ° 14

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 08 elementos y 04 fragmentos, de los cuales surgen 04 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Eficiente en la administración de medicamentos (3): Se entrega en el cuidado (4): 1 asociación
- ✓ Eficiente en la administración de medicamentos (3)_ Satisface las necesidades del paciente (5): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Interrelaciona con el paciente (15): 1 asociación
- ✓ Motiva al paciente (11)_ Genera seguridad (20): 1 asociación

FIGURA 14: Esquema de asociaciones de la entrevista N.° 14



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
██████████ (≥4 asociaciones)	██████████ (3 asociaciones)	██████████ (2 asociaciones)	██████████ (1 asociación)

El presente gráfico bidimensional refleja tres niveles jerárquicos, y en la cima se ubican dos elementos polo: “Características personales” y “Eficiente en la administración de medicamentos”. Esto denota la importancia equitativa que el entrevistado le asigna a estos dos aspectos, entre los cuales existe un nexo menos fuerte. En reiteradas oportunidades se deja entrever en el discurso, cuán importante es para el entrevistado la función de administración de medicamentos y la personalidad de la enfermera, la misma que debe poseer características, como amabilidad y amigabilidad.

La asociación menos fuerte entre el elemento “Eficiente administración de medicamentos” y los elementos “Satisface necesidades del paciente” y “Se entrega en el cuidado”, se fundamenta con el discurso: *“La buena enfermera es aquella que nos cuida dándonos la medicina, cuida el aseo, el tendido de camas, todos los días; y con gusto”*.

Así mismo, el gráfico presenta otro nexo menos fuerte que se desprende del elemento polo “Características personales” hacia el elemento “Interrelación con el paciente, conectando la correspondencia que existe entre ambos elementos, dado que para el paciente la enfermera es una persona amigable y muy amable en su trato.

Apareció una asociación independiente entre los elementos: “Motiva al paciente” y “Genera seguridad y confianza”, a consecuencia de una interrelación fuerte, las personas se animan y se sienten seguras en momentos de vulnerabilidad, como lo deja ver el discursante.

Se estableció tres asociaciones a decisión de la autora, las mismas que son aportadas y fundamentadas en el discurso. La primera asociación es entre los elementos “Características personales” y “Satisface necesidades”: *“...la enfermera buena nos atiende en lo que necesitamos, es como una amiga”*. La segunda asociación aportada es entre los elementos: “Interrelaciona con el paciente” y “Genera seguridad y confianza”: *“La buena enfermera se comporta bien con el*

paciente, reconforta al enfermo, quien se siente seguro con ella". Y la tercera, entre los elementos: "Motiva al paciente" y "se entrega en el cuidado", pues cada detalle en su actuar es valorado convergiendo en estímulo al paciente, en medio de la enfermedad.

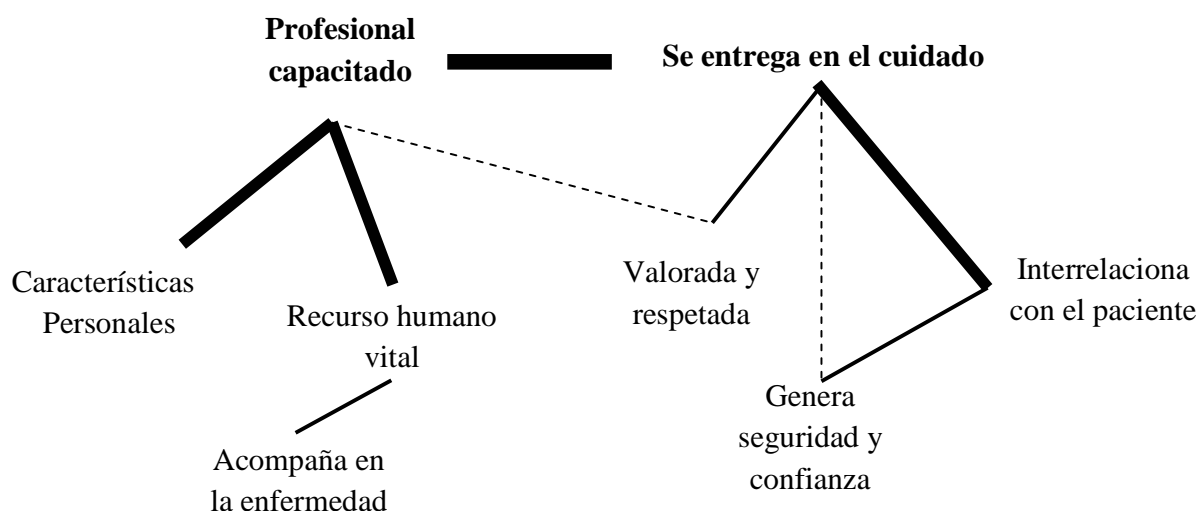
Se puede determinar que para la persona entrevistada, la "Buena enfermera" es aquella que tiene una personalidad análoga al servicio que presta, y que las funciones que considera importante como parte del hacer de la enfermera lo realiza correctamente, tal como la administración de medicamentos. Y cuyas características personales permitan una interrelación cercana que anime al paciente generando sentimientos de seguridad y confianza.

ENTREVISTA N. ° 15





El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 12 elementos y 06 fragmentos, de los cuales surgen 13 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2): 2 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4): 3 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Recurso humano vital (12): 2 asociaciones
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Interrelaciona con el paciente (15): 2 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_Recurso humano vital (12)_Acompaña en la enfermedad (19); 1 asociación
- ✓ Se entrega en el cuidado (4)_ Interrelaciona con el paciente (15)_ Genera seguridad (20): 1 asociación
- ✓ Características personales (1) _Profesional capacitado (2)_Se entrega en el cuidado (4): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación

FIGURA 15: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 15



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
 (≥4 asociaciones)	 (3 asociaciones)	 (2 asociaciones)	 (1 asociación)

El esquema bidimensional expone tres niveles jerárquicos de distribución asociativa y se ubican en la cima dos elementos como polo de la entrevista. Entre “Profesional capacitado” y “Entrega en el cuidado” se observa un nexo extremadamente fuerte, como evidencia de la equivalencia e importancia que el entrevistado le asigna a estos dos elementos, pues para él la enfermera es un profesional con conocimiento y responsabilidad que le permite actuar con entrega eficiente.

Se observa que del elemento polo “Profesional capacitado” se desprenden dos nexos de intensidad muy fuerte: “Características personales” y “Recurso humano vital”. Los discursos demuestran, que la enfermera como profesional con formación científica, se instituye como recurso humano vital dentro del equipo de salud, acompañada de una personalidad coherente con su labor.

El gráfico presenta un nexo muy fuerte entre el elemento polo “Entrega en el cuidado” e “Interrelaciona con el paciente”, dado que una entrega en el cuidado se consigue solo si se establece una relación afectiva y efectiva con la persona sujeta del cuidado. Asimismo, se observa que del elemento “Interrelaciona con el paciente” emerge una relación de menor intensidad con el elemento “Genera seguridad y confianza”, como muestra de ello se muestra el discurso siguiente: “...*están muy compenetradas con el paciente, saben salir de la emergencia y veo que lo hacen bien*”.

El esquema presenta hacia el tercer nivel jerárquico una relación de menor intensidad entre el elemento “Recurso humano vital” y “Acompaña en la enfermedad”, dado que el proceso de “acompañar en la enfermedad”, por su significado en sí, lleva a considerar a quien lo ejerce como persona vital, debiendo en este momento precisar la necesidad de ligar este último elemento con el elemento que define a la personalidad del profesional, pues de ella penderá la posibilidad del “acompañar” en momentos límites como es la enfermedad.

Otra asociación de menor intensidad es la que se da entre el elemento polo “Entrega en el cuidado” y “Valorada y respetada”.

El texto discursivo precisa establecer tres relaciones más. En primer lugar, entre los elementos: “Profesional capacitado” y “Valorada y respetada”, pues las experiencias del entrevistado han internalizado en él esta asociación: “...*en el caso de una paciente delicada, vi el protagonismo de la enfermera, inclusive alcanzaba sugerencias al médico*”. Y en segundo lugar, se establece la asociación entre el elemento polo “Entrega en el cuidado” y “Genera seguridad y Confianza”, así lo demuestra la anterior referencia. En tercer lugar, se establece la asociación entre “Características personales” y “Acompaña en la enfermedad”, refrendado por el texto: “...*para mí una buena enfermera es aquella que se relaciona, deja sentir su presencia, la que está a mi lado con su experiencia, conocimiento, responsabilidad, buen carácter, carismática...*”. Se denota así que para el discursante la enfermera

debe poseer características personales coherentes con su profesión, que le garantice un “acompaña” en los momentos difíciles.

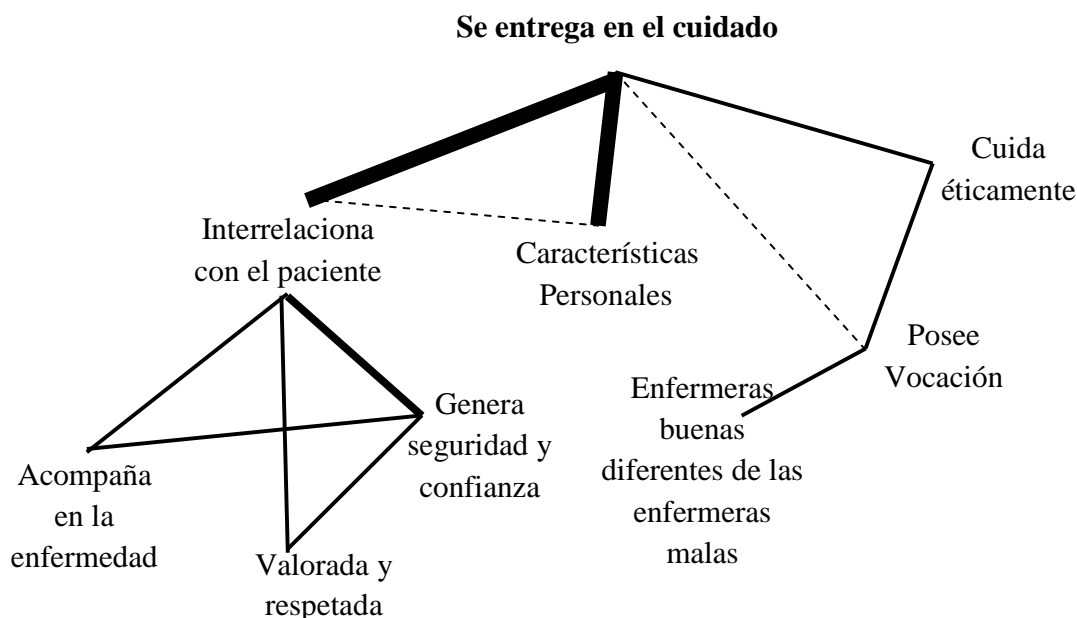
En conclusión, la persona entrevistada ha conceptualizado a la “Buena enfermera” como el profesional con la capacidad pertinente para cuidar de las personas con salud afectada, poseedora de una personalidad coherente, caracterizada para la entrega de un cuidado, que refleja el acompañamiento en la enfermedad, que la lleva a considerar como recurso humano de vital importancia por la seguridad y confianza que inspira, siendo valorada y respetada por las personas a su cuidado

ENTREVISTA N. ° 16

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 11 elementos y 04 fragmentos, de los cuales surgen 05 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples.

- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_Interrelaciona con el paciente (15)_Genera seguridad y confianza (20): 2 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_Interrelaciona con el paciente (15)_ Valorada y respetada (18)_Genera seguridad y confianza(20): 1 asociación
- ✓ Entrega en el cuidado (4)_ Cuida éticamente (6)_ Posee vocación (7)_ Enfermeras buenas diferentes de las malas (10): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Interrelaciona con el paciente (15)_ Acompaña en la enfermedad (19)_ Genera seguridad y confianza (20) : 1 asociación

FIGURA 16: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 16



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
(≥4 asociaciones)	(3 asociaciones)	(2 asociaciones)	(1asociación)

El presente esquema bidimensional grafica cuatro niveles jerárquicos sobresaliendo como elemento polo “Se entrega en el cuidado”, evidenciando con ello, la importancia que el discursante le asigna al quehacer de la enfermera, para quien, la enfermera que deba ser considerada una buena profesional, deberá estar cerca de la persona y preocuparse por ella.

Se objetiva dos asociaciones de intensidad extremadamente fuerte entre el elemento polo y los elementos “Interrelaciona con el paciente” y “Características personales”, dejando entrever cuán importante es para el entrevistado la forma de ser de la enfermera, en base a lo cual establece la calidad de su relación con las personas a las que cuida, lo que podría converger en un cuidado humano o deshumanizado.

Se establece un nexo de menor intensidad entre el elemento polo y el elemento “Cuida éticamente”, del cual emerge otro nexo de la misma intensidad hacia el elemento “Posee vocación”, y de este último, al elemento “Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas”, con lo cual es evidente la interiorización del paciente respecto a que un cuidado entregado, es aquel que se brinda respaldado por una posesión de valores que definen el carácter vocacional de una profesional y en base al cual se determina la calidad de profesional de enfermería, lo que finalmente es reflejado en su cuidado.

Se esquematiza una ligazón de intensidad fuerte entre los elementos “Interrelaciona con el paciente” y “Genera seguridad y confianza”, el mismo que se encuentra conectado en una intensidad menor al elemento “Valorada y Respetada”, que vuelve a conectarse de forma menos fuerte al elemento “Interrelaciona con el paciente”, demostrando nuevamente con ello la relevancia que adjudica el discursante a la relación enfermera-paciente: *“Siempre esperamos que ella venga, y cuando está a nuestro lado, ¡qué tranquilidad sentimos!, pues nos sentimos acompañados y el dolor disminuye”*; este fragmento fundamenta la ligazón que se decidió establecer entre el elemento “Acompaña en la enfermedad” e “Interrelaciona con el paciente”.

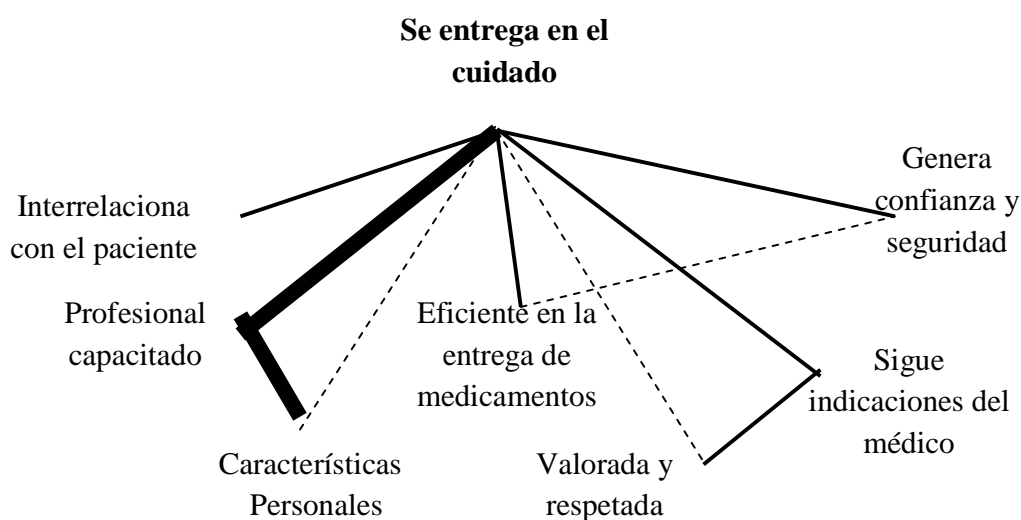
Se puede afirmar que para la persona entrevistada, la “Buena enfermera” es aquella que se entrega en un cuidado humanizado, que es poseedora de características personales necesarias para el establecimiento de una relación enfermera-paciente cimentada en valores éticos que fortalezcan su vocación, para ser capaz de acompañar en la enfermedad y consecuentemente ser reconocida por sus pacientes, marcando una diferencia que genere la seguridad y confianza que se necesita dentro de un hospital.

ENTREVISTA N.º 17

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 11 elementos y 04 fragmentos, de los cuales surgen 05 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Se entrega con cuidado (4): 3 asociaciones
- ✓ Eficiente en la entrega de medicamentos (3)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Sigue indicaciones del médico (16)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Interrelaciona con el paciente (15): 1 asociación
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Genera confianza y seguridad (20): 1 asociación.

FIGURA 17: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 17



LEYENDA:

Extremadamente fuerte (≥4 asociaciones)	Muy fuerte (3 asociaciones)	Fuerte (2 asociaciones)	Menos fuerte (1 asociación)

El presente esquema bidimensional presenta tres niveles jerárquicos, según la distribución asociativa de los elementos, ubicándose en la cima el elemento: “Se entrega en el cuidado”. De esta manera, se demuestra la significancia que el

entrevistado le asigna al hacer de la enfermera y de cuánto entrega cuando cuida. Tal es así, que se observa un nexo extremadamente fuerte con el elemento “Profesional capacitado” y desde este, otro nexo extremadamente fuerte al elemento “Características personales”, así comprobamos que esta persona ha internalizado que una “Buena enfermera” es aquella que brinda un buen trato, está cerca del paciente, se identifica con él, lo atiende en todos los aspectos: físico, psicológico y emocional. Y en ese aspecto tendrá que tener conocimientos que fundamenten su actuar, los mismos que deberán complementarse con un conjunto de características personales que coadyuven a un quehacer dedicado.

El gráfico muestra cuatro asociaciones de menor intensidad con el elemento polo, estas se establecen con los elementos: “Interrelaciona con el paciente”, “Eficiente en la administración de medicamentos”, “Genera seguridad y confianza” y “Sigue las indicaciones del médico”. Este último elemento desprende una ligazón de similar intensidad, menos fuerte, con el elemento “Valorada y respetada”. Para la entrevistada, una “Buena enfermera” debe establecer una cercanía con la persona que cuida, denotando además, la relevancia que le asigna a la eficiencia en la actividad de administración de medicamentos: “...*nos da la medicina puntualmente, eso lo valoro muchísimo*”, y su discurso señala, que la forma correcta en que administre los medicamentos generará seguridad. Es así, que en las asociaciones se evidencia la construcción de la imagen de la enfermera como una profesional subordinada al médico, y que su trabajo se basa en seguir indicaciones médicas, y de acuerdo al cumplimiento de las mismas se valora su trabajo y reconoce.

Se estableció dos asociaciones entre el elemento polo y dos elementos: “Características personales” y “Valorada y respetada”, afirmación que se respalda con el siguiente discurso: “*A la enfermera la veo como una persona educada, amable, cariñosa, yo tengo un concepto muy bueno de ellas*”. Finalmente dado la importancia asignada por la entrevistada a la actividad de administración de medicamentos, a iniciativa de la autora establece una conexión con el elemento “Genera seguridad y

confianza”, debido a que el dominio demostrado por la enfermera en sus actividades cotidianas son las que permiten al paciente generar una imagen de buena.

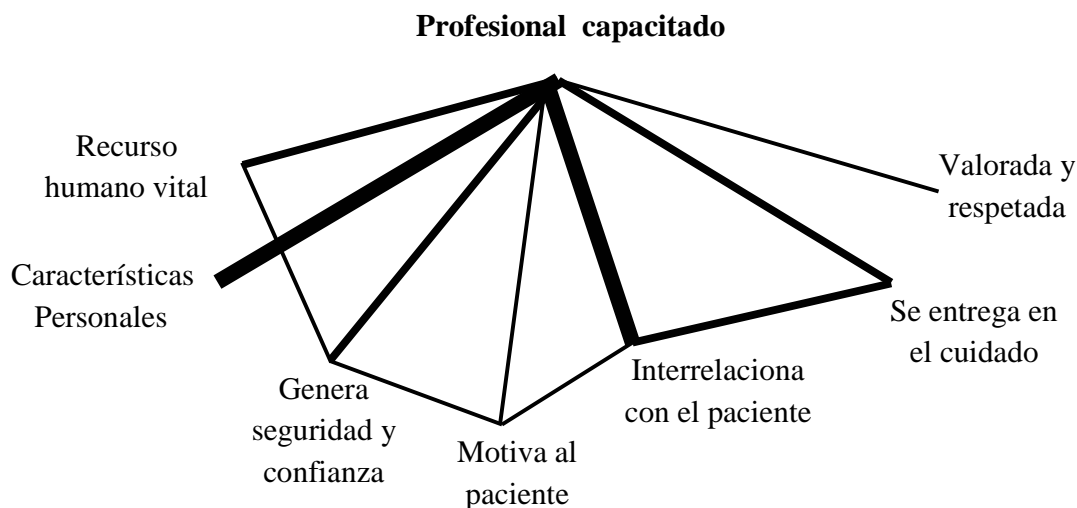
Se puede afirmar que, para la persona entrevistada una “Buena enfermera” es aquella persona que brinda un cuidado humano entregado, respaldado en una experiencia profesional que la capacita para la realización de su trabajo. Poseedora de una personalidad humanitaria, que le permite establecer una relación saludable que forje seguridad y confianza, una consecuencia de mucha valía para la discursante.

ENTREVISTA N. ° 18

El mapa identificador de asociaciones de la presente entrevista dio como resultado 15 elementos y 05 fragmentos, de los cuales surgen 12 asociaciones a partir del discurso de la entrevistada. Las mismas que a continuación se presentan, así como sus frecuencias simples:

- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Interrelaciona con el paciente (15): 3 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Interrelaciona con el paciente (15): 2 asociaciones
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Interrelaciona con el paciente (15)_ Genera seguridad y confianza (20): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Recurso humano vital (12): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Valorada y respetada (18): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Motiva al paciente (11)_ Genera seguridad y confianza (20): 1 asociación
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Genera seguridad y confianza (20): 2 asociaciones
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Recurso humano vital (12)_ Genera seguridad y confianza (20): 1 asociación

FIGURA 18: Esquema de asociaciones de la entrevista N.º 18



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
(≥4 asociaciones)	(3 asociaciones)	(2 asociaciones)	(1 asociación)

El presente esquema bidimensional expone dos niveles jerárquicos en la distribución asociativa de los elementos ubicándose en la cima, el elemento “Profesional capacitado” como certeza de la importancia que el discursante le asigna a este elemento, pues su intervención así lo corrobora: “...felicito a las enfermeras por haber escogido esta profesión tan noble, ellas son muy importantes en los momentos de enfermedad”.

Se observa el desprendimiento desde el elemento polo dos ligazones muy importantes, una extremadamente fuerte entre el elemento polo y el elemento “Características personales”, y otra muy fuerte entre el elemento polo e “Interrelaciona con el paciente”. Esto muestra lo vital que es para ella la personalidad de la enfermera, sus características permitirán la cercanía con la persona que cuida.

De igual forma, existen tres nexos fuertes que descienden del elemento polo: “Recurso humano vital”, “Se entrega en el cuidado” y “Genera seguridad y confianza”, como muestra reiterativa de la conceptualización de la discursante respecto a la enfermera, pues sus discursos lo afirman: “...*en el momento difícil, con emociones quebrantadas, sentimos gran alivio cuando la enfermera llega, se acerca y preocupa por nosotros, por eso la considero una profesional de mucha importancia en salud...*”.

A la par, se presenta en el esquema dos asociaciones menos fuertes con los elementos: “Valorada y respetada” y “Motiva al paciente”. Pone en evidencia la discursante que en la medida que la enfermera logre fortalecer a la persona en medio del dolor, será considerada y valorada: “...*nosotros estamos cerca de ellas, y vamos evaluándolas constantemente, de acuerdo a como nos trata, o como nos anima*”.

Se observa en el esquema asociaciones menos fuertes con los elementos: “Genera seguridad y confianza”, “Motiva al paciente”, “Interrelaciona con el paciente” y “Se entrega en el cuidado”, reforzándose así la construcción de la paciente respecto a la representación de la “Buena enfermera” en base a lo cual se podrá concluir que para la discursante, la “Buena enfermera” es una profesional con capacidad y experiencia cuya personalidad le faculta establecer relaciones cercanas entre enfermera- paciente, facilitando un cuidado entregado que motive al paciente y le genere seguridad y confianza, pues es este quien finalmente la representa como recurso vital.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Después del extenso tratamiento de los discursos se llega a la construcción de tres grandes categorías empíricas, las mismas que fueron elaboradas teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de los elementos significativos, tal como se muestra en el cuadro N.º 03.

CUADRO N.º 03: Categorías emergentes según frecuencia de elementos significativos

Categorías	Nº de testimonios	
	Frecuencia Simple	Frecuencia Compuesta
1ª Categoría: “Buena enfermera... mala enfermera”	182	215
2da Categoría: “Mujer de Vocación y atributos personales”	85	92
3ª Categoría: “Reconocimiento social de la buena enfermera”	58	44

FUENTE: propia

Es importante precisar que lo que a continuación se registrará no son conceptos, definiciones o determinantes de la construcción de la imagen de la “Buena enfermera”, pues se considera que una representación está en constante dinamismo, en la interacción cotidiana con los pacientes hospitalizados, en este sentido se puede afirmar que estas representaciones sociales se van construyendo, (des)construyendo y (re)construyendo. Al respecto, se afirma que las representaciones sociales son muchas veces consideradas como una “utopía”, porque nunca llegan al límite. Cuando creemos que nos aproximamos, más lejos estamos.⁽²⁸⁾

Para pretender elaborar una representación de un objeto social, como la RS de la “Buena enfermera”, es preciso visualizar dos hechos principales de este campo de estudio: el primero, es que las representaciones constituyen formas de conocimiento práctico orientadas a la comprensión del mundo y a la comunicación; el segundo hecho es que ellas emergen como elaboraciones (construcciones de carácter expresivo) de sujetos sociales respecto a objetos socialmente valorados.⁽²⁶⁾

Partiendo de este supuesto, es que la investigadora presenta a continuación el análisis interpretativo de los discursos generados por pacientes entrevistados, evidenciando la génesis de estas representaciones, comprendiendo la forma cómo los pacientes hospitalizados organizan el conocimiento en cuanto a lo que consideran es una “Buena enfermera”

La imagen de la “Buena enfermera” es un objeto de estudio social, está sujeto a experiencias sensibles, sentidos, significados, etc. de los pacientes hospitalizados, ubicados en el contexto real en que se desenvuelven. Las representaciones sociales emergidas pueden o no, ser necesariamente constituidas por características que la literatura u otros trabajos de investigación han registrado sobre la imagen de la enfermera, pudiendo surgir contradicciones, posibilitando caracterizaciones a partir de ello.

Es preciso reafirmar que el camino metodológico de la RS permite una perspectiva socio-psicológica a través de una modalidad específica de conocimiento que tiene como función considerar la conducta y la comunicación entre individuos, considerando

comportamientos. Este es el proceso, por el cual se produce el anclaje, en estructuras conocidas a partir de las cuales se manifiesta y se valora un objeto socialmente. ⁽²⁴⁾

En este sentido, se parte de la tesis que la representación social de la “Buena enfermera” se configura a partir de la conducta, comportamiento o actitud asumida por la enfermera en su relación con el paciente en el cuidado lo que genera en el paciente una valoración de su imagen pudiendo ser positiva o negativa, dependiendo del impacto generado por la enfermera en el mismo.

De esta forma, la objetivación de la “Buena enfermera” se origina en mecanismos comprendidos por la función cognitiva de integrar lo nuevo, la función de la interpretación de la realidad, función de orientación de conductas y de las relaciones sociales que a su vez influyen y reciben influencia de la imagen social de los grupos. ⁽²⁶⁾

Es así que la imagen cultural de una profesión se compone de rasgos que son permanentes y rasgos que son transitorios a lo largo de la historia, que son materiales y que no lo son, que son explícitos o simbolizados, que son valorados como positivos o negativos en nuestros diversos contextos culturales. ⁽²³⁾

La RS ha permitido concretizar el objeto de estudio, la imagen de “Buena enfermera”, a partir de un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida diaria de un paciente, durante los procesos de comunicación y relación interpersonal obtenidas en el día a día, y que fueron objetivados en los discursos de los participantes del presente estudio, dando origen a la construcción de las categorías:

PRIMERA CATEGORÍA:
“Buena enfermera... mala enfermera”

Grandes Categorías	N.º de testimonios	
	Frecuencia Simple	Frecuencia Compuesta
1ª Gran Categoría: “Buena enfermera... mala enfermera”	182	215
Profesional capacitado	55	72
Entrega en el cuidado	75	102
Enfermeras buenas diferentes de las malas	26	21
Interrelaciona con el paciente	26	20

CUADRO N.º 04: Primera categoría: “Buena enfermera...mala enfermera”

FUENTE: Propia

Berger y Luckman afirman que la realidad de la vida cotidiana es una construcción intersubjetiva de un mundo compartido, presuponiendo procesos de interacción y comunicación, mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros. ⁽³⁸⁾

La representación social permite entender la dinámica de su interaccionar social, a partir de su interacción y comunicación, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente. ⁽³⁹⁾

Esta segunda categoría ha conllevado a considerar esencialmente aspectos de la praxis de la enfermera, de su forma de cuidar, a través de la cual es representada por la sociedad como “buena” o “mala”. Esta categoría resulta de la convergencia de elementos como profesional capacitado, entrega en el cuidado, enfermeras buenas diferentes de las malas enfermeras e interacción con el paciente; todas ellas, elementos de significado con implicancia en la práctica de la enfermera.

Estas características que los pacientes atribuyen a la enfermera y que discriminan si es buena o mala surgen como una representación social relacionada con una identidad por diferencia. Los valores y símbolos con que los pacientes reconocen y cualifican a las enfermeras buenas resultan de la diferencia dialéctica con las malas, configuradas a partir de valores, creencias, sentimientos y símbolos que caracterizan a la enfermera en su actuar, ser y quehacer, de acuerdo con lo instaurado socialmente.

La enfermera fue representada por los pacientes hospitalizados como una “Buena enfermera”, cuando su actuar reflejaba preparación, dominio, conocimiento, sensibilidad, amabilidad y buen trato o trato humano. La imagen ideal de la enfermería para el futuro parece requerir de una combinación especial del viejo y cálido espíritu de Florence Nightingale con las nuevas habilidades profesionales.⁽⁴⁰⁾

Los esfuerzos de enfermería en estos últimos años se han centrado en buscar transformaciones en su imagen social a partir de sus avances científicos y tecnológicos, generando dominios cada vez más autónomos de la enfermera en su actuar. Sin embargo, “enfermería” por ser un concepto y práctica social se desarrolla dentro de un contexto de permanente cambio y conflictivo a la hora de valorar la práctica de los cuidados. En este sentido, su representación social ha colindado entre lo colectivo y lo psicológico, lo individual y lo social.

A continuación, se muestran los discursos que reflejan el pensar de los pacientes y sus representaciones:

“Es aquella persona que está preparada para sacarnos adelante en cualquier situación de emergencia de salud que se nos presente..., como reciben conocimientos, en caso de que no haya un médico, ella es la persona indicada para aplicar los primeros medicamentos que den la opción de llegar a un hospital...” (MQ-01)

La percepción del entrevistado denota la exigencia para la enfermera, de una preparación científica, académica, pues ella tiene la responsabilidad de cuidar de su vida dentro del ambiente hospitalario, en donde la fragilidad y la vulnerabilidad se ponen de manifiesto y donde, por lo general, es la primera profesional que encuentra. Al respecto, se puede comparar con los resultados obtenidos en un estudio donde los resultados indican que la población espera de la enfermera cuidados específicos y directos al paciente, en base a sus necesidades y problemas, cumpliendo no solo con inyectar y curar, sino que además exigen que deba ayudar a los enfermos, interesándose por sus problemas. Sin embargo, es importante acotar que al mismo tiempo no dejó de emerger el estereotipo de ayudante de médico.⁽⁸⁾

La enfermera incursionó en el hospital, adquiriendo la responsabilidad de fundamentar su práctica. Una práctica que con el transcurrir del tiempo y los nuevos encauces se adhirieron a un enfoque biomédico alejándola de la persona, acercándola a la enfermedad, con la consecuente fragmentación del ser humano.⁽¹³⁾ Estos significados, atribuidos al actuar que se espera de una buena enfermera, siguen un proceso continuo de cambio, caracterizándose por valores y creencias estructuradas socialmente, lo que genera requerimientos personales y sociales que en muchas ocasiones no pueden autosatisfacer a las enfermeras y mucho menos a los pacientes que reciben sus cuidados.

Esta orientación ha logrado desarrollar un conocimiento en las enfermeras, con implicancia disímil; por un lado, los pacientes al percibir su preparación científico- académica, han asumido que la enfermera buena destaca y puede remplazar al médico por sus dominio y habilidad, por el hecho de saber lo que hace y por la forma cómo interacciona con el paciente.

...Por su responsabilidad la hace que actúe, no espera avisar a otra persona, he visto a actuar a

enfermeras casi como doctoras, allí le veo la diferencia...” (JV-15)

“Es un recurso humano de vital importancia en instituciones hospitalarias, muy en especial en EsSalud. Está muy capacitada” ... (MQ-01)

Pese a lo anteriormente afirmado, es necesario retomar el punto de permanencia del estereotipo de “ayudante de médico” que configura la imagen de “Buena enfermera”, se reconoce que éste corresponde a una tendencia de configurar la labor de la enfermera orientada al acto médico como mito funcional de su trabajo. Este objeto social, elaborado por la comunidad de pacientes y por la sociedad en general, constituye una de las representaciones sociales culturalmente construidas más trascendentales para reconocer la buena práctica de la enfermería. Esta característica fija un sentido de la enfermería en el contexto social.

Según Moscovici, estas representaciones sociales son siempre producto de un proceso de validación social de las personas, grupos o fenómenos sociales. Estas representaciones sociales son fuente de identidad social, guían el pensamiento y la actuación de los grupos sociales.⁽²⁴⁾

“La veo como la ayudante número uno de los médicos, como la persona en la que tenemos que confiar ...ya que el médico deja las indicaciones y la enfermera es la que cumple con esas indicaciones para ayudar a mejorar nuestra salud.”(IE-10)

“La enfermera es la persona realmente capacitada, el conocimiento hace la diferencia, su trabajo está a un nivel intermedio entre el doctor y el que no tiene conocimiento, es decir, que aquel que tiene limitaciones en su trabajo... (MQ-01)

El surgimiento de una representación de la enfermera como “ayudante de médico” emerge a partir del siglo XVII, época de reorganización de los hospitales como instrumentos terapéuticos, siendo comandados por la hegemonía médica, estableciendo una división social del trabajo, instituyéndose relaciones de dominación y subordinación en la práctica de enfermería, pasando de ser independiente, dedicada a cuidar del *confort*, del ambiente y del alma, a una sumisión, siguiendo indicaciones médicas (37):

“El médico pues da todas las indicaciones y la enfermera es la que cumple con esas indicaciones del médico, después del médico es el primer contacto que tiene el paciente...” (CS-09)

La socio-génesis de esta representación se convirtió en un denominador común para identificar uno de los aspectos que más caracteriza el ideal de “Buena enfermera”. Esta representación social es concebida; por un lado, a partir del proceso histórico de desarrollo del trabajo en enfermería y; por otro, a partir del desarrollo propio de la mujer en la sociedad.

La imagen de interdependencia profesional subalterna de las enfermeras: cumplimiento de indicaciones médicas, administración de medicamentos (ocupando una ubicación inferior al médico) es asumida por el conocimiento generado, que diferencia una función que caracteriza un hacer positivo de un hacer negativo. Para la sociedad la buena enfermera es la que no desobedece órdenes médicas, la que centra su labor en la ayuda al médico y la que contribuye en el tratamiento.

Esta realidad, que tuvo su origen en hospitales - reforzada además por una formación con enfoque biomédico, así como por normas y políticas institucionales de aquella época -, mantiene su vigencia debido a modelos hospitalarios que no han sido modificados desde siglos atrás, subyaciendo la dependencia médico-técnica, unida a una disciplina y autoridad militar, con connotaciones religiosas,

constituyendo elementos claves en una representación estereotipada de la enfermera del siglo pasado.⁽¹³⁾

Sin embargo, se debe reconocer que si bien el desarrollo de la medicina originó una representación de la enfermera como “auxiliar del médico”, es cierto también que ello impulsó su desarrollo científico y tecnológico que, a pesar de su orientación biomédica, ha servido de base para un desarrollo ulterior independiente que busca aún reconocimiento social.

La contribución de la profesión enfermera ha sido reconocida largamente como la prolongación del servicio que los médicos dan a la población; así, la mayor parte de los cuidados enfermeros parecen dedicados a actividades derivadas de prescripciones médicas.⁽¹⁹⁾ Esta afirmación es refrendada por los pacientes, para quienes una “Buena enfermera” significa seguir religiosamente indicaciones médicas:

“Es la persona que nos atiende en los momentos difíciles. El médico pues da todas las indicaciones y la enfermera es la que cumple con esas indicaciones del médico, después del médico es el primer contacto que tiene el paciente (09 CS).”

Castrillón afirma: “No faltan las concepciones utilitaristas bastante difundidas, que la consideran como una profesión paramédica, término de uso muy general y acepción imprecisa”.⁽¹⁾ Sin embargo, a pesar de que la evolución socio-histórica de la profesión nos ha endosado una imagen paramédica, compete asumir un reto para quienes laboran dentro de un hospital, una nueva visión que trascienda el cuidado médico y oriente al cuidado de la persona, revalorando lo que es de su incumbencia y competencia, hasta lograr la concretización de la visibilidad del cuidado.

Este entorno ha motivado múltiples reflexiones y debates en la búsqueda de autonomía e independencia profesional. Fawcett, en sus reflexiones, cuestiona, ¿por

qué administrar medicamentos si existe un químico farmacéutico?, ¿por qué realizar indicaciones médicas, si son médicas? ⁽⁴¹⁾ Este dilema causará probablemente, por algún tiempo, más controversias en el colectivo de enfermeras, quienes podrían quebrantar su identidad e imagen. Sin embargo, en el plano de los pacientes, como parte de un colectivo social, estos cuestionamientos significarían pensar en una actuación propia de una mala enfermera.

Si la realidad presente requiere a la enfermera dentro de un hospital para cuidar al paciente y salvarle la vida teniendo que administrar medicamentos, la pregunta sería ¿por qué no hacerlo? La discusión no radica en la administración de medicamentos en sí, sino en que esta actividad parece ser asumida como única y principal, obligada por la sobrecarga laboral, limitando a la enfermera a solo tener que administrar medicamentos al priorizar la lucha en contra de la enfermedad. Consecuencia de ello, los pacientes han representado a la enfermera como aquella que administra medicamentos correctamente, como parte de su capacidad profesional, obsérvese:

“Que sea primeramente una profesional eficiente, que sea capaz y actualizada en las tecnologías que actualmente se están utilizando, para que esté acorde con los avances tecnológicos en medicina, muy responsable con los medicamentos.....”. (IE-10)

Esta sobrecarga laboral generará una reconfiguración en la representación de la “Buena enfermera”, pues ella obliga, dentro de un hospital, a satisfacer solo necesidades básicas debido a la disparidad entre la oferta y la demanda de recursos humanos, a consecuencia de criterios eficientistas que tutelan las instituciones de salud y que finalmente, afectan la imagen enfermera, pues a pesar del reconocimiento de su labor, los pacientes notan esta deficiencia:

“Yo puedo apreciar que en este servicio hay una atención muy esmerada, pero quizá digo que la escasez de recursos humanos, que he podido apreciar, hace que su trabajo sea un poco más acelerado... Puedo apreciar que el trabajo de tres o cuatro enfermeras para un servicio como este, en un hospital de esta magnitud es insuficiente, quizás se deba a ello el trabajo acelerado que se observa sin un acercamiento al paciente...”.
(JG-02)

Las condiciones difíciles en las que trabaja la enfermera caracterizada por sobrecarga de tareas, jornadas prolongadas, turnos nocturnos de doce horas, frecuentes cambios de áreas de especialidad, escasez de horas de descanso y carencia de lugares para tal fin; así como, carga psicológica por manejo de situaciones estresantes, dada la exigencia de mayor atención, pocas posibilidades de promoción y ascenso, exposición a riesgos biológicos, químicos y físicos con amenaza permanente para la vida, generando un cuidado en la adversidad. Un cuidado que muchas veces sobrepasa su capacidad humana, lo que origina insatisfacción y frustración.

Esta realidad de abaratar costos en desmedro de la calidad del cuidado, que causa contrariedad en el gremio de enfermeras es aceptada pasivamente por el colectivo. Denotando falta de coherencia al asumir actividades, funciones, procedimientos que no son de la competencia y que van en desmedro de la capacidad cualitativa y cuantitativa, sin poder hacer evidente la esencia de la profesión, por falta de conocimiento, un talante que intenta reformar la educación.

La enfermera hoy no solo asume las actividades de los otros profesionales del equipo de salud como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacéutico; sino además realiza las funciones de secretaria, telefonista, vigilante, depositaria, coordinadora y administrativa. Todas estas actividades le restan tiempo (tan escaso en estos días) y la distraen de su cuidado, repercutiendo negativamente en una imagen de persona distante.

Cuando la enfermera deje de desempeñar roles que no son de su responsabilidad (servir de recepcionista, buscar que los servicios de apoyo respondan eficientemente a las demandas de los servicios, o estar al frente de problemas relacionados con inventarios y mantenimiento de equipos, demás asuntos de competencia de administración hospitalaria general) habrá ganado un terreno importante para recobrar su identidad profesional, ⁽³⁸⁾ y ganar una imagen consecuentemente con su práctica.

Por otro lado, es interesante destacar lo referido por el paciente en el siguiente discurso cuando establece una diferencia entre la enfermera de hoy y la de ayer:

“... la modernización del mundo globalizado, exige competencia, le exige que esté más preparada, hoy la enfermera es diferente a la de ayer, no solo es enfermera, algunas tienen maestrías y llegan hasta doctorados...”. (JG-02)

Las representaciones sociales se dinamizan con los cambios de una práctica profesional y su construcción social, en este sentido la teoría de las representaciones sociales es básicamente una teoría sobre la construcción de significados y sentidos, que son construidos a partir de discursos públicos en los grupos. La forma como las personas piensan sobre las cosas “reales o imaginarias” se constituye en conocimiento que las personas tienen sobre ese universo y es el resultado de discursos socialmente construidos. Este contenido al ser creado por el grupo, direcciona la perspectiva y comportamiento del mismo. ⁽²⁸⁾

Enfermería es considerada una práctica social, por el sentido social atribuido a su ejercicio; de este modo, el contexto histórico y social ha configurado su práctica hasta el día de hoy, observando cambios en las percepciones de los pacientes, los que asumen el hecho de que enfermería posee un cuerpo de conocimientos científicos, aspecto que anteriormente era invisibilizado, lo que responde a esos nuevos

constructos que emergen socialmente a partir de las comunicaciones reificadas que circulan en el grupo o colectivo de pacientes.

Este nuevo sentido que cobra la práctica de enfermería reconstruye una imagen de enfermera profesional. La interacción entre la enfermera y el paciente, el paciente y la enfermera y entre pacientes, expresa y confirma sus creencias subyacentes, es decir, si a ahora se cree que la enfermera es una profesional que posee conocimiento científico, de hecho la representación es social, ya que se convierte en una unidad de lo que los pacientes piensan sobre el modo como la enfermera cuida. Al respecto, se afirma que una representación es más que una imagen estática de un objeto en la mente de una persona, ella comprende también su comportamiento y la práctica interactiva con el grupo.⁽²⁶⁾

Por otro lado, una diferencia establecida en base al conocimiento evidenciado en el desarrollo de su práctica y técnica en los últimos tiempos, permiten reconocer el avance de la profesión de enfermería que ha ido a la par con la ciencia y la tecnología; sin embargo, los pacientes entrevistados acotan que paradójicamente el avance científico de la enfermería la ha deshumanizado, solicitando un retorno a su humanización:

“Es necesario que como profesional recuerde primero que es humana...”. (MQ-01)

“... pero a ese conocimiento científico no hay que desnaturalizar la otra parte del ser humano, el aspecto social, con respeto por los derechos de sus paciente...”. (JS-02).

Ambos discursos son muestra de la exigencia social hacia una praxis que integre la científicidad y humanidad. El significado social de un cuidado humanizado se refleja en el actuar a través del trato que la enfermera otorga al paciente lo que constituye un elemento sustancial a la hora de construir la imagen de buena

enfermera. La expresión característica en este aspecto es la “Entrega en el cuidado”, que es reflejada con un significado social de estar cerca del paciente, de ayudarlo en la enfermedad, de atenderlo con esmero, de identificarse e identificarlo y de brindar un trato integral.

“La enfermera es una persona que más que todo se entrega al paciente, ella no ve condiciones, no ve color, no ve la procedencia del paciente, no ve el status social, se entrega a su trabajo sin ver condiciones sociales ... con respeto, lo ayuda incluso a hacer su aseo, lo que verdaderamente necesitamos. (MQ-01).

La entrega en el cuidado, como significado social, constituye un símbolo de la enfermería, asignada socialmente como una función propia de la buena enfermera. El valor social de la práctica de enfermería da valor a la naturaleza de los cuidados prestados al paciente, relacionado con su propia práctica, y apreciado en base a la relación que establece la persona que ejerce esa práctica.⁽¹³⁾ La “Buena enfermera” es construida a partir del criterio que emerge de la forma en que ella brinda el cuidado y que generalmente está relacionado a valores morales y religiosos.

En este sentido el acto de entrega de enfermería obedece a valores determinados histórica y socialmente, por una ideología que acepta que una enfermera debe ser entregada en el cuidado que brinda, es la que decide, después del médico, lo que será bueno o malo para el paciente. Estas creencias modelan y a la vez reduce el papel de la enfermera surgiendo el estereotipo de “la enfermera debe”.

Esa connotación moral- religiosa y moral - técnica configuran el significado social de lo que debe ser el actuar de la buena enfermera y en qué la diferencia de la mala enfermera. Estudios al respecto revelan que hay dos conceptos centrales en una buena enfermería: respeto y cuidado. El respeto es una forma de interacción unido a

la capacidad de escucha, a la honestidad, a la justicia y a un trato humano de los pacientes. ⁽²²⁾ La necesidad de un cuidado basado en el respeto se ha hecho presente, al parecer hoy ausente, que retome la sabiduría transferida a través de la historia y que el contexto de los últimos tiempos ha violentado.

Otro aspecto importante que se rescata del texto discursivo es el concepto de ayuda como sinónimo de entrega en el cuidado, una ayuda en la satisfacción de necesidades humanas; refiere el entrevistado: *“nos ayuda incluso en el aseo”*, considerando la realización de higiene de la persona, como una expresión de entrega, pues una actividad tan íntima solo puede ser realizada por una persona que ve al paciente como si fuera el mismo; por lo tanto, una entrega en el cuidado significa ayuda en la realización de actividades que la enfermedad limita su ejecución por sí mismos.

El significado social del cuidado para los pacientes significa ayuda en la medida que la enfermera satisface la necesidad de aseo, cambio de cama, cambios de posición, alimento. ⁽³⁶⁾ Siendo posible de esta manera, inferir que la “Buena enfermera” será aquella que muestre entrega en su cuidado, en una ayuda para la satisfacción de necesidades que garantice la supervivencia y el bienestar, una función que la ha acompañado desde sus orígenes, y que por su simplicidad parecieran ser elementales.

“... les diría que principalmente den amor, entrega; ya las pastillitas es secundario, con ello curan al paciente aunque no le den una pastilla...”. (NS-06)

Otro elemento que hoy en día caracteriza a la buena enfermera es el “amor”, como sinónimo de entrega, y este sentimiento está relacionado al aspecto emocional, encima del aspecto físico. El amor es un elemento esencial en la entrega del cuidado,

no solo tiene una significancia física, técnica, científica, sino una connotación de interrelación e interacción mutua afectiva y efectiva, para considerarlo humano. Es así que el test de ALP corroboró que las dos palabras más importantes fueron “amor” y “amabilidad” en los entrevistados al solicitarles reflejar a la “Buena enfermera”:

“Yo veo a la enfermera como una persona abnegada, ama su trabajo, el que es bastante sacrificado. Trabaja las 24 horas, veo que el movimiento de ella es constante, están viendo que el paciente se encuentre bien, cómodamente, que sea bien atendido, y ese es un sacrificio. Tiene humildad en el trato, se preocupa bastante. En su relación con nosotros es una relación bien cercana, íntimamente con el paciente para que todo se lleve a cabo en una forma correcta... Para mí, una buena enfermera, es que sea una buena profesional, preparada y con vocación, respecto al trato del paciente, amable.” (BG-07).

La actitud o manera de ser de una enfermera frente al paciente responde a un conjunto de cualidades que se manifiestan exteriormente y que implican sentimientos interiores y profundos. La enfermera no puede ser cualquier persona, sino que debe ser aquella que ayuda a otra con una actitud naturalmente buena y reconfortante, debe estar convencida de lo que tiene que entregar en el cuidado del otro, debe servir, darle paz y amor, pues el enfermo es una persona que sufre y espera mucho de aquellos que lo tratan.

La influencia religiosa heredada por enfermería fue ratificada, ha configurado representaciones sociales perpetuadas a lo largo del tiempo que la siguen relacionando con la sobriedad, abnegación (sinónimo de entrega) y vocación (amor por lo que se hace). Desde una filiación conventual, la representación social de la “Buena enfermera” se configura desde la concepción que la enfermera debe sobretodo conocer al paciente, tratar el mal, prevenir su extensión, en una sola

palabra “servir” a partir del amor, la entrega, el sacrificio, y la capacidad de olvidarse de sí.

El servir se constituye en el vector ideológico de la práctica de enfermería. No representa en nada al servicio ofrecido, sino la manera de asegurar la prestación del cuidado, pudiendo ser determinada y reconocida más como una manera de ser, basada en un conjunto de cualidades que es preciso tener o esforzarse por adquirirlas y que están ligados a lo femenino, aptitud doméstica y conocimiento del funcionamiento de un lugar.⁽¹³⁾

En este sentido, se afirma que el actuar de una buena enfermera está ligado a un conjunto de significados, donde el cuidado se convierte en una expresión de “servir” cualificado a partir de la entrega, la abnegación, vocación, sacrificio, permanencia, preocupación, buena atención, cercanía, amabilidad, humildad y buen trato. El servir ha sido relacionado culturalmente con el “asistir” que implica: comprometerse, estar presente, reconfortar, preocuparse, considerar, compadecerse, estar con el otro, tocar, amar, ser paciente, respetar, proteger, compartir, comprender, valorar al otro, tener habilidad técnica, demostrar conocimiento, seguridad, responsabilidad, guardar silencio, relacionarse espiritualmente, escuchar.⁽⁴²⁾

Las representaciones sociales de los pacientes con respecto a la “Buena enfermera” pese a la diferencia contextual o cultural, logran adquirir configurar una simbología a la capacidad de entrega de la enfermera en el cuidado o en su práctica.

Resulta evidente que la práctica de enfermería necesita de hábitos y actitudes que tradicionalmente se han denominado virtudes, sin llegar a convertirlas en estamentos estáticos. Por el contrario, la enfermera necesita de una predisposición natural y contextual para su ejercicio, debe permitir la formación de aquellas cualidades que le permitan formar conciencia social de su práctica pero siempre visionando un ideal, que le permita la emancipación de aquellos mitos y estereotipos que la limitan y dificultan su valoración.

La imagen de “Buena enfermera” se configura a partir de aquellos elementos o significados que la sociedad reconoce como parte del papel que debe asumir. De esta forma se van impregnando valores morales que, muchas veces, conllevan al personal de enfermería a hacer un discernimiento entre lo bueno y lo malo, lo que genera en la enfermera un compromiso de una persecución constante del bien hacer, lo que a su vez construye una identidad por diferencia.⁽⁴³⁾

En definitiva, la construcción del ideal de “Buena enfermera” se recrea a partir de las experiencias negativas del paciente, las mismas que le sirvieron de patrón para establecer esa diferencia, entre lo que es “bueno y malo”:

“...creo que, a una que otra enfermera no le gustaba su profesión, pues su trato era duro, no sé si tenía problemas familiares y los cargaban para acá, se veía que no era una persona muy feliz, porque una persona feliz es una persona alegre, contenta, y ella se veía un poco amargada, respondía sí o no a las preguntas, de forma hosca, en cambio, la buena enfermera está conversándole, preguntándole que tiene, cuál es su dolencia...” (CS-09)

Es así que se objetiva, a través de este discurso, una realidad dicotómica respecto a la práctica enfermera, producto de una identidad divergente que proyecta imágenes ambivalentes. La persona entrevistada representa a la “Buena enfermera” en relación a la diferencia que hace de una “mala” enfermera, caracterización que nace posiblemente de experiencias negativas.

La identidad generará siempre en proyección una imagen. Al respecto, refiere Meza, la imagen profesional es la representación consciente construida, estimulada y manejada en base a una determinada percepción que ciertas personas, público o

sociedad tendrán sobre una identidad personal específica, en un contexto y tiempo determinados, logrando una relación de beneficio mutuo.⁽⁴⁴⁾

Hall y Woodward afirman que una identidad tiene su diferencia y que están en estrecha relación de dependencia, pues cuando una identidad genere expresiones afirmativas, consecuentemente originarán otras negativas o viceversa.⁽⁴⁵⁾ Considerando la relación estrecha entre imagen e identidad, se infiere que identidades opuestas, originarán imágenes también opuestas, de esta manera, las representaciones tendrán una orientación por diferencia.

Como se puede verificar, la construcción social de una imagen, en este caso de la “Buena enfermera” responde a un sistema imperante de condicionamiento en cascada, que no puede ser modificado sino por los cambios de actitud de los que prestan y reciben cuidados y la comprensión de la naturaleza del mismo. Este factor social de enfermería puede percibirse como parte de la estimativa de la práctica profesional, es decir, la diferencia entre lo bueno y lo malo más allá de su valor moral, también está ligado a la evolución del ejercicio profesional.

Separar las cualidades de la buena y la mala enfermera resulta complicado, debido a que la diferencia de la una con la otra genera su representación social. Esta dicotomía entre lo bueno y lo malo ha permitido la determinación del papel individual y social de la enfermería, otorgándole estatus a la práctica de enfermería, sistematizando su trabajo de acuerdo a lo que los patrones culturales e históricos han considerado como actitudes, valores y conductas propias de una buena o mala enfermera, relacionadas siempre con una función individual.

“...que nos atiendan mejor a los enfermos, que tengan un poco más de tranquilidad, porque a veces no la tienen, que nos hablen con cariño, pues estamos muy sensibles, porque cuando nos hablan un poquito fuerte como que nos choca, entonces

deben comprendernos, que deben ser más comprensivas con el enfermo para sentirnos más tranquilos...” (NS-12)

Este fragmento discursivo es una muestra que la imagen representada por ellos, guarda relación con experiencias negativas debiendo merecer atención, pues esta forma antagónica de ver la práctica de enfermería puede constituir el origen de su desvalorización por ser la representación social el resultado de experiencias positivas o negativas.

La práctica de Enfermería ha sido relacionada con la motivación para cuidar. En este sentido, se incide en que la motivación para la práctica, es fundamental para generar comportamientos de cuidar. Es común encontrar enfermeras que desarrollen simplemente tareas con un objeto remunerativo, como medio de supervivencia, sin responsabilidad y compromiso real. ⁽⁵⁾

Sin embargo, es preciso considerar que la realidad muestra también, enfermeras con compromiso y sensibilidad, que desempeñan su trabajo con placer y eficiencia. Por otro lado, enfermeras eficientes, responsables; pero con una actitud distante y fría. Esta dualidad genera cuestionamientos como, ¿si estas enfermeras podrían ser consideradas “malas enfermeras”? ¿habrá diferencia entre la perspectiva de la enfermera y la del paciente, respecto de la buena enfermera?

De allí la importancia de indagar en la representación social, pues podría pensarse que desde la perspectiva del paciente hospitalizado una “Buena enfermera”, sea aquella quien le brinde un trato amable, cariñoso, independientemente de su experticia. Sin embargo, se podría referir, después de considerar los discursos, que estas circunstancias podrían ocurrir siempre y cuando el paciente desconozca los procesos, procedimientos, etc. de su cuidado, pues el paciente de hoy es un paciente informado y demandante.

Al respecto, se insiste en que los entrevistados enfatizaron tanto en el aspecto científico como en el humano, como pilares fundamentales para considerar a una “Buena enfermera”, tal como se discutió y analizó anteriormente. Aunque es preciso determinar que las cualidades reconocidas de la “Buena enfermera”, fueron determinadas en orden por términos como: atenta, amable, buen trato, eficiente, brinda información, dejando con ello entrever, probablemente, un orden prioritario interesante desde sus ópticas.

La interrelación con el paciente fue un elemento que surgió como parte de la cualificación de la “Buena enfermera” corroborando la necesidad de un cuidado cercano, como símbolo de la práctica de enfermería.

“...que haya mucha comunicación entre enfermera y paciente, siento la confianza, el nexo,...para mí una buena enfermera es aquella que se relaciona, deja sentir su presencia, la que está a mi lado con su experiencia, conocimiento, responsabilidad, buen carácter, carisma y conocimiento,... Enfermera no puede ser cualquiera, sino supera las exigencias de su labor, no sería una buena enfermera.” (JV-15)

El estigma de la interrelación entre enfermera y paciente se asocia a la configuración de una práctica de cuidado representada por la entrega, acercamiento y conocimiento que la enfermera debe tener del paciente. En definitiva la práctica de enfermería encuentra su razón de ser en la persona tratada y a su vez, es el paciente, el que se convierte en referente de la forma positiva o negativa en que llegan los cuidados. Es decir, el cuidado no tiene sentido, sin el establecimiento real de una interacción al momento de cuidar.

En este aspecto, se considera que la base de la práctica de enfermería es el mantenimiento de una relación enfermera-paciente que favorezca el desarrollo. Por lo

tanto, exige de la enfermera competencias en las relaciones interpersonales, para la solución de problemas, apoyo en el aprendizaje, utilización efectiva de la ansiedad, y reconocimiento del lenguaje verbal como indicador de las creencias y los conocimientos de las personas. ⁽⁴⁾

Los discursos de los pacientes establecen la necesidad de comunicarse de ser escuchados, de ser comprendidos, siendo posible lograrlo, solo con los atributos de la interacción, la confianza y la empatía, en un ambiente de respeto, demostrando la capacidad de sentir como este, de ponerse en su lugar y establecer tiempo y espacio para que sea comprendido y pueda lograr su bienestar:

“El paciente tiene que sentir el amor de esa persona que lo está cuidando, el paciente está débil, decaído, enfermo; entonces necesita una mano amiga que lo anime, motive, y eso quien lo hace es la enfermera”.(CS-09)

“Cuando ellas nos dan cariño, amistad y amor, más rápido nos sanamos; por ejemplo yo no soy de acá, pero me da una alegría esa amistad que nos brindan, su capacidad y experiencia”. (F CH-11)

En el proceso de enfermedad se establece una relación de dependencia y acentúa la proximidad, pues el enfermo se percata que depende completamente del otro, en este caso de la enfermera, para alcanzar su restauración, desarrollando una capacidad íntima que le permite calibrar la verdadera textura de sus relaciones interpersonales. ⁽³⁶⁾

Al referirse a las actitudes de la enfermera, emergen las siguientes: demostrar conocimiento, experiencia y agregar expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad demostrada en sus palabras, tonos de voz, postura, gestos y modos de tocar, traducándose en una verdadera expresión de arte y ciencia, conjugación de

conocimiento, de habilidades manuales, de intuición, de experiencia y sensibilidad.
(35)

Es preciso señalar que el acercamiento más efectivo y dedicado es el centrado en el conocimiento individual de cada paciente, a fin de hacer frente a factores que favorezcan la adaptación a diversas situaciones, y que puedan definir el hacer de la enfermera como un verdadero proceso interpersonal terapéutico. En este sentido, se ha aceptado socialmente que una función de la enfermera es el de conocer a la persona, como un aspecto fundamental para la práctica de enfermería para facilitar las interacciones y decisiones respecto a su salud al lado de otros profesionales de salud:

“Considero en primer lugar que una característica primordial de la enfermera es que conozca el área en la que está trabajando; en segundo lugar, conocer las características del paciente, dentro de ellas conocer cuál es el mal que lo aqueja y por qué razones está hospitalizado... la enfermera debe interesarse intensamente por el paciente, pues es esa la labor principal, debe llevarlo como doctrina porque es lo que ha estudiado, eso es fundamental”. (LV-13)

Esta exigencia social de acercamiento y conocimiento personal, primordial para un reconocimiento social, se ve limitado por el sistema de salud; esto genera representaciones conflictivas que distan de la imagen de una buena enfermera. Moscovici afirma que las representaciones pueden tener una característica holomórfica, es decir, que surgen sobre condiciones sociales que se comportan como límites polémicos, donde la división entre la buena y mala enfermera surge determinada por las condiciones en las cuales desarrolla su práctica. Para comprender esto, basta con analizar las condiciones en que trabaja la enfermera, las mismas que generan conflictividad laboral, sobrecarga de trabajo, degradación de las

condiciones de trabajo y desvalorización de la profesión, impidiendo un compromiso consiente con la práctica, a pesar de constituirse en una necesidad social.

Este punto crítico, respecto a esta problemática, exige repensar en la dinámica de los servicios de salud, perfiles demográficos, epidemiológicos y profesionales que se proyectan. ⁽¹⁾ En otras palabras, en un trabajo armónico entre la academia y el mundo laboral.

Construir la imagen de la “Buena enfermera” a partir de su diferencia con la mala enfermera, implica comprender que esta construcción permite la integración del papel individual y social con que se ha configurado la imagen de enfermería, compatibilizándola con las perspectivas de quien recibe el cuidado, sus expectativas y motivaciones, dentro de sistemas culturales que permiten objetivar una representación social.

SEGUNDA CATEGORÍA:

“Mujer de vocación con atributos personales”

Grandes Categorías	N.º de testimonios	
	Frecuencia Simple	Frecuencia Compuesta
2ª Gran Categoría: “Mujer de Vocación y atributos personales”	85	92
Características personales	61	74
Posee vocación	24	18

CUADRO N.º 05: Segunda categoría: “Mujer de vocación y atributos personales”

FUENTE: Propia

Prestar cuidados a nivel profesional es ejercer un poder que es delegado por quienes reciben ese cuidado; sin embargo, este poder puede verse debilitado en la medida que las personas que lo reciben pueden o no estar satisfechos con ello. En esta perspectiva se puede también afirmar que la forma como se identifica la imagen de una profesional está relacionada con el papel social atribuido a ella, asociado directamente al proceso de socialización e histórico de la profesión y la forma cómo sus profesionales se fueron insertando en la sociedad o en un sector de ella. ⁽²³⁾

La forma de representar histórica y socialmente la imagen de la enfermera ha sido condicionada por creencias y valores atribuidos al conocimiento y tecnología empleados en la profesión, de tal forma que el objeto de su trabajo se ha desempeñado a partir de convicciones soportadas en ideologías que han determinado el comportamiento de sus ejercientes.

En este sentido, enfermería como profesión nace de convicciones religiosas heredadas (mujer consagrada) que la convirtieron en profesión de fe. Posterior a la II Guerra Mundial, las actividades de la enfermera se convirtieron en la piedra angular del reconocimiento de la profesión. Esto dejó una sombra de imprecisión en las concepciones de lo que significaba cuidar, desde la óptica de las personas que recibían el cuidado por lo que surgieron confusiones al identificar los atributos de estas profesionales.

Estas confusiones generaron ideas basadas en la noción del bien y el mal, a partir de la interpretación simbólica de la manera de hacer o ejercer el cuidado, relacionado con los significantes impregnados por la ideología religiosa dominante en el proceso de trabajo de enfermería, que la perfiló como una profesión tradicional, con un simbolismo y razón de ser enquistado en la rutina y en las características femeninas establecidas para las ejercientes. ⁽¹³⁾

De esta explicación deviene la comprensión de cómo hoy en día la representación social de la “Buena enfermera” considera que es aquella mujer que

demuestra vocación en lo que hace y que además posee atributos personales de amiga, familiar, persona, amable, cariñosa, educada, abnegada, responsable, sensible, comprensiva, paciente, carismática, bondadosa, pulcra, emocionalmente estable, humana y de buen comportamiento. En lo referente a la vocación, esta es reconocida como uno de los atributos más importantes que debe poseer una buena enfermera. La vocación se configura en un constructo complejo que no solo significa que sienta gusto por lo que hace, sino que demuestre verdadera pasión por el cuidado.

Los pacientes han anclado una representación de la “Buena enfermera”, en base a un pensamiento generado por la transmisión cultural y estereotipada. Se configura la imagen de la enfermera a partir de sus patrones culturales y de valores, y de sus propias experiencias. De este modo, a través de los discursos emergen representaciones sociales relacionadas con las características personales de una enfermera, compatibles con su práctica.

Enfermería es una profesión atravesada por la cuestión de género, en este sentido, el hecho de que sus miembros sean prioritariamente femeninos ha configurado un papel de mujer cuidadora vinculada a dimensiones sociales, mentales, religiosas, estéticas y culturales de la sociedad.

... se prepara para atender a la persona, debe relacionarse con la persona, se comunica con el paciente, pero repito, solo si es buena persona es buena profesional”. (CH- 16)

“...a la enfermera, yo personalmente, la siento como si fuera un familiar, porque ella demuestra que lo que ha aprendido, lo vuelca hacia nosotros, no hay recelo de que porque no es su familia nos vea a distancia... lo ayuda, incluso a hacer su aseo, lo que verdaderamente necesitamos...” (MQ-01)

Para el discursante, una “Buena enfermera” debe ser una buena persona, por ende, una buena profesional, para ello debe actuar, satisfaciendo necesidades básicas, como si fuera un familiar: podría ser una madre, que vela por su bienestar, con manifestaciones de cariño e interés. Esta forma de valorar la buena imagen responde a características ancladas en el rol social de la mujer y que fue atribuido a la enfermera desarrollando un papel de madre, nutricia o educadora, asociada al sentido de afecto, preocupación y responsabilidad por los necesitados.⁽¹⁷⁾

Al respecto, Velandia refiere que la herencia femenina es muy profunda, se ha tratado de tomar la condición histórica de la mujer como madre, esposa, mujer doméstica, para convertir el “eterno femenino” en ley natural e implacable, fenómeno histórico y, por lo tanto, social.⁽¹⁶⁾ Este legado a la mujer, fue relacionado a su instinto natural y el poder de cuidar, siendo de esta manera, la práctica enfermera ejercida principalmente por mujeres, se constituyó en un estereotipo instaurado en la sociedad y que configura un elemento significativo en la imagen de la enfermera.

“A la enfermera la veo como una amiga más, nos podemos acercar a ella con mucha confianza, porque sabemos que vamos a encontrar muchas respuestas a nuestras preocupaciones... Nos convertimos como una familia ellas y yo...y a la pregunta de cómo estamos, como nos reconforta y rápido aliviamos, pues vemos que nuestra vida les interesa, como si fuera un familiar...” (C CH-18)

El paciente a través de un cuidado comprometido, evidenciado en el contacto cálido y afectivo ha configurado a la enfermera como una amiga, como aquella persona que se preocupa e interesa por su bienestar. La transferencia cultural y social de la labor de la enfermera la convirtió en una mujer capaz de acompañar el

sufrimiento de una persona enferma de forma tan íntima como si fuera una amiga, sobretodo, en momentos de vulnerabilidad y peligro frente a la enfermedad.

Estas representaciones de familiaridad y cercanía favorecen el establecimiento de una interrelación afectiva-efectiva, la percepción de la enfermera como familiar o amiga, propicia en los pacientes seguridad y confianza, necesarias en un momento de fragilidad. Estas representaciones conllevan responsabilidad para el ejercicio profesional de una enfermera exigiendo de ella un cuidado comprometido, con capacidad de combinar la familiaridad con la profesionalidad en un cuidado de calidad.

La enfermería como práctica implica la realización de acciones (reflejado en conductas efectivas) y frecuencia (lo que genera familiaridad con el sujeto) de esa realización. Por ejemplo, si la enfermera cumple solo con una tarea en un momento dado y este se repite muy poco entonces se genera una concepción banal del hacer de la misma. Las acciones realizadas por las enfermeras en el cuidado pueden seguir dos vertientes de interpretación por parte del paciente: la manera de hacer y las consecuencias percibidas de ese hacer; lo que hará que sean o no correctamente apreciadas. ⁽²⁸⁾

En este aspecto, cuando analizamos la representación social de la imagen de la “Buena enfermera”, se entiende que esta se configura a partir de su práctica y su representación social en una relación compleja entre esta y su historia, que registran en el imaginario social una forma de hacer enfermería caracterizada en conductas o actitudes personales.

“... la enfermera es abnegada, tiene humildad en el trato, se dedica de lleno a su trabajo”. (BG-07)

“Es una persona con un corazón humanitario que entiende la sensibilidad del paciente en un momento difícil...” (IE-10)

“Es amable en su trato, bondadosa, sabe brindarnos su atención, es amigable y eso es bueno para el paciente”. (GA-14)

“...Solicita, responsable, amable, dispuesta a servir, da confianza al paciente... Para mí esencialmente es amabilidad, con ello curan al paciente, aunque no le den una pastilla”. (NS-06)

Los discursos expresan una representación cargada de valores y virtudes, es así que la caracterizan como una persona abnegada, humilde, dedicada, humana, amable, bondadosa, solícita, responsable y servicial. Estas características, señaladas por los pacientes entrevistados, coinciden con los resultados del test de ALP, donde se encontró como palabras evocadas: atenta, amable, buen trato, comunicativa, cariñosa, ayuda, eficiente. Cabe destacar que estos significados anclados en el colectivo de pacientes han sido transmitidos a través de un “*modus operandi*” o forma específica de hacer, reconocido como exigencias en el ideal de enfermera.

Estas características, enmarcadas en valores heredados por la tradición, disponen para enfermería estereotipos de cuidadora sacrificada, servicial y bondadosa, lo que ha postergado el reconocimiento laboral, social y económico de quienes lo ejercen. Estas características atribuidas a la buena enfermera responden a un proceso cultural que se ha transmitido de una generación a otra, existe la opinión que la enfermera buena debe estar dotada de creencias religiosas, prácticas morales y tradiciones profesionales, que la conllevan a aprender lo que hay que hacer para otra persona y lo que esta otra persona cree que debe esperar de ellas.

La etapa vocacional de la enfermería, si bien significó una época de lentitud en el desarrollo de la práctica de enfermería, al mismo tiempo sentó las bases para una práctica ética basada en valores, respaldada en la dignidad humana, con

correspondencia biunívoca entre la persona cuidada y el cuidador, y entre la enfermera y la sociedad.

La vocación, probablemente, se ha constituido en una arista relevante en la imagen de la enfermera, considerando que esta debe constituir un requisito primordial en la esencia de ser y quehacer de la enfermera. Al respecto, la vocación de la enfermera está construida por los participantes como aquella que se evidencia en el gusto de la enfermera por lo que hace y la pasión con que realiza el cuidado, tal como se muestra a continuación.

“A la buena enfermera... tiene que gustarle su profesión, de lo contrario no lo sería... (CH- 16)

Para ser enfermeras hay que tener ese don, tiene que ser nacido, porque el estudiante por estudiar muchas veces no elige bien,..., tiene que gustarles ser enfermeras, para que tengan paciencia con los pacientes, sobretodo, con los mayores”. (RQ-04)

El saber y la práctica de enfermería han sido identificados por trazos que continúan o se modifican a través del tiempo, constituyéndose históricamente según las concepciones prevalentes de la época. En este sentido, se puede considerar que reconocer la “vocación” como una característica de la buena enfermera, parte de una visión antropológica del cuidado,⁽³⁵⁾ que se refiere fundamentalmente, a una llamada interior del sujeto, algo primitivo que emerge del interior del individuo, un llamado a ser y ejercer determinada actividad o profesión, una cierta orientación connatural para ser realizada con voluntad y satisfacción, necesitando esta orientación natural un cultivo, trabajo y constante formación.⁽³⁶⁾

Esta representación ha sido heredada, culturalmente, como un ideal influenciado por el espíritu religioso, caritativo o filantrópico del cuidado,

presentando facciones diferentes de acuerdo al contexto en que se construyen. ⁽³⁷⁾ En este sentido, la vocación puede ser sinónimo de servilismo y sumisión hasta una forma de expresar el gusto por lo que se hace.

La exigencia social de la enfermería es que sea ejercida por personas cuyos deseos y expectativas sean coherentes con su práctica, permitiéndole alcanzar reconocimiento social. Entonces, es decisivo para enfermería que por su naturaleza favorezca la interacción entre vocación y profesión, que genere un óptimo ejercicio profesional que revalorice la imagen de la enfermera.

De esta exigencia social para la “Buena enfermera” surge la necesidad de evitar que los nuevos profesionales de enfermería se formen bajo estructuras rígidas, que impidan el desarrollo de su personalidad e identidad, debiendo poner énfasis en formar enfermeras con vocación, como valor agregado y que tanto ellas como pacientes asuman a la vocación como “gusto por la profesión”:

“La enfermera tiene que ser una persona que le guste su profesión, porque si han estudiado por necesidad, o por tener un trabajo y no le gusta su profesión, va a chocar la enfermera, porque está haciendo algo que no le gusta, esta profesión es muy sacrificada, a veces no tienen horario, el paciente las requiere más a ellas y sobretodo en ese momento difícil del paciente tener a la persona a su costado para que a nosotros nos pudieran aliviar...”
(CS-09)

Este último discurso enfatiza en cómo debe ser entendida la vocación en el ejercicio profesional haciendo referencia a la importancia de una elección profesional correcta, en base a la inclinación que se cree tener. Pues, una elección equivocada de la profesión, aunada a las malas condiciones laborales económicas, determinan una coexistencia problemática, ya que la enfermera no vive de acuerdo con su misión

interna, vive frustrada, realiza un trabajo rutinario y monótono, producto de una deformación afectiva que ocasiona inseguridad deteriorando su comportamiento, en detrimento de su autoconcepto y, consecuentemente, de su imagen. ⁽¹⁶⁾

Objetivar la forma de ser de la “Buena enfermera”, desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados en el servicio de cardiología, se configuró a partir de la expresión de características personales o atributos que los participantes del estudio atribuyen a las enfermeras. En este sentido, los significados anclados en el imaginario del paciente responden a un marco de referencia pre-existente integrándolas con cada experiencia cognitivamente, dirigiendo luego sus intereses y valores. ⁽²⁶⁾ Así que es posible afirmar, con el constructo de esta categoría, cuán determinante es para los pacientes los atributos y la vocación de la enfermera, la cual debe estar caracterizada por su actitud, con manifestaciones de bondad, amabilidad, amistad, familiaridad, amabilidad, cariño, responsabilidad, sensibilidad, comprensión, abnegación, paciencia, carisma, buen comportamiento, pulcritud y humanismo.

De este modo, se concuerda con lo sostenido por Castrillón, para quien la imagen de la enfermera se construye a partir de una formulación explícita de los valores de la disciplina, mediada por un compromiso personal y profesional, considerando que por su naturaleza, la práctica enfermera apela a un conjunto de valores que la guían. Estos valores dan el sentido de responsabilidad social, pues suscitan un análisis crítico, reflexivo del contexto socio-cultural y político de los sistemas. ⁽¹⁾

TERCERA CATEGORÍA:

“Reconocimiento social de la buena enfermera”

Grandes Categorías	N.º de testimonios	
	Frecuencia Simple	Frecuencia Compuesta
3ª Gran Categoría: “Reconocimiento social de la buena enfermera”	58	44
Valorada y respetada por los pacientes	32	26
Genera seguridad	26	18

CUADRO N.º O6: Tercera categoría: “Reconocimiento social de la buena enfermera”

FUENTE: Propia

El reconocimiento social de una práctica profesional solo puede ocurrir a partir de lo que los grupos y sociedades consideran o valoran. Sin embargo; la construcción de este reconocimiento social no es solo un proceso de elaboración del conocimiento del sentido común de la gente que raramente surge sin la necesidad de una práctica y que genera la concepción de objetos sociales a partir de experiencias.

En este sentido, el reconocimiento social de la buena enfermera se configura desde lo histórico y social, a partir de esas experiencias y conocimientos contradictorios de los cuales ha emergido enfermería como práctica social y que la han impregnado de creencias, valores y estereotipos socialmente contruidos.

Moscovici afirma que la representación social de un objeto social, como es la imagen de buena enfermera, surge exactamente de la experiencia y el conocimiento contradictorio que habilitan el tipo de discurso colectivo que crea lo que llamamos el

conocimiento ordinario, el sentido común en las sociedades modernas. Los objetos son creados y elaborados por los autores sociales, que pueden integrar en el proceso de comunicación cualquier recurso del que dispongan. ⁽²⁸⁾

De esta manera surgen cualidades con las que son representadas y valoradas las enfermeras socialmente, como por ejemplo el surgimiento de elementos que expresan la valoración y el respeto que la enfermera se ha ganado en base a su práctica, y que consecuentemente genera en sus pacientes seguridad, confianza, y sentimientos de esperanza, consuelo y amor.

“La enfermera es la persona realmente capacitada, el conocimiento la diferencia... en el momento que actúa, veo que es una persona que sabe y que, por lo tanto, tiene una responsabilidad, y es muy importante. Sabe de nosotros, apenas se le solicita ya está allí y sabe salir del apuro, de la emergencia,... Además, creo que es muy importante la empatía, es decir, que haya bastante comunicación entre los dos, siento la confianza en ella, no hay eso que yo le digo hasta aquí no más, siento la confianza en que ella me va a ayudar,... siento que no hay límites, entro en confianza, lo que viene a ser la simpatía y la empatía.....A veces no se observa su trabajo y no se le reconoce, por eso yo me he encargado de difundir el trabajo que hacen y les digo, que enfermera no es cualquier persona... Para mí una buena enfermera es aquella que se relaciona, deja sentir su presencia, la que está a mi lado con su experiencia, conocimiento, responsabilidad, buen carácter, carisma, el conocimiento cómo es la persona ..., por eso la buena enfermera es aquella en la que confío, no reparo, aunque no me guste, hago caso. Eso es lo agradable, ella está a nuestro lado, corretea de un lado a otro, por tantos otros que la necesitan más que yo, pero allí están.” (JV-15).

El presente texto discursivo sintetiza los supuestos de este estudio, como la seguridad y la confianza, dos sentimientos que más allá de la subjetividad de la que emanan se exteriorizan para configurar las características de la “Buena enfermera”. Son producto de un reconocimiento a la preparación profesional de la enfermera, a su experiencia, la misma que genera un correcto actuar e invita al paciente a un abandono confiado y simpático, para utilizar textualmente, lo mencionado por el paciente.

El paciente valora en la enfermera la interrelación que establezca con él, una relación empática que permita una interacción biunívoca, dialógica, sentimental y emocional y una comprensión gratificante. De esta manera construye una imagen positiva de ella.

Respecto a la seguridad y confianza significan socialmente sentirse seguro, a salvo, lo que para el ser humano es fundamental. Si uno se siente inseguro frente a su semejante, resulta imposible construir un mundo afectivo, pues la relación interpersonal requiere seguridad y confianza en el otro. ⁽⁵⁾ Esta necesidad es muy notoria y debe ser asistida, para favorecer el proceso de curación, la enfermera debe ser capaz de darle esa seguridad y confianza con miradas, gestos y palabras. Esta premisa es esencial para una ansiada valoración.

“Yo admiro bastante a la enfermera, recién me doy cuenta, jamás pensé que su trabajo sea tan sacrificado, ellas se esmeran cuidando los pacientes, apenas llamamos están expertas para ver qué problemas tenemos, yo me siento muy feliz porque tengo una atención muy buena, yo no he movido ni un dedo en mi hospitalización, es decir, me han ayudado en todo, en mi aseo, alimento y así... Agradezco de todo corazón y pido que les den a ellas también su sitio, ellas no están en un sitio bueno, si uno tuviera la oportunidad de llegar al gobierno y de llevar una solicitud para que él vea por los problemas, yo creo que más importancia le daría a todo el hospital, a las enfermeras...” (EH-08).

Las declaraciones discursivas de la paciente entrevistada muestra cómo la experiencia positiva y cercana, vivida durante su hospitalización, caracterizada por una práctica enfermera orientada en todas las dimensiones del ser humano, ha logrado un reconocimiento social. Esto es fundamental para la construcción de la imagen de la “Buena enfermera” y, consecuentemente, del reconocimiento de la profesión.

La profesión de Enfermería, respecto a la calidad del servicio hospitalario, desempeña un rol protagónico, pues el paciente generalmente enfatiza en su relación con el personal de enfermería, en cuanto al tipo de comunicación que establece y a una atención oportuna en la satisfacción de sus necesidades, ⁽⁴⁶⁾ refrendado con ello, el protagonismo del profesional de enfermería en una acreditación hospitalaria; sin embargo, quienes administran los hospitales parecen no tomar conciencia al respecto, un motivo más para romper el *statu quo* hospitalario que no responde a las demandas de la sociedad.

Cuando se construye la representación social de una práctica a partir de las características de esta, se destaca acciones que el personal de enfermería debe realizar como clave para garantizar la satisfacción en el cuidado del paciente. Rollins, Sorenson y Randy señalaron que el 60% de la satisfacción de los pacientes está relacionada con la interacción que ellos tienen con el personal de enfermería. La interacción gratificante de la enfermera con sus pacientes se convierte en un factor de éxito en la calidad del cuidado. ⁽⁴⁷⁾ Es decir, el grado de satisfacción de las personas cuidadas, contribuye a generar un proceso de elaboración del reconocimiento social, para la construcción de una representación positiva.

“Cuando ellas nos dan cariño, amistad y amor, más rápido nos sanamos, por ejemplo yo no soy de acá, pero me da una alegría esa amistad que nos brindan, su capacidad y experiencia. A ella, la veo como una amiga...Gracias, gracias por el trabajo

entregado que tienen, por lo que hacen por los pacientes, se relacionan con nosotros, nos hacen sentirnos seguros. Les pediría que me sigan brindando su amistad, que seamos amigos para conocerlas más.” (F CH-11).

Igualmente, este texto reafirma lo tratado a lo largo de la discusión de las anteriores categorías, a través de las cuales se ha tocado aspectos trascendentales para la valoración de la profesión, como una interrelación y afectividad que actúa en la interioridad del paciente, fortaleciendo sus defensas físicas y psicológicas. El entorno del cuidado presenta numerosos retos y paradojas, entre la supervivencia económica de las instituciones y los valores humanos, que caracterizan los cuidados de enfermería; entre la estandarización y el respeto a la diversidad y la individualidad; entre la tecnología y los valores, todos, dilemas éticos que afrontan las enfermeras en su práctica,⁽¹¹⁾ que aún no se han podido resolver.

“Yo puedo apreciar que en este servicio hay una atención muy esmerada, pero quizá digo que la escasez de recursos humanos hace que su trabajo se vea más acelerado, obviando algunos elementos como hacerse conocer por el paciente y conocer al paciente, debe haber una respuesta de ambos para que el trabajo dé resultado, y no deshumanizarse...Puedo apreciar que el trabajo de tres o cuatro enfermeras para este servicio es insuficiente, quizá se deba a ello el trabajo acelerado, sin un acercamiento al paciente, porque cada paciente tiene un problema particular, todos somos diferentes, por la poca cantidad de recursos es que van de prisa.” (JG-02).

“A la enfermera la veo como una persona que tiene que estar allí con los pacientes, preocuparse a la hora de su medicamento, a la hora de sus electros, sino que con tantos pacientes, a veces se olvidan de uno, a veces a mí me toca la medicina a las cuatro y me alcanzan a las seis, y como dice el médico hay que tomar su medicina a la hora, por algo a ustedes les dan un reglamento a la hora que tienen que darle su

medicina a los pacientes, sino que con tanto paciente que hay... por ejemplo, a veces una emergencia, llega un paciente delicado y se van a verlo porque está muy grave, parece mentira pero se olvidan de darle su medicamento, por darle la atención al paciente que está delicado, pues no se alcanzan para todos, como en mi caso yo soy un paciente que está estable supuestamente, es diferente, entonces, están más con ese paciente que está más delicado.” (RQ-04).

Alcanzar reconocimiento social, en medio de la adversidad, solo puede afrontarse con una práctica que genere intervención personal. Es posible que la transformación socio-económico global tarde algunas décadas, y consecuentemente la transformación profesional lleve otras, pues el desarrollo de la profesión, por tener carácter social, depende de varios factores, políticos, económicos, sociales internos y externos de cada país. Mientras no se aborde la problemática afrontando todos estos aspectos, tal vez sea poco lo que se pueda hacer, pues es palpable que pese al avance de la enfermería como profesión, tanto pacientes como enfermeras, no encuentran aún el sentido simbólico de su práctica y, por ende, de su reconocimiento social.

Se sostiene entonces, que existe una responsabilidad creciente de cada enfermera para alcanzar el objetivo de reconocimiento social a menor plazo, desde cualquier lugar donde ejerza su práctica, lo que significará garantizar una práctica basada en el amor a la profesión, que avale un compromiso profundo con las personas a las que cuida y con la enfermería. He aquí la importancia de las entidades formadoras.

Como evidencia de lo que se afirma es una realidad perceptible por los pacientes, se presentan discursos generados en un contexto adverso y que pese a ello, muestran la valoración y el agradecimiento de los mismos.

“Para mí la “Buena enfermera” es solícita, amable, dispuesta a servir, le da confianza al paciente. Es esencialmente amabilidad lo que necesita, con ello, curan al paciente, aunque no le den una pastilla, o estén solo un ratito, por la cantidad de trabajo que tienen,... Le diría, e ella que en los hospitales representa a Dios, porque aquí está la enfermedad, se necesita ayuda en el sufrimiento de la gente y que si nos quedamos en el plano netamente humano y no trascendemos, sería como cualquier profesional más, pero que si nosotros recibimos amor y hacen que nos sintamos bien, reconfortados, diremos que allí está Dios, entonces, serán profesionales diferentes y mejores...Les diría que principalmente den amor, entrega, ya las pastillitas es secundario...” (NS-06)

“A la enfermera la describiría como una persona que es muy valorada por los pacientes, y que su dedicación es con sacrificio y entrega, estoy como paciente muy agradecida, todo ha sido para mí muy favorable, yo que vine toda sucia, todas me atendieron muy bien, yo me siento muy feliz porque tengo una atención muy buena,... Como paciente certifico que las enfermeras necesitan más apoyo del estado y que estén en mejores condiciones, que tengan un pequeño cuarto para que descansen porque toda la noche las enfermeras están que visitan a sus enfermos nunca nos abandonan...Y cuando salga, donde esté, diré que esta profesión es muy sacrificada y le pido a Dios, por las enfermeras, por los pacientes y por todos nosotros. Yo siempre estaré rogando que todo el hospital de Chiclayo siga adelante” (EH-08).

El despliegue del sentido humano de las enfermeras solo ha podido ser palpado a través de relaciones interpersonales, pues permite que el paciente pueda expresar sus sentimientos y satisfaga sus necesidades, físicas, sociales, culturales y espirituales, mediante la comprensión, dedicación e intimidad. La práctica humanista, además de tener un componente intrínseco, es favorecida con la experiencia, la que provee a la enfermera las condiciones para sensibilizarse a aspectos más humanos y comprender el significado, que para el paciente conlleva su interacción con él, quien finalmente, la objetivará como una “Buena enfermera”.

Son muchos los desafíos que encontramos actualmente en el sector salud, en especial en las organizaciones hospitalarias, como falta de recursos humanos y materiales, competencia entre pares profesionales y diversos cambios de orden político, tecnologías cada vez más complejas, aumento gradual de la diversidad y el pluralismo, la concepción de la salud como comercio, patologías complejas, dilemas éticos, debiendo además que enfrentar las tendencias de los nuevos paradigmas, todos ellos influyentes en el modo de ser y de hacer de la enfermera, haciendo ver la necesidad de una renovación.

Una renovación en los estándares para la práctica, los que tendrán que regular la relación enfermera-paciente, y fomentar cambios positivos para el ejercicio institucional de la enfermería, por las exigencias en la calidad de atención, en los procesos de acreditación, así como por la evaluación institucional y profesional. Tal vez este escenario sea el que aliente a una práctica, en lo posible, homogénea, que acorte las diferencias entre unas y otras enfermeras, que lleve a representar a las enfermeras siempre como buenas profesionales, en todo el sentido de la palabra.

CONSIDERACIONES FINALES

Las representaciones sociales son una modalidad de conocimiento elaborado a partir de conocimientos y comunicaciones sociales entre individuos, estas construcciones que emergen permiten configurar una imagen de personas u objetos sociales, que son construidas y reconstruidas a lo largo de la dinámica de la realidad, determinando el papel y posición social de las mismas. El lenguaje y el conocimiento anclado en el senso común de la gente es lo que transmite de generación en generación conocimientos reificados que luego se convierten en estereotipos, creencias, valores y opiniones. Es así que la imagen de la enfermera, ha sido reconfigurada a partir de su devenir histórico y social que estableció tradiciones y soportes lógico temporales para establecer el rol que la misma debía de cumplir en el campo hospitalario.

La imagen de la “Buena enfermera” es establecida a partir de su práctica, es decir, a partir de la interacción con su paciente, con el que establece una relación que le da sentido. Esta imagen es construida socialmente a partir del contexto que rodea este actuar profesional, impregnado de preconceptos que se han transmitido en el tiempo y que circulan socialmente, a través de las comunicaciones sociales, ideas, valores y significados que las personas poseen y, que hace otorgar una valoración dicotómica a esta imagen entre lo positivo y negativo, de acuerdo a las necesidades dentro del sistema cultural que estas poseen.

A pesar de los grandes logros de Enfermería que le permitieron ser reconocida como profesión, la sociedad no ha terminado de valorarla como tal, permaneciendo esta profesional fuertemente representada como: “subordinada al médico”, “la que sigue indicaciones médicas”, “reemplaza al médico cuando este no está”, “profesional técnico”, “actuación limitada”, “malas condiciones de

trabajo”, “mal remunerada” “profesional con falta de sensibilidad”, “trabaja sin compromiso”, “trabaja solo por una remuneración”; todas, expresiones objetivadas en el presente estudio. Sin embargo, se puede precisar que algunos de ellos constituyen preconceptos, estereotipos, creencias e ideas que se han perpetuado en el tiempo a partir de soportes lógico-temporales que han caracterizado el devenir histórico de la Enfermería.

Desde este punto de vista contextual, se puede afirmar que la imagen de la enfermera se ha construido a partir de sus herencias: militar, religiosa, femenina y cultural, enmarcados en factores sociales (género, disciplina) y políticos (capitalismo y estructura hospitalaria), originando una fragmentación de la imagen enfermera dicotomizándola entre: lo “bueno y lo malo”, “humano y deshumanizado”, “vocacional e indiferente”; estos constructos reflejan la dialéctica impregnada en la representación social de la imagen de la buena enfermera.

Una representación social solo puede ser comprendida desde lo histórico y lo social, lo que da sentido a lo ancorado en el imaginario social sobre la imagen de la “Buena enfermera”, cuyo significado social guarda estrecha relación con el lugar que la mujer ha ocupado socialmente y su adaptación a lo que el mundo destinó para ella. En este sentido, la construcción de la imagen de la “Buena enfermera”, está impregnada de un legado histórico y social que le ha adosado características, consideradas parte de ser una “Buena enfermera” por la sociedad, cuya imagen se reconfigura en el cotidiano a través del desarrollo de su práctica, dentro de un contexto aparentemente adverso.

La imagen de “Buena enfermera” desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados se configura a partir de la conjunción de elementos relacionados con: género de las ejercientes, roles sociales atribuidos, estatus social de la mujer en sociedad, saberes y dominios generados a partir de luchas gremiales, entre otros. Esta configuración ha permitido la perpetuidad de expresiones ligadas a sus

características personales y actitudes reflejadas en su actuar al cuidar: amable, bondadosa, familiar, amiga, cariñosa, responsable, comprensiva, paciente, carismática, humana de buen comportamiento; así como, del desarrollo de su labor con vocación, trabaja con gusto y pasión. Estas formas de representar a la “Buena enfermera” emergen de una praxis refrendada por valores socialmente identificados, mediados por el compromiso personal y profesional de quien ejerce el cuidado al paciente, que da sentido a lo que este considera atributos de una buena enfermera, dentro de un contexto socio-político y cultural.

La práctica de la enfermera se constituye en la principal arista para la configuración de su imagen, comprendiéndose que la “forma de cuidar” es lo que genera una imagen positiva o negativa de ella, de este modo, los pacientes hospitalizados, controversialmente, construyeron una imagen de la “Buena enfermera” en relación a las experiencias negativas vividas por ellos, y que no esperan de ella. Esto lleva a aseverar que la construcción de la imagen implica marcar una imagen por diferencia, es decir, la “Buena enfermera” es diferente de una mala enfermera, o viceversa. Esta dicotomía dialéctica emerge a partir de valores, creencias, sentimientos y símbolos, de acuerdo a lo instaurado socialmente, en relación a patrones culturales y sociales.

Para el común denominador de pacientes, una enfermera será “buena” cuando evidencie preparación, dominio y conocimiento, aunque se identifique que ella sigue indicaciones médicas en forma correcta y oportuna, demostrando capacidad de remplazar al médico. Así mismo, cuando acredite sensibilidad, amabilidad, buen trato e identificación con él, involucrándose en una interrelación efectiva- afectiva que converja en una entrega en su cuidado. En otras palabras, cuando evidencie la humanidad que hace décadas se le viene demandando.

El reconocimiento social de una práctica profesional sucede a partir de lo que la sociedad considera o valora de quienes la practican. Sin embargo, la construcción de este reconocimiento social no es solo un proceso de elaboración

del conocimiento del sentido común de la gente que raramente surge sin la necesidad de una práctica y que genera la concepción de objetos sociales a partir de experiencias. De esta manera surgen cualidades con las que son representadas y valoradas las enfermeras socialmente, como por ejemplo el surgimiento de elementos que expresan valoración y respeto, que la enfermera se ha ganado en base a su buena práctica, y que consecuentemente genera en sus pacientes seguridad y confianza, los que a su vez reconocieron sentimientos de esperanza, consuelo y amor hacia ella.

Frente a toda esta abstracción, se puede afirmar que existe la posibilidad de generar un constructo conceptual sobre la “Buena enfermera”, configurado como aquella persona que posee atributos personales caracterizados por su entrega en el cuidado, que establece relaciones interpersonales positivas con el paciente, la familia y el equipo de salud. Su ejercicio profesional demuestra vocación. Poseedora de conocimientos teórico-prácticos que fundamentan su quehacer ganando el respeto la confianza y valoración social.

RECOMENDACIONES

Los resultados del presente trabajo de investigación permiten a la autora proponer algunas recomendaciones que a su juicio, podrían contribuir en la (re)construcción de la representación social de las enfermeras como buenas profesionales y el reconocimiento de la Enfermería como profesión.

A los profesionales de enfermería, mantener permanentemente un crecimiento científico profesional que garantice una práctica fundamentada con actuar seguro y, un crecimiento personal que garantice un cuidado humano, que proporcione la confianza de los que cuida y el respeto de quienes están a su alrededor, permitiendo con su trascendencia dinamizar la representación social de una “Buena enfermera”.

A las instituciones formadoras, repensar en la concreción del perfil profesional diseñado coherentemente con la realidad y exigencia social, con la implementación de metodologías y una pedagogía que permitan dar paso, de la retórica a la acción. A los docentes, quienes han acrecentado su responsabilidad al asumir el futuro de la profesión, que su discurso y práctica sea reflejo de una imagen digna de imitar.

Al Colegio de Enfermeros del Perú a asumir y ejercer las funciones regente y defensora del ejercicio profesional exigiendo el desarrollo de una práctica profesional dentro de un contexto favorable, congruente con la responsabilidad social que le es inherente, potencializando el actuar profesional del enfermero en el cuidado de los cada vez más demandantes pacientes.

Finalmente, a las Instituciones Públicas como Municipalidades, Gobiernos Regionales, Instituciones de Salud en general, e Instituciones representativas gremiales, que asuman en definitiva, que todo ser humano debe

ser tratado, respetado y cuidado con dignidad. En ese sentido, les compete garantizar políticas nacionales, regionales, locales e Institucionales que no antagonicen con este precepto; que tengan la certeza que la calidad de atención con calidez que propugnan, será lograda solo si, en lugar de una política utilitarista implementan una política social racional, que le permita a la enfermera ejercer su cuidado como lo exige la sociedad, con recursos, tiempo y espacio, posibilitando con ello, que los contratiempos puedan ser superados más fácilmente, favoreciendo la ansiada inclusión social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTRILLÓN A. *La Dimensión social de la práctica de la Enfermería*. Ed. Universidad de Antioquía: 1997.
2. ALMEIDA P. y ROCHA Y. *O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989.
3. LATAPI P. et. Al. *Las profesiones en la sociedad capitalista. Sociología de una profesión: el caso de Enfermería*. Ed. Nuevo Mar: México, 1985.
4. GONZÁLES C. Y AGUIRRE J. *Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de satisfacción del usuario*. <http://www.Elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35w>. Consultado el 23 de julio de 2012.
5. WALDOW V. *Cuidar: expresión humanizadora*. Ed. Palabra. 1ª ed. México: 2008.
6. MAYA M. *Identidad Profesional*. Invest. Educ. Enferm: 2003.
7. ALBERT S. *La Enfermería en examen: ¿cómo nos ve la sociedad?* Consejo de Enfermería de la comunidad valenciana (CECOVA). España, 2003.
8. ROMERO B. *El cuidado de Enfermería en la adversidad*. Rev. Presencia. Vol. 1, Colombia, junio, 2005.
9. MARRINER A. *Modelos y teorías en Enfermería: Travelbee J. Modelo de relación humano a humano*. Barcelona: MR Alligood - paltex.paho.org. Barcelona: 1994
10. QUISPE N. *Opinión de los pacientes de medicina general sobre la calidad de atención en enfermería en el hospital Arzobispo Loayza de Lima*. Perú: 2005.

11. LÁZARO E. *Construyendo la identidad de las enfermeras a la luz de las representaciones sociales*. Tesis de Maestría. Perú, 2006.
12. COLLIERE M. *Promover la vida*. 2da, ed. Interamericana Mc. Graw-Hill; España, 1993.
13. ARANDA L. *Historia de la Enfermería peruana*. Documento de trabajo. Chiclayo, 1991.
14. HERNÁNDEZ C. *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de la enfermería*. Interamericana Mc, Graw-Hill. Madrid, 1995.
15. FOUCAULT M. *Arqueología del saber*. 21^a ed. Ed. Siglo XXI editores. España, 2005.
16. VELANDIA M. *Historia de la enfermería en Colombia*. Ed. Universidad Nacional- Facultad de Enfermería U.N. Bogotá, 1995.
17. ALMEIDA DE F. *Ensinando a cuidar da crianca*. Ed. Yanis. Brasil, 2010.
18. DURÁN DE V. *Enfermería desarrollo teórico e investigativo*". Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá, 2001.
19. TORRES A, Y SANHUEZA O. *Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería*. Invest, educ. enferm. Chile, 2006.
20. NIETO ET, AI. *Valoración de las necesidades y expectativas de los pacientes respecto a enfermería*. Monografías. España, 1996.
21. ARAUJO DE S. Y CAMPOS P. *Imágenes de una buena enfermera*. Tesis doctoral. Brasil, 2008.

22. RAMIÓ J. *Valores y actitudes profesionales*. Tesis doctoral. España, 2005.
23. VIEIRA M. *Imagen, cultura y motivación en la Escuela de Enfermería*. Rio de Janeiro. Da UFS”. Fundación Ouviedo Teixeira. Brasil, 2002.
24. MOSCOVICI S. *La Representación social del psicoanálisis*. Ed. Zahar. Rio de Janeiro, 1979.
25. DUBAR C. *La socialización. Construcción de las identidades sociales y profesionales*. Porto editora. Portugal, 1997.
26. JODELET D. *Representaciones sociales, un dominio en expansión*. En Jodelet D. (Org) *Las Representaciones sociales*. París. Press Universitaires de France, 1984.
27. ARAYA U. *Las Representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. Flacso. Costa Rica, 2002.
28. OLIVEIRA D. Y SÁ P. *Representaciones sociales*. En Correa J. y otros. *Psicología social contemporánea*. Vozes. Petrópolis, 2000.
29. MARTÍNEZ M. *Investigación cualitativa*. Sibs.nmsm.edu.pe/brevistas/investigación-psicología. 2006.
30. PINEDA Y D' ALVARADO. *Metodología de la Investigación*. OPS. Washington DC. 2008.
31. QUINN P. *Cualitative evaluation and research methods*. 2da ed. Sage publications, 1990
32. PORTO I. ET. AL. *Método de asociación de contenidos: Una alternativa para datos textuales en las investigaciones de Enfermería*. Artículo publicado en la revista *Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro. Brasil, 2003.

33. SGRECCIA E. *Manual de bioética. Fundamento de ética biomédica.* Ed. Milano: Vita e Pensiero, 1994
34. CASTILLO E. *El Rigor metodológico en la Investigación cualitativa.* Corporación editora médica Del Valle. Colombia, 2003.
35. TORRALBA R. *Antropología del cuidar.* Ed. Mapfre. España, 1998.
36. QUINTERO Y GÓMEZ. *El cuidado de Enfermería significa ayuda.* Rev. Aquichán. Año 10. Vol. 10 N°01. Colombia, 2010.
37. ALMEIDA M. Y ROCHA J. *O saber da Enfermagem en sua dimensao prática.* 2da ed. Sao Paulo, 1989.
38. BERGER P. Y LUCKMAN T. *La construcción social de la realidad.* Ed. Amorrortu. Bnos, Aires- Argentina, 1991.
39. ABRIC J. *El abordaje estructural de las representaciones sociales.* En Moreira y Oliveira, Estudios Interdisciplinarios de Representación social. A.B, 1998.
40. LÁZARO ET. AL. *Imagen social de la Enfermería.* Rev. Cubana de Enfermería. Vol. 19. N° 01. La Habana, Enero-Abril, 2003. Consultado el 27 de julio 2011.
41. ZABALEGUI Y. *El Rol profesional de Enfermería.* Rev. Aquichán. Año 10. Vol. 10 N° 01. Colombia, 2010.

42. GONZÁLES O. *La enfermera experta y las relaciones interpersonales*. Rev. Aquichán. Año 07. Vol. 07. Colombia, 2007.
43. SILVA T. *Identidad y Diferencia: Perspectiva de estudios culturales*. Ed. Vozes. Petrópolis, 2002.
44. MEZA L. *Introducción a la construcción de la imagen profesional*. En Gómez B. y Bañuelos C. 2006.
45. HALL S. *La identidad cultural en la postmodernidad*. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 2001.
46. GAVIRIA N. *La evaluación del cuidado en Enfermería, un compromiso disciplinar*. Invest. Educ. Enferm. 2009.
47. MELEIS J. *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3ra ed. Philadelphia, 1997.

UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ANEXO N.º 02

TEST DE ASOCIACIÓN LIBRE DE PALABRAS

¿Cuáles son las primeras cuatro primeras palabras que vienen a su mente cuando menciono el término “Buena enfermera”?

Escriba las respuestas en los espacios en blanco:

- *----- ()
- *----- ()
- *----- ()
- *----- ()

A continuación marque (X) las dos palabras que considere son las más importantes.

UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ANEXO N. ° 03

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A
PROFUNDIDAD A PACIENTES HOSPITALIZADOS

OBJETIVO:

RECOLECTAR INFORMACIÓN ACERCA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CONCEPTO “BUENA ENFERMERA” POR LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

TEMA DE DISCUSIÓN. LA “BUENA ENFERMERA”

PREGUNTAS:

- 1.- Describa Ud. a la enfermera
- 2.- ¿Qué piensa respecto de ella?
- 3.- ¿Qué siente respecto de ella?
- 4.- ¿Quién sería para Ud. la” Buena enfermera”?
- 5.- ¿Qué mensaje les enviaría a las enfermeras?
- 6.- ¿Desearía comentar algo más?

ANEXO N.º 04

CUADROS DE ASOCIACION DE PALABRAS

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PALABRAS
EVOCADAS
POR LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL
HNAAA

PALABRAS EVOCADAS	Nº	%
Atenta	6	8.33%
Amable	5	6.94 %
Buen trato	4	5.55%
Da información y consejos	4	5.55%
Eficiente	3	4.16%
Cariñosa	3	4.16%
Amor	3	4.16%
Ayuda	3	4.16%
Cuidado	3	4.16%
Inteligente	2	2.77%
Servicio	2	2.77%
Paciente	2	2.77%
Bondad	2	2.77%
Relación cercana	2	2.77%
Humana	2	2.77%
Educada	2	2.77%
Familiar	2	2.77%
Administra medicamentos	2	2.77%
Puntual	2	2.77%
Dedicación	1	1.38%
Comprensión	1	1.38%
Buena profesional	1	1.38%
Amiga	1	1.38%
Social	1	1.38%
Confiable	1	1.38%
Carismática	1	1.38%
Atiende 24 horas	1	1.38%
Activa	1	1.38%
Aseada	1	1.38%
Presta	1	1.38%

Trabajo	1	1.38%
Respeto	1	1.38%
Responsable	1	1.38%
Ágil	1	1.38%
Hábil	1	1.38%
Sacrificada	1	1.38%
Caritativa	1	1.38%
TOTAL	72	100.00%

Dos Palabras más importantes	
PALABRA	FRECUENCIA
Atenta	4
Amable	3
Amor	3
Ayuda	2
Buen trato	2
Familiar	2
Educada	2
Paciente	2
Servicio	2
Dedicación	1
Buena Profesional	1
Administra medicamentos	1
Humana	1
Confiable	1
Relación cercana	1
Carismática	1
Atiende 24 hrs.	1
Bondad	1
Puntual	1
Presta	1
Cariñosa	1
Trabajo	1
Inteligente	1
Sacrificada	1

ANEXO N.º 05

PROCESAMIENTO DE LA ENTREVISTA UTILIZANDO EL MÉTODO DE ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN DE CONTENIDO

ENTREVISTA Nª 01 (MQ)

Fragmentos	Texto de la entrevista	Elementos
I	Yo primeramente diría que es como una amiga, que está capacitada para ayudarnos en caso de enfermedad.	1, 2,4
II	Es aquella persona que está preparada para sacarnos adelante en cualquier situación de emergencia de salud que se nos presente.	1, 2,4
III	Y eso es importante, porque aparte de eso, como reciben conocimientos, en caso de que no haya un médico, ella es la persona indicada para aplicar los primeros medicamentos que den la opción de llegar a un hospital, donde el médico sería el encargado de aplicarnos los medicamentos o el tratamiento que requeriríamos nosotros, ese es el concepto que yo tengo de una enfermera.	1, 2,3
IV	...la enfermera aparte de ser un profesional, yo personalmente la siento como si fuera un familiar, porque ella demuestra que lo que ha aprendido lo vuelca hacia nosotros, no hay el recelo de que por que no es su familia nos vea a distancia. Se entrega hacia el paciente, lo trata lo, ayuda incluso a hacer su aseo, lo que verdaderamente necesitamos.	1, 2, 4, 5, 6

V	<p>La enfermera es una persona que más que todo se entrega al paciente, y ella no ve condiciones, no ve color, no ve la procedencia del paciente, no ve el status social, ella más que todo se entrega a su trabajo sin ver las condiciones sociales del paciente y por eso es que yo pienso que es una profesional que está capacitada para eso está preparada para eso, para desempeñarse en cualquier ámbito y en cualquier condición social, porque hay pacientes de condición alta, media y baja, y cada paciente de acuerdo a su condición tiene su forma de desenvolverse y de vivir sus experiencias, por eso es que en todos esos ámbitos la enfermera está preparada para desenvolverse.</p>	1, 2, 4, 6,8
VI	<p>La buena enfermera es una buena profesional. Una profesional que le nace, es decir una profesional por vocación y no por necesidad.</p>	2, 7
VII	<p>Pienso que como es su vocación está capacitada para ir a trabajar al lugar donde debe ser, no solamente estar acá, irse fuera de acá, donde verdaderamente se necesita profesionales de la salud, porque valgan verdades aquí en nuestro país hay sitios donde se necesitan profesionales de la salud y a donde no van.</p>	2, 7,8
VIII	<p>No sé, será por cuestión económica, o por problemas del estado, que a veces no quieren salir de la ciudad. La enfermera debe estar capacitada para eso, para ir donde la manden porque debe ir donde la necesite el pueblo, donde hay problemas de salud porque son las capacitadas para sacar adelante a los pacientes de cualquier tipo de enfermedad, es la única persona que está capacitada para sacar a las personas en cualquier problema de salud que tenga.</p>	1, 2,4, 8, 9

IX	<p>Lo único que podría decir es que ojalá sigan saliendo más profesionales para que con el tiempo el problema de salud ya no sea... como le podría decir,... como para personas prácticamente escogidas, por que se da el caso de que a veces hay personas que no tienen la posibilidad de ir a un consultorio o a un hospital y si van, son excepciones. A veces hay buenas enfermeras y a veces no.</p>	6, 7, 8, 10
X	<p>Yo he tenido problemas con una enfermera, casualmente allá en Chimbote. Tuve el problema de que salió una vía, pero no fue mi intención y llame a la técnica, y ella llamó a la enfermera y vino y me gritó: “Ud. se para moviendo”, Eso para mí fue una mala experiencia, porque ella debió primero preguntarme como ha sido y después tomar una actitud, pero no. Esa fue la única vez después no he tenido malas experiencias.</p> <p>Aquí no señorita, no tengo para que quejarme, yo me voy muy agradecido de acá, las enfermeras de Cardiología de UTIC, Hemodinámica, me han atendido bien. Para mí ha sido una buena experiencia en el servicio de cardiología del HAAA.</p>	4, 10, 14,18

MAPA DE ASOCIACIÓN DE CONTENIDOS

(Entrevista N.º 01)

Elementos Fragmentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	14	18
I	+	+		+								
II	+	+		+								
III	+	+	+									
IV	+	+		+	+	+						
V	+	+		+		+		+				
VI		+					+					
VII		+					+	+				
VIII	+	+		+				+	+			
IX		+				+	+	+		+		
X				+						+	+	+
TOTAL	6	9	1	6	1	3	3	4	1	2	1	1

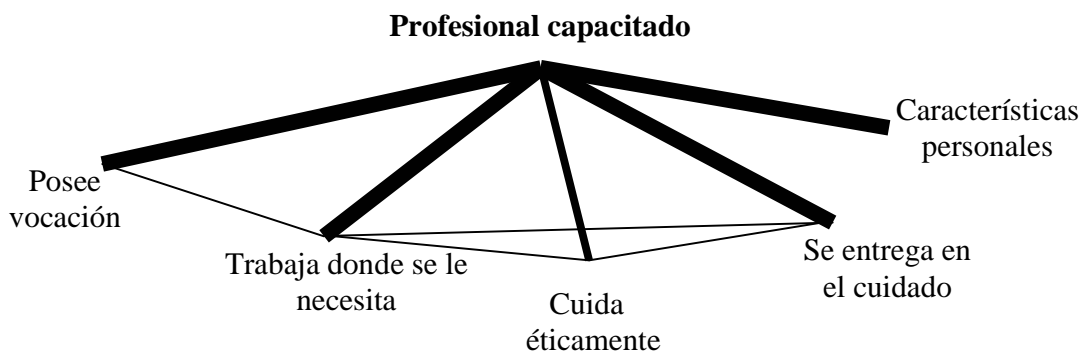
- ✓ Características personales (1)- Profesional capacitado (2): **5 asociaciones**
- ✓ Profesional capacitado (2)-Posee vocación (7): **2 asociaciones**
- ✓ Profesional capacitado (2)- Posee vocación (7)- Trabaja donde se le necesita (8): **1 asociación**
- ✓ Profesional capacitado (2)- Trabaja donde se le necesita (8): **1 asociación**
- ✓ Características personales (1)- Profesional capacitado (2)- Se entrega en el cuidado (4): **4 asociaciones**
- ✓ Características personales (1)- Profesional capacitado (2)- Se entrega en el cuidado (4) –Cuida éticamente (6): **1 asociación**
- ✓ Profesional capacitado (2)_ Cuida éticamente (6)_ Trabaja donde se le necesita (8): **1 asociación**
- ✓ Características personales (1)_ Profesional capacitado (2)_ Se entrega en el cuidado (4)_ Trabaja donde se le necesita (8): **1 asociación**

IDENTIFICACIÓN DEL ELEMENTO POLO

Elementos							
Frecuencia	1	2	4	6	7	8	
2 veces				x			
3 veces					x		
4 veces						x	
6 veces			x				
11 veces	x						
18 veces		x					

En la entrevista N.º 01, surge un elemento polo, el elemento 2: Profesional capacitado, que aparece con una (f= 18). Dos elementos esenciales: Características personales (1) y Se entrega en el cuidado (4), con una (f=9) ambos elementos. Un elemento agregado; Trabaja donde se le necesite (8) con una F= 4, y dos elementos complementarios, el elemento 7 y el elemento 6: Cuida éticamente, con una f=3 y una f=2 respectivamente.

ESQUEMA DE ASOCIACION DE CONTENIDOS



LEYENDA:

Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Fuerte	Menos fuerte
(≥4 asociaciones)	(3 asociaciones)	(2 asociaciones)	(1 asociación)

ANEXO N ° 06

Elementos significativos

1. **Características personales:** amiga, familiar, persona, amable, cariñosa, educada, abnegada, responsable, sensible, comprensiva, paciente, carismática, bondadosa, pulcra, emocionalmente estable, humana y de buen comportamiento.
2. **Profesional capacitada:** actualizada en el conocimiento, actúa en emergencias, toma decisiones, evidencia eficiencia, concentrada en su trabajo, reemplaza al médico en su ausencia.
3. **Eficiente en la administración de medicamentos:** administra los medicamentos puntualmente, sin errores.
4. **Se entrega en un cuidado humano:** está cerca de él, ayuda al paciente en la enfermedad, en su recuperación. Atiende con esmero, puntualmente, se identifica con el paciente, lo identifica, brinda un buen trato físico, psicológico, emocional, espiritual y social.
5. **Satisface las necesidades del paciente:** aseo, alimento, afecto.
6. **Cuida éticamente:** cuida con equidad, con esmero, ejerce ciudadanía, respeta los derechos de los pacientes.
7. **Posee vocación:** ama su trabajo.
8. **Trabaja donde se le necesite:** en el ámbito y los servicios donde se le requiera.
9. **Condiciones de trabajo:** sobrecarga laboral, trabajo sacrificado, desvalorizado (no remunerado adecuadamente), descuido del estado en el desarrollo de la salud.
10. **Enfermeras buenas diferentes de las enfermeras malas:** una imagen por diferencia, la buena enfermera es la que no hace la mala: no olvida responsabilidades, no se equivoca, evita el maltrato, la indiferencia y la apatía, genera experiencias positivas, no se deshumaniza.

11. **Motiva al paciente:** eleva la autoestima.
12. **Recurso humano de vital importancia en hospitales:** rol protagónico, atiende las 24 horas, por su naturaleza humana predispuesta a errores.
13. **Enfermera moderna diferente de la antigua:** hoy más identificada con el paciente, se involucra, mayor competitividad.
14. **Trabaja en equipo:** conjuntamente con el médico por la recuperación del paciente.
15. **Interrelaciona con el paciente:** trabajo unificado (enfermera-paciente).
16. **Sigue indicaciones del médico.**
17. **Educa a la persona:** brinda información amablemente, aclara dudas, explica procedimientos.
18. **Valorada y respetada por los pacientes.**
19. **Acompaña en la enfermedad.**
20. **Genera seguridad:** brinda confianza, tranquilidad, calidez, esperanza, consuelo y amor.
21. **Representa a Dios en los hospitales:** trasciende, es el ángel.

ANEXO N.º 07

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LIBRE ACEPTACIÓN

Estimado Paciente:

Por intermedio de la presente invito a Ud. a participar de la investigación intitulada “la “Buena enfermera” desde la representación social de los pacientes hospitalizados”, que tiene por objetivos: Caracterizar las representaciones sociales de los pacientes hospitalizados acerca de la “Buena enfermera”, analizarlas y discutir las, así como, determinar sus implicancias en el reconocimiento social de la profesión.

Su participación se realizará a través del llenado de un formato de datos personales, el desarrollo de una técnica de asociación libre de palabras y una entrevista abierta a profundidad, en donde será necesario que Ud. responda a algunas interrogantes elaboradas por la investigadora y que serán grabadas en cintas magnetofónicas, garantizando su anonimato y confidencialidad de las informaciones prestadas.

Es importante precisar que Ud. puede retirarse en cualquier momento de la investigación. En cuanto a la entrevista podrá ser interrumpida y desarrollada en el momento que desee, sin cualquier tipo de perjuicio en el desarrollo de sus actividades.

Lic. Perla Barboza Alarcón

Dirección: Arenales N° 223. Diego Ferré
Teléfonos: 209743/ 977294404

Acepto que he comprendido lo consignado en este documento y que estoy perfectamente esclarecido sobre el contenido del mismo. Declaro que por mi voluntad acepto participar de la investigación cooperando con la recolección de la información.

Nombres y apellidos: -----

Firma: -----