

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD

Informe de tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería

**Representación social respecto del
Cuidado Humanizado que tienen los
enfermeros del Hospital Área
Programa Choele Choel, provincia de
Rio Negro**

Estudiante

Autalán Natalia del Valle

Legajo n° 119403

autalan@gmail.com

Directora:

Lic. Andión Graciela N.

Febrero de 2020 Allen

Dedicatorias

*A mis AMADOS PADRES, Jorge y Bety,
por ser el pilar fundamental en todo
lo que hago y lo que soy, por su educación,
tanto académica, como de la vida, pero principalmente
por su amor y apoyo incondicional.
Ustedes son mi razón y motivo para seguir.*

*A mis hermanas Julia, Mabel y Marcela
y a todos aquellos familiares que directa
o indirectamente me han apoyado y
alentado a seguir. ¡Gracias!*

*A mis AMIGOS de la vida, y aquellos que se
convirtieron en tal, tras compartir los años de
mi formación profesional y que me han acompañado
y apoyado en todos y cada uno de los momentos malos y buenos.*

*A DIOS, por fortalecer mi corazón e iluminar
mi vida y por haber puesto en mi camino
a aquellas personas que han sido mi soporte
y compañía durante todo el periodo de
estudio y durante toda mi vida.*

Agradecimientos

Principalmente quiero agradecer a mi directora, Lic. Graciela Andión por el apoyo y la generosidad de haber sido mi guía constante en este proceso, por la paciencia que ha tenido conmigo en la realización de este trabajo, y por su gran positivismo, que me ha contagiado cuando más lo necesitaba. Infinitas gracias.

Así mismo, agradecer a las/os enfermeras/os, que han accedido a participar desinteresadamente y han hecho posible que este trabajo se haya realizado.

A mi madre Ilda Beatriz Salvatierra y mi padre Jorge Marcelo Autalán, por haber sido siempre mi sostén más grande y más importante. Gracias por haberme dado todo lo que podían y más, durante toda mi vida y por apoyarme y acompañarme en cada paso que doy.

A mis familiares, amigos, colegas y docentes por el apoyo incondicional durante el transcurso de la carrera y especialmente durante la preparación del presente trabajo.

Y a Dios por estar conmigo siempre y concederme el honor de estudiar una carrera y ponerme en el camino a personas maravillosas que hicieron de este proceso una etapa más que agradable.

Resumen

Introducción:

La evolución de la sociedad, tecnología y ciencia, han favorecido la deshumanización en la práctica enfermera y la adopción de un modelo biomédico y curativo, reduciendo lo humano a lo biológico y alejando el trabajo de enfermería, de su visión humanista y holística del cuidado.

Se propuso como objetivo, describir y caracterizar cuáles son las representaciones sociales del cuidado humanizado que tienen las/os Enfermeras/os, del Hospital Área Programa Choele Choel.

Metodología:

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, interpretativo de corte trasversal. La población se constituyó con 84 enfermeros y la saturación se alcanzó luego de la entrevista nº 13, en la que se incluyeron enfermeros que trabajan en la UCI, maternidad/pediatría, clínica médica y guardia. Para la recolección de datos se diseñó una entrevista abierta, la cual, fue transcrita para su análisis e interpretación, utilizando la técnica de análisis de contenido.

Resultados:

Las representaciones que surgieron respecto del cuidado humanizado en las/os enfermeras/os del Hospital Área Programa Choele Choel, resaltan que el cuidado humanizados no tiene un concepto único, ni homogéneo, sino que es concebido, por un lado, como una atención integral y holística, donde se considera la cultura, creencias, la familia, el entorno social, los sentimientos, preferencias y opiniones de las personas. En tanto, el cuidado entendido como la satisfacción de necesidades, junto a las intervenciones de enfermería, obedecen a estereotipos que condicionan sus propias actividades de cuidado, las cuales se centran en lo biológico y dependiente de un modelo biomédico.

En esta y otras investigaciones, se evidenció que existe una disociación entre lo que cada enfermera/o aprende y lo que lleva a cabo en la práctica de cuidados.

Palabras claves: Representaciones Sociales - Cuidado Humanizado - Enfermería.

Abstract

Introduction:

Society, technology and science evolution have benefited nursing practice dehumanization and the adoption of a biomedical and healing method, reducing the human factor to the biologic one and detaching the nursing job from its humanistic and holistic view of caring.

The aim of this study is to describe and characterize which humanized care social representations nurses have in the Area Program Hospital in Choele Choel.

Method:

A cross sectional qualitative study was carried out. A sample of 84 nurses was selected from ICU, nursery and pediatrics, general medical and emergency ward and saturation was reached after the thirteenth interview. In order to collect data an open interview was designed and transcribed using a content analysis technique for its analysis and interpretation.

Results:

The results obtained regarding nurses' humanized care in the Area Program Hospital of Choele Choel put emphasis on the fact that humanized care does not have a unique homogeneous concept, by contrast, it is considered as an integral and holistic assistance where people's culture, beliefs, family, social context, feelings, preferences and opinions are regarded. Thus, care understood as needs satisfaction, together with nursing interventions, obeys stereotypes which condition their own caring practice, which is centered in the biological aspect and is based on a biomedical model.

In this study and others it has been proven that dissociation exists between what every nurse learns and what they do in their caring practice.

Keywords: Social Representations - Humanized Care – Nursing.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I.....	9
Planteo del problema.....	9
1.2 Fundamentación	11
1.3 Relevancia de la Investigación	14
1.4 Criterios de viabilidad y practicabilidad.....	15
Contexto	15
CAPÍTULO II.....	20
RESEÑA BIBLIOGRÁFICA	20
1. Estado del Arte	20
MARCO TEÓRICO	27
CAPÍTULO III.....	42
DISEÑO METODOLÓGICO	42
1. Tipo de estudio y estrategia metodológica	42
2. Población de estudio	42
2.1 Muestra	42
3. Recolección de datos	43
4. Análisis e interpretación de los datos	43
CAPÍTULO IV	45
1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	45
SIGNIFICADO QUE SE LE ATRIBUYE AL CUIDADO HUMANIZADO:	48
Holísmo:.....	49
Satisfacción de necesidades:	50
Ayuda:.....	52
Análisis de la categoría:	52
INTERVENCIONES DESDE DONDE SE BRINDA EL CUIDADO.....	53
Cumplimiento de indicaciones médicas:	54

Educación:.....	54
Situación y estado del paciente:	55
Suplencia de necesidades desde lo físico y emocional:	56
Análisis de la categoría:	59
COMUNICACIÓN	61
Interacción con el sujeto de cuidado:	61
Interacción con el sujeto de cuidado-familia:.....	62
Análisis de la categoría:	65
SENTIMIENTOS Y VALORES.....	67
Empatía:.....	67
Respeto:.....	69
Satisfacción:	69
Afecto:	70
Comprensión:.....	71
Análisis de la categoría:	72
CAPÍTULO V	74
DISCUSIÓN	74
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES.....	81
BIBLOGRAFÍA	82
CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
HOJA DE FIRMAS.....	87

INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermería ha sufrido cambios y modificaciones a lo largo de los años, debido a la evolución de la sociedad, tecnología y ciencia en general, lo que ha generado también, una transformación en su objeto de cuidado, el cual desde su comienzo se ha basado en la humanización del mismo. En la actualidad, existe una percepción de deshumanización de la práctica enfermera, por parte de los usuarios y familiares, debido a diferentes factores como, la falta de empatía, la falta de vocación por la profesión, dificultades en el dominio teórico-práctico, el avance tecnológico, entre otros, lo que ha generado que en las instituciones hospitalarias las prácticas de enfermería hayan adoptado un modelo biomédico y curativo, reduciendo lo humano a lo biológico y alejando el trabajo de enfermería, de su visión humanista y holística del cuidado.

Para poder comprender qué representa el cuidado humanizado en enfermería, es que se lleva a cabo esta investigación, considerando la teoría de las representaciones sociales (R.S) de Serge Moscovici, y la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.

Moscovici (1979) define las R.S como:

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios y liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979:17-18).

Las representaciones sociales permiten comprender de manera flexible la posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de enfermería reelabora del cuidado. Para esto, se buscó dar respuesta a, cuáles son las representaciones sociales construidas sobre el cuidado humanizado, en el personal de enfermería del Hospital Área Programa Choele Choel, mediante una investigación de tipo cualitativa con un enfoque interpretativo y corte transversal. Se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia e intencional, siguiendo un criterio estratégico, teniendo en cuenta; la voluntariedad

de los sujetos y/o el acceso a nuevos contactos a través de sujetos entrevistados previamente (muestreo tipo bola de nieve.). Los criterios de inclusión son; que el personal de enfermería evaluado, trabaje en el Hospital Área Programa Choele Choel, y que acceda voluntariamente a la entrevista abierta, como instrumento de recolección de datos, la cual es grabada, previa autorización de los entrevistados y posteriormente transcrita. Luego tras un estudio con detenimiento, de cada entrevista, se asignó temas por categorías, para poder codificar de manera eficiente toda la información obtenida y comenzar con su posterior análisis.

Esta investigación consta de cinco capítulos; en la primera parte se desarrolla la formulación del problema a investigar, seguida del objetivo general, la fundamentación del mismo, la relevancia de la investigación, los criterios de viabilidad y practicabilidad, y, por último, la descripción del contexto en el que se lleva adelante la investigación.

A continuación, como segunda parte se presenta la revisión bibliográfica llevada a cabo por ésta tesista, mencionando las investigaciones halladas y consultadas, seguida del marco teórico que sustenta la investigación.

En su tercer parte, se desarrolla el diseño metodológico que describe el tipo de estudio y estrategia utilizada, la población, objeto de estudio y el método de recolección de datos, que fue la entrevista abierta.

El cuarto capítulo presenta el análisis e interpretación de los datos recolectados y finaliza el informe final con el quinto capítulo que muestra la discusión, las conclusiones y recomendaciones respecto a la problemática.

CAPÍTULO I

Planteo del problema.

1. Formulación del problema

Los cuidados son el objeto de estudio de la disciplina enfermera. Estos no solo deben centrarse en el cuerpo, sino que, es preciso que cada enfermera/o pueda enfocarse también, en el entorno integrado y holístico en el que se encuentra inmerso el sujeto, al cual asiste y cuida.

Según la teorista Jean Watson, cuidar es parte fundamental del ser, y como parte esencial de Enfermería, debieran estar contruidos por acciones transpersonales e intersubjetivas, que permitan proteger, mejorar y preservar la humanidad en el ejercicio de la profesión.

“El cuidado de enfermería se cristaliza en una esencia trascendente, convertida en una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona convirtiéndolo en un proceso dialéctico de comprensión, y no de aprensión, de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado no profesional, diferencia sustancial entre el cuidado genérico y el de enfermería.” (Marriner y Raile, 2005). (Báez Hernández y otros, 2009, p. 133).

Durante las prácticas de enfermería, realizadas durante los tres primeros años de la carrera de Licenciatura en Enfermería, se ha observado que existen escasos contactos y diálogos entre enfermera-paciente y sus familiares, donde se los identifican por el nombre de la patología, por el número de habitación y/o el número de cama, transmitiendo indiferencia hacia el otro y haciendo más énfasis en la tecnología, en las prescripciones médicas, que en lo humanístico. Todo esto lo pone de manifiesto el usuario al expresar disconformidad respecto al trato que brinda enfermería, agradeciendo en toda oportunidad la buena atención que se les brinda cuando son cuidados por una enfermera/o, que sí toma en cuenta cuestiones humanísticas para llevar a cabo su práctica de cuidado.

Esto demuestra que la mayoría del personal de enfermería, dan mayor valor al accionar cotidiano (aspectos técnicos), orientando su práctica hacia lo asistencial, distanciándose, por lo tanto, de los valores morales y ético inserto en su ejercicio. “Estos aspectos son los que apartan a las enfermeras del análisis crítico de su realidad y la mantienen en una cómoda neutralidad en donde prevalece la rutinaria ejecución de procedimiento” (Da Silva, 2002).

En consonancia, los avances tecnológicos de los últimos tiempos se han caracterizado por un aumento de conocimientos técnicos, en contraposición con un lento desarrollo de estrategias vinculadas a los factores o aspectos sociales y humanos del cuidado.

La situación descrita nos lleva a reconsiderar nuestro rumbo como profesionales, a considerar como oportuna una precisa reflexión sobre los aspectos humanos, valores y actitudes de la práctica del cuidado que los enfermeros ejecutan durante su práctica diaria. Repensarnos entonces, como lo expresa Watson, sobre un sólido sistema de valores humanísticos que, junto a los conocimientos científicos, deben guiar la actividad, ya que esa asociación humanística y científica constituye la esencia de la disciplina enfermera. Se puede sumar a esto, lo planteado por Leininger quien, a través de su teoría sobre los cuidados transculturales, da a conocer la importancia de incorporar al acto de cuidar, los aspectos culturales en el que está inmerso el sujeto de cuidado, cuestiones que también, deberían ser incorporadas en todo el proceso de atención de enfermería. Para Leininger, los cuidados son componentes esenciales y representan el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas de enfermería. Estos pueden ser diversos (diferentes significados, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados indicativos de la salud de una cultura específica, tales como el rol de una persona enferma) o universales (características comunes o similares en cuanto a significado, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados de culturas distintas).

Por otro lado, las lecturas teóricas de textos referidos al tema de interés, cuyos autores son Moscovici y Jodelet, han permitido un desarrollo de conocimientos sobre, qué son las representaciones sociales y lo fundamental de estas, para entender el accionar que tiene cada individuo, en función de cómo fue desarrollándose como ser social, influenciado por un entorno en constante cambio. Esto resulta de interés ya que cada enfermera/o como ser humano, también se ve

influenciado por sus propias representaciones sociales, pero al formar parte del personal de la salud y en contacto permanente con personas, cobra mayor importancia, porque se puede conocer, qué sentido le da cada uno, al cuidado que brindan, ya que esto puede condicionar sus actividades como cuidador/a en el ámbito hospitalario y/o en el comunitario.

Dentro de los aspectos que emerge de las representaciones sociales del cuidado enfermero y teniendo en cuenta la importancia sobre la humanización del mismo, surge el interés de abordar el cuidado humanizado en enfermería, a partir de los cuales, se plantean los siguientes interrogantes:

¿Qué causas son las que hacen que enfermería se centre más en la satisfacción de necesidades biológicas y procedimentales, desconociendo el resto que lo acercan a un cuidado holístico?

¿Cuál es el significado de “cuidado humanizado”, para las/os enfermeras/os?

¿Cómo es la intervención terapéutica que considera en el cuidado humanístico?

¿Qué implica para cada enfermero/a su propia profesión?

¿Cómo perciben su propio trabajo durante las prácticas de cuidado?

¿Por qué no se aplica en la práctica los conocimientos teóricos aprendidos durante su formación?

Por lo dicho anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las representaciones sociales del cuidado humanizado que tienen las/os Enfermeras/os, del Hospital Área Programa Choele Choel, durante el período 2019?

1.1 Objetivo general

Describir y caracterizar cuáles son las representaciones sociales del cuidado humanizado que tienen las/os Enfermeras/os, del Hospital Área Programa Choele Choel, durante el período 2019.

1.2 Fundamentación

La atención de enfermería debe caracterizarse por un alto componente de humanidad y apoyo al paciente durante todo el proceso de salud-enfermedad.

El cuidado debe estar constituido por acciones transpersonales y transculturales, dirigidas a proteger, mejorar y preservar la humanidad de los sujetos de atención, que va más allá de una aplicación de técnicas y procedimientos; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos, emociones, acompañar, apoyar y mantener una comunicación afectiva y efectiva con las personas que se relacionan en su ejercicio profesional. (Prías Vanegas, 2015, p. 2).

Sin embargo, actualmente existe una tendencia a la deshumanización dentro de los servicios hospitalarios, donde el accionar de las prácticas de enfermería en este lugar, se asemeja al modelo biomédico, ya que ven al individuo como una disociación entre lo físico y lo mental, es decir, que se los estudia y trata por partes. Atacan los síntomas, tratan enfermedades, órganos, individuos, pero no personas en sus distintos momentos vitales y su inserción en la comunidad. Esta necesidad de humanizar el cuidado al usuario, se hace cada vez más evidente en la actualidad, también, a medida que la ciencia y la tecnología avanzan en los sistemas hospitalarios.

Estas circunstancias están provocando efectos de carácter negativo que afectan, directamente, tanto al paciente, a su familia, como al trabajo realizado por los profesionales sanitarios, y concretamente, a los/as enfermeros/as, dejando entrever una tendencia claramente deshumanizante de la asistencia sanitaria y de los cuidados. Esta realidad es una muestra latente de la falta de humanismo en la que estamos inmersos en la sociedad contemporánea atribuida a la perversión de los esquemas económicos y sociales según el Dr. Marcos Rojas (2001) al reflexionar sobre la humanización de la Medicina y la Calidad de Vida.

Esto permite un cuestionamiento entre la teoría y la práctica de enfermería, entre lo que se enseña académicamente y lo que se lleva a la práctica diaria en el cuidado enfermero. Así, el presente proyecto de investigación permitió conocer las representaciones sociales que tiene enfermería respecto del cuidado humanizado, donde se buscó comprender a partir de recuperar las voces de los entrevistados, en las respuestas obtenidas de una entrevista abierta, el significado que le da al cuidado, cada enfermera/o. Esto permite comprender y explicar la realidad que cada uno percibe en torno a su práctica de cuidado en relación a lo humanístico y

a posteriori, también, permite justificar el comportamiento o toma de posición y explicar sus acciones o conductas.

La Humanización surge para dar respuesta a la situación existente, buscando acciones humanizadoras y la recuperación no solo de la salud física, sino también del respeto, del derecho a la generosidad, de la expresión subjetiva y de los deseos de las personas (Ríos, 2009).

Cada enfermera(o), como profesionales de salud, en contacto permanente con las personas de la comunidad, debe tener la capacidad de comunicación y escucha para contener la angustia del paciente, cada vez que este la requiera, respeto por las creencias del otro y su familia, gran dimensión de entrega en todo el proceso de cuidado, además de mantener siempre un compromiso ético y calidez humana, en su ejercicio diario. Esto es lo que hace la diferencia entre dar atención de enfermería y brindar un cuidado humanizado. (Ceballos, 2010).

El cuidado de enfermería que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de la enfermedad y la salud, debe basarse en un compromiso moral entre la persona cuidada y quienes profesan el cuidado. Por ello la enfermera(o) debe ser competente en el dominio del conocimiento científico, la aplicación de técnicas y/o conflictos biomédicos, caracterizándose por una actitud con alto valor moral para lograr el bienestar integral de las personas que cuida, y que además de esto, pueda llevar a cabo todo el proceso de cuidado de la forma más humanamente posible. (Juárez, 2009, p. 32).

Cuidar humanamente implica una asistencia, que se caracteriza por actitudes de empatía, amabilidad, respeto por la persona humana, paciencia, buena comunicación (adecuada al estado del paciente), respetando e incorporando la cultura de quien cuida, en los cuidados brindados, reconociendo en el paciente necesidades psicológicas, de afecto, de acompañamiento, etc., para que éste pueda sentirse valioso como ser humano, contribuyendo, no solo a mejorar su autoestima, sino también, a mejorar su condición psico-física.

“Según menciona Rohrbach- Viadas (1998), en su artículo sobre la teoría de los cuidados enfermeros, haciendo mención a su creadora Leininger: “Descubrir la presencia legendaria de la cultura en los cuidados da una comprensión nueva

a la profesión y descubre una manera original de edificar continuamente la ciencia del cuidar”.” (Romero, 2012, p. 7).

Es decir, que se vuelve a insistir en la importancia de que los cuidados de enfermería no solo se deben centrar en el cuerpo, sino bien, en el entorno holístico e integrado del cual proviene cada sujeto.

Por ello, cuando hablamos de cuidados humanizados, se pretende que las/os enfermeras/os, lleven adelante su práctica con amor, nobleza, comprometiéndose, tanto con el paciente, como con el servicio, de manera que se desarrolle una atención humanizada efectiva, lo que contribuya en gran medida a la curación del paciente, además de cambiar la visión de los cuidados de enfermería en los sistemas hospitalarios.

Para indagar sobre la humanización de cuidado y la visión de éste en las enfermeras/os, la investigación propuesta se llevó a cabo en la localidad de Choele Choel, más precisamente en el “Hospital Área Programa Choele Choel”.

1.3 Relevancia de la Investigación

En palabras de Jodelet (1986) la representación social integra un conjunto de elementos constitutivos de la vida social, tales como, las significaciones, actitudes, creencias, etc... (p. 475).

Dentro de este conjunto de elementos se incluye funciones, gracias a las cuales se hace posible la interacción con el mundo y con los demás, lo que marca una orientación actitudinal positiva o negativa. Es decir, que las teorías de las representaciones sociales de Serge Moscovici permiten comprender la posición intermedia que tienen cada enfermero, entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de enfermería reelabora del cuidado humanizado.

Por todo lo antes expuesto, el problema de investigación resulta relevante porque brinda información sobre las Representaciones Sociales que tienen las y los enfermeros en relación al cuidado humanizado, lo que permite obtener información, con la que se podrá trabajar para dar respuestas a las necesidades de humanización en el cuidado enfermero, que tanto exige la sociedad, y de este modo, poder corregir las alteraciones en el proceso de atención, sugiriendo nuevas estrategias de abordaje en el usuario y lograr que el proceso del cuidado enfermero

sea completo, eficiente y humanístico. Además, resulta de interés para la disciplina porque aporta información relevante, detectando las fortalezas y barreras que se visualizan en las/os enfermeras/os para otorgar cuidados humanizados y analizando a su vez cuán importante y efectivo es el papel que cumple las universidades en el desarrollo de una visión humanística del cuidado enfermero, ya que las posturas de cada enfermera/o se van gestando desde su formación académica.

1.4 Criterios de viabilidad y practicabilidad

El tema propuesto es susceptible de ser investigado porque se trata de un fenómeno interpretable desde las estrategias propuestas (cualitativas) donde a través de distintas técnicas se puede describir y caracterizar las Representaciones Sociales respecto de los cuidados humanizados que brinda las enfermeras/os que trabajan en el Hospital Área Programa Choele Choel. Este hospital, representa el principal centro de asistencia de la zona del Valle Medio, por lo tanto, es el que recibe el mayor número de personas con necesidades de asistencia de salud, provenientes de diferentes localidades.

Es posible realizar la investigación ya que, teniendo en cuenta el tiempo y oportunidad, es practicable porque se realiza en un hospital cercano y de fácil acceso, por lo que es posible acceder a los recursos materiales necesarios. Además, hubo posibilidad de acceso a los servicios de internación (UCI, Clínica Médica, Maternidad, Pediatría) y guardia, donde se contactaron a los sujetos de investigación.

Las entrevistas abiertas se realizaron en el hospital seleccionado o en los domicilios particulares de las/os enfermeras/os, si estos así lo preferían. Las cuáles fueron grabadas ya que permiten mantener una escucha activa y acceder a los diálogos posteriormente para poder analizarlos con mayor detenimiento.

Por último, se consideró como pautas éticas, el consentimiento de los entrevistados, y su anonimato.

Contexto

Hospital Área Programa Choele Choel

Figura 1



Fuente: Fotografía captada por cámara particular. Abril, 2016.

Características geográficas

El trabajo de investigación se llevará a cabo en el Hospital Área Programa Choele Choel, ubicado en la provincia de Río Negro, Argentina, más precisamente en la zona conocida como Valle Medio, la cual está formada por un conjunto de localidades (Chimpay, Coronel Belisle, Darwin, Choele Choel, Luis Beltrán, Lamarque y Pomona.) entre la cuales se encuentra Choele Choel, lugar donde se ubica el hospital.

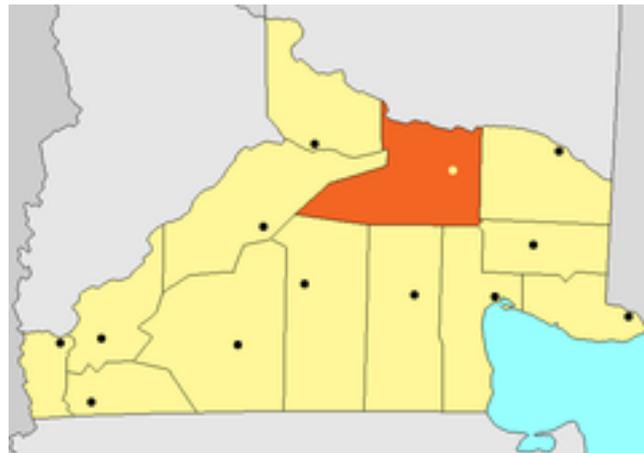
Choele Choel es el centro urbano más importante de lo que se denomina Valle Medio, una zona de alrededor de 100 kilómetros irrigada por el tramo medio del río Negro. Esta ciudad funciona entonces como núcleo proveedor de servicios a las localidades de esta zona del valle que van desde Pomona hasta Chimpay.

La ciudad de Choele Choel se caracteriza por sus espacios verdes. Y entre ellos se distingue el paseo de la calle Kennedy, que a lo largo de nueve cuadras recorre el perímetro norte y bordea la ruta nacional 22.

Ubicación geográfica

La ciudad de Choele Choel está ubicada en el departamento Avellaneda de la provincia de Río Negro, Patagonia, Argentina. Se ubica en el cruce de las rutas nacional N° 22 y la provincial N° 250 a 975 kilómetros de la capital federal.

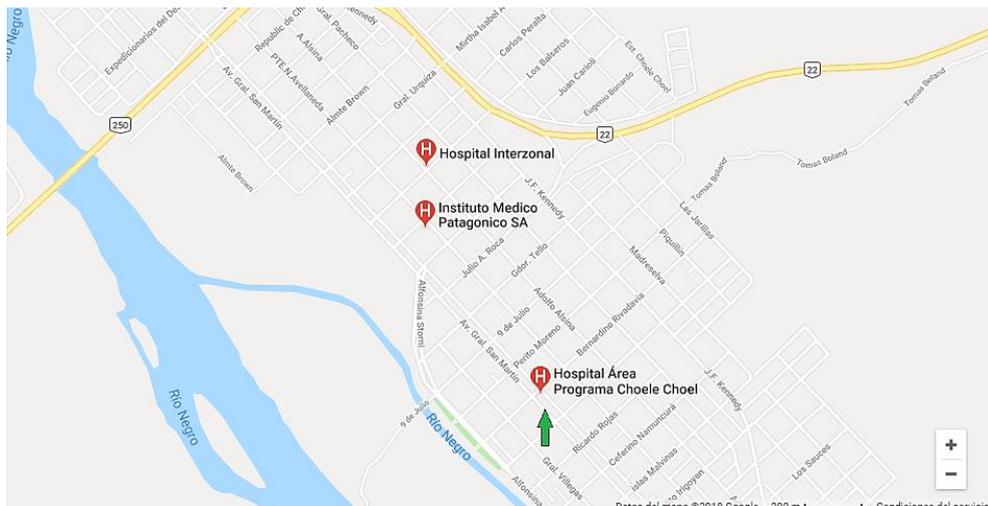
Mapa de la provincia de Río Negro: ubicación de la ciudad de Choele Choel.



Fuente: bloquejsrn.com.ar

El Hospital Área Programa Choele Choel está ubicado entre las calles 25 de mayo, San Martín y Bernardino Rivadavia.

Ciudad de Choele Choel: ubicación del Hospital Área Programa Choele Choel.



Fuente: <https://www.google.com.ar/maps/@-39.2921021,-65.6660274,15z>

Características sociopolíticas

Esta ciudad de más de 12.000 habitantes, como el resto de las del Valle Medio, se asienta principalmente sobre la actividad agropecuaria, que comenzó con el cultivo de trigo, alfalfa y la cría de ganado, para derivar luego en frutales, vid y hortalizas.

El lugar cuenta con dos comisarías, un cuartel de bomberos, hay un total aproximado de veinte centros educativos, entre ellas, centros de educación inicial, escuelas primarias, secundarias, escuela de educación especial, centros educativos terciarias y universitarios.

Características generales del hospital

El Hospital Área Programa Choele Choel, en la actualidad cuenta con un espacio cubierto de 2900 m², reuniendo las condiciones para una complejidad de IV-A, ya que cuenta con las cuatro especialidades básicas: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Pediátrica y Tocoginecología, con un radio de atención de 42.886 habitantes. Además, desde el presente año cuenta con una extensión del mismo, donde funciona la parte administrativas, vacunación y servicios de consultorios.

En cuestiones de infraestructura el hospital posee los siguientes sectores: en Sector 1 la planta baja presenta, nueve consultorios externos, guardia de enfermería, laboratorio, hemoterapia, admisión, estadística y archivo, dirección, salón de reuniones con biblioteca y una guardia central con dos dormitorios con baños. El sector 2 de la planta baja, cuenta con catorce habitaciones con dos camas y baños privados cada una, para el área de maternidad y doce camas para el sector de pediatría; Sala de esterilización con dos office (limpio y sucio), y sala de procedimientos.

El Sector 3 presenta un área de servicios (cocina, comedor para personal, depósito de cocina, vestuarios) y morgue. El Área restringida cuenta con tres quirófanos (2 limpios, 1 sucio), sala de partos, sala de parto, office de apoyo y vestuario. En el Área semi-restringida se ubica Neonatología, con capacidad para cuatro incubadoras, unidad de cuidados intermedios con capacidad para tres camas.

En sector 4 cuenta con lavadero, costurería, sala de depósitos generales, office de mantenimiento y área central de residuos con horno patológico. El Sector 5 que se encuentra en la planta alta (primer piso), presenta quince habitaciones con dos camas y con baño privado cada una, en donde se ubica el área de Clínica Médica, dos office de enfermería con área limpio y sucio, sala de actos con dos baños y dos habitaciones para residentes con baño.

Los recursos tecnológicos con equipamiento con los que cuenta el hospital son; Un equipo de RX de 125 Kw., un equipo de transporte, tres electrocardiógrafos, un equipo de anestesia con circuito cerrado, tres cardiodesfibrilador, 2 incubadoras de transportes, 2 incubadoras fijas, Fototerapia, y mamógrafo. Y el parque automotor

cuenta tres ambulancias de altas complejidades totalmente equipadas y dos utilitarios.

El recurso humano con el que cuenta, es de: 1 médico y 4 técnicos (servicio de radiología); el servicio de enfermería cuenta con un personal de 84 (enfermeros técnicos y licenciados), 26 Médicos, 5 Bioquímicos, 2 Lic. Psicología, 1 psiquiatra, 1 Técnico en Hemoterapia, 4 Lic. en Kinesiología, 4 Lic. Obstetricia, 3 Asistentes Sociales, 2 Técnico de Laboratorio, 2 Odontólogos, 2 Técnicos en Estadística, 2 Lic. en Nutrición, 2 Instrumentadoras, 1 Farmacéutico, 19 Servicios Generales (Solamente 14 están cumpliendo la función, el resto está reubicado en la parte administrativa). 1 Auxiliar de farmacia, 5 Choferes, 2 Auxiliares de Laboratorio, 5 Agentes Sanitarios, 1 Oficina gestión, 2 Operadores Salud Mental y 19 Administrativos.

CAPÍTULO II

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

1. Estado del Arte

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes se han encontrado algunos trabajos investigativos relevantes. Así tenemos que:

Francisco Javier Báez Hernández, Vianet Nava Navarro, Leticia Ramos Cedeño, Ofelia M. Medina López, realizaron un estudio sobre “**El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería**”, **Puebla, 2009**. El estudio tuvo como objeto el desarrollo de una investigación de tipo cualitativo, que permitiera una mejor comprensión y aproximación sistemática y subjetiva de cómo la enfermera(o) construye el significado de cuidado en su práctica profesional. La recolección de los datos se hizo a través de un muestreo teórico, mediante la selección de casos, hasta llegar a la saturación de categorías y el análisis de ellas. El estudio se llevó a cabo en un hospital de segundo nivel de atención de la ciudad de Puebla. Los datos se recolectaron mediante un diario de campo y siete entrevistas semiestructuradas, aplicadas de manera individual y a profundidad, se realizaron tablas y esquemas de codificación abierta y axial que sirvieron para el análisis de contenido a partir de las dimensiones de la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici.

Como resultado final, encontraron seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado en enfermería. Estas son, factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes. A partir de las cuales, concluyeron que el cuidado de enfermería envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto.

Lázaro Luis Hernández Vergel, Dulce María Zequeira Betancourt y Amauri de Jesús Miranda Guerra, realizaron un estudio sobre “**La percepción del cuidado en profesionales de enfermería**”, **2010**. El estudio se realizó con el fin de evaluar la percepción del cuidar según las concepciones de 72 enfermeros, aplicando el método científico con un enfoque inductivo y deductivo. Para recolectar la información se utilizó una entrevista semiestructurada y la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar (EESC). Las variables de estudio fueron, percepción del cuidado, edad, sexo, años de experiencia, nivel profesional y puesto de trabajo.

En los resultados, las mayores diferencias se encontraron, entre las concepciones de enfermeros generales y master, en las concepciones del cuidado como característica humana 0,094 y como imperativo moral 0,043. Donde se concluyó que existen diferencias en relación a la concepción del cuidado de enfermería entre los grupos y las categorías del cuidado investigadas, apuntando a la necesidad de mayor unión entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión.

Yolanda Muñoz Hernández, Rosa Coral Ibarra, Dayana Moreno Prieto, Diana Pinilla Pinto y Yaneth Suárez Rodríguez, realizaron un estudio titulado **“El significado de cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería”**, 2009.

El propósito de este trabajo de investigación fue, conocer el significado de cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, para que a través de sus directivos, docentes y estudiantes se unifique para conceptualizarlo y asumirlo. Para ello, se realizó un estudio fenomenológico dentro de un diseño cualitativo mediante la aplicación de una guía de observación estructurada y una entrevista a profundidad, a cinco egresadas de la Facultad de Enfermería. Las entrevistas fueron grabadas, luego transcritas y clasificadas en categorías de análisis mediante unidades de significación. Se utilizó una guía de tres preguntas abiertas basadas en las categorías de análisis, las cuales fueron: significado de cuidado, significado de cuidado humanizado y experiencia en la práctica de enfermería.

Los resultados finales permitieron concluir que el cuidado humanizado significa, para las entrevistadas, una atención integral teniendo en cuenta la parte humana del paciente, y que la misma debe brindarse independientemente de que la persona esté sana o enferma y además consideran importante permitir la expresión de sentimientos de la persona a quien se cuida y respetar su entorno familiar y personal.

Milagros Del Pilar Monja Tineo y Ingrid Lisette Yafac Torres, realizaron un estudio sobre **“La representación social del cuidado: una mirada desde la perspectiva del enfermero.”** El estudio se basó en un método cualitativo de tipo interpretativo, realizado con el objetivo de caracterizar, analizar y discutir la

representación social del cuidado desde la perspectiva del enfermero, donde participaron como sujetos de investigación, 15 profesionales de enfermería. El referencial teórico se basó en tres conceptos: Cuidado, cuidado de enfermería y representación social, respaldado por: Moscovici y Jodelet. Como instrumentos de recolección de datos fueron utilizados, la entrevista a profundidad y el Test de Asociación libre de palabras.

Los resultados obtenidos, permitieron bajo la visión de la representación social del enfermero delimitar tres categorías que forman el significado de cuidado: el acto de cuidar, estereotipos del cuidado y actividad propia de la enfermera, concluyendo que el cuidado se genera a partir del pasado histórico, el reconocimiento social y la práctica, generando que el quehacer enfermero obedezca a estereotipos que condiciona su actividad propia.

Rosita Daza de Caballero y Luz Stella Medina, realizaron un estudio sobre **“Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá, Colombia”**, 2006. Este trabajo se realizó con el objetivo de describir e interpretar el significado sobre el cuidado de enfermería, que tienen los profesionales de una institución de tercer nivel de atención, utilizando un método cualitativo de tipo fenomenológico, con una unidad de análisis de 75 profesionales. De los referentes conceptuales se dedujeron las categorías deductivas ¿Qué es enfermería? ¿Qué es cuidado de enfermería? ¿Y cómo se aborda el cuidado?, a partir de las cuales pudieron concluir que los profesionales asumen la enfermería, como profesión la cual exige una formación basada en conocimientos y habilidades técnicas y científicas. Además, se destaca que no se encuentra un concepto único de cuidado, pero, sin embargo, hay cierta orientación hacia la búsqueda de bienestar y otra hacia la resolución de problemas, centrando el cuidado en el proceso de enfermería.

Luz Nelly Rivera Álvarez y Álvaro Triana, realizaron un estudio sobre **“Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country”**, 2007. Dicho estudio tuvo como objetivo, describir la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado brindados por el personal de enfermería a la persona hospitalizada y a sus cuidadores familiares en

la Clínica del Country, mediante un método descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, donde se tomó una muestra de 274 personas hospitalizadas, se evaluó la percepción de cuidado humanizado de enfermería, mediante el empleo del instrumento desarrollado por los autores de la investigación, dicho instrumento contó con la validación facial a través de la prueba de expertos.

Los resultados obtenidos, mostraron que el 86.7% de las personas hospitalizadas, siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería, el 12.04% casi siempre y el 1.09% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country sólo algunas veces percibieron dicho cuidado.

Carlos Peña, realizó un estudio sobre **“Las representaciones sociales de la Enfermería como proyecto de vida”**, 2013. Esta investigación se realizó con el objetivo de conocer el proceso de construcción de las representaciones sociales sobre la enfermería como proyecto de vida, rescatando su experiencia intersubjetiva, considerando el paradigma cualitativo y utilizando la teoría de las representaciones sociales propuesta por Moscovici, se hizo uso de la fenomenología hermenéutica. Como métodos de recolección de datos se llevo a cabo la técnica de grupos focales, y la elaboración de cinco preguntas orientadoras, disponiendo de una moderadora que actuó como facilitadora del proceso de intercambio entre las participantes. Para analizar la información recogida se usó el método de Spiegelberg, y se considerando las siguientes dimensiones: actitud, información y campo de la representación, lo que permitió comprender la experiencia cotidiana tal como la vive el actor social, partiendo directamente de los datos. Como resultado final se presentó e interpreto los resultados obtenidos de los significados que las enfermeras (os) dieron sobre la enfermería como proyecto de vida:

Peña, C. (2013) sostiene:

“La problemática que tiene enfermería en sus diferentes contextos, que redundan en inconformidades ya que es una profesión muy sacrificada, tal vez, por la dedicación que tienen que hacer, sumado a un elevado número de personas que atender, con horarios rotativos diurnos y nocturnos, más el alejamiento por horas del ambiente familiar, luego de tanta entrega y dedicación surge la otra parte de que no se sienten bien pagadas, siendo el valor agregado

un incentivo motivacional para el ejercicio de las actividades profesionales. También manifestaron su parecer desde un punto de vista holístico y transpersonal reflejando la pérdida de la vocación, la pérdida de la mística y la sensibilidad, la deshumanización del cuidado que pudiera afectar, si se quiere la esencia de la enfermera, la ética del cuidado, ejercer un desempeño profesional con amor, misticismo, empatía y sensibilidad” (p. 179).

Martha Adielá Lopera Betancur, María Lucelly García Henao, Martha Cecilia Madrigal Ramírez y Constanza Forero Pulido, realizaron un estudio titulado **“Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana”**, 2010. Para comprender la realidad vivida por quienes esperan en las salas de los servicios de urgencias hospitalarios, el estudio partió de la perspectiva de la investigación cualitativa, donde se utilizaron técnicas de la etnografía que busca comprender el sentido de los hechos, el sentido de las proporciones y de las articulaciones, que permite saber que los datos obtenidos representan la realidad vivida por quienes esperan en las salas de los servicios de urgencias hospitalarios.

El análisis se hizo a partir de los diarios de campo y las entrevistas, donde se extractaron códigos que luego fueron agrupados en las categorías que mejor representaran el fenómeno estudiado. Llegando al resultado de que las personas que acuden a los servicios de urgencias buscando atención, se encuentran una serie de barreras que deben sortear para poder ser admitidos, recibir información y poder recibir compañía.

Lopera Betancur, y otros (2010) sostienen:

“En la atención de urgencias hay un desencuentro entre tres miradas: la primera es la de los participantes, que la consideran inhumana; la segunda es la del sistema de salud, que la considera un conjunto de actividades que garantizan una atención oportuna y de calidad; y la tercera es la que muestran otras investigaciones que han encontrado barreras de acceso para ser admitido y para obtener información” (p.69).

Rosita Daza de Caballero, Ana María Torres Pique y Gloria Inés Prieto de Romano, realizaron un estudio titulado **“Análisis crítico del cuidado de enfermería”**, 2005. El propósito del estudio fue proporcionar elementos que

contribuyan al análisis crítico del concepto de cuidado de enfermería haciendo énfasis en las dimensiones de interacción, participación y afecto. En la primera fase del proceso de investigación, mediante las metodologías de estados del arte y fenomenología, se construyeron conocimientos renovados de enfermería, en la segunda fase, el cuidado de enfermería, se reflexionó, y se encontró como aspecto crítico un distanciamiento entre los aspectos teóricos y el mundo real de la práctica.

Con el fin de contrastar la realidad teórica con la práctica y tener mayores argumentos, en la tercera fase se profundizó tanto en la conceptualización del cuidado como en las experiencias vividas tanto de las personas que son cuidadas como de los cuidadores. Luego del análisis se observó que diferentes teóricas y autores en enfermería han contemplado la interacción, la participación y el afecto como elementos básicos en el cuidado de enfermería, pero el énfasis que hacen en cada dimensión varía de acuerdo con la perspectiva y posición en donde se sitúan con respecto al cuidado y a la profesión misma. Además, se concluye que las vivencias expresadas por las personas que recibieron el cuidado, frente al discurso teórico sustentado por los diversos autores y teóricos consultados, evidencian un distanciamiento entre lo teórico y lo práctico, entendido este último como las vivencias personales en el ámbito hospitalario. Por todo esto, se cree necesario profundizar mediante la investigación y desde la mirada no sólo de quien recibe el cuidado, sino del profesional de enfermería, cómo se presentan en la práctica los elementos conceptuales del cuidado.

Cecilia Landman Navarro, realizó un estudio titulado “**Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de urgencia en un hospital de Quillota, Chile**”, 2015. Este estudio se llevó a cabo con el objetivo de conocer la percepción de cuidado humanizado que posee el profesional enfermero de la unidad de emergencias de un hospital general en la ciudad de Quillota, Chile. Para ello, se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo fenomenológico, en el que participaron cuatro profesionales enfermeros que se desempeñaban en la Unidad de Emergencia del Hospital de Quillota, a quienes se les realizó una entrevista dirigida, grabada y transcrita de manera textual con el objeto de identificar aspectos relevantes de acuerdo a los objetivos propuestos.

Como resultado de los análisis de datos, emergieron conceptos que describen el cuidado humanizado, identificándolo como un cuidado integral, que debe incluir a

la familia del paciente y debe regirse por los principios bioéticos. Además de las limitaciones y facilidades percibidas dentro del ámbito laboral para llevar a cabo este cuidado y los sentimientos que surgían al respecto, concluyeron además que debido al contexto de la Unidad de Emergencia y a múltiples factores, se dificulta el cuidado humanizado, y que el concepto de cuidado humanizado descrito por los actores es similar al teórico, pero refieren dificultades para llevarlo a cabo.

Conclusión:

Luego de la revisión bibliográfica acerca del tema de interés, se puede sintetizar diciendo que, el cuidado que brinda enfermería, puede estar influenciado por ciertos factores, que hacen que brindar cuidados humanizados no sea posible en la mayoría de los casos. Los estudios refieren que esta situación puede estar influenciada por el tipo de nivel de formación del personal de enfermería, sumado a un elevado número de personas que atender, con horarios rotativos diurnos y nocturnos, más el alejamiento por horas del ambiente familiar, trabajo mal pagado, etc. También se refleja, desde un punto de vista holístico y transpersonal, la pérdida de la vocación, la pérdida de la mística y la sensibilidad, la deshumanización del cuidado que pudiera afectar, si se quiere la esencia de la enfermera, la ética del cuidado, ejercer un desempeño profesional con amor, misticismo, empatía y sensibilidad. También se hace referencia a la necesidad de mayor unión entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión, ya que la práctica varía de acuerdo con la perspectiva y posición en donde se sitúan el personal de enfermería con respecto al cuidado y a la profesión misma.

Por todo esto, se cree necesario profundizar mediante la investigación y desde la mirada no sólo de quien recibe el cuidado, sino del enfermero/a, cómo, se presentan en la práctica los elementos conceptuales del cuidado y cómo a partir de sus propias representaciones sociales, se posicionan frente al otro en la práctica del cuidado, pero desde un enfoque humanístico.

MARCO TEÓRICO

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. Presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. Esta construcción mental articula aspectos objetivos y subjetivos, resultados y condicionantes de la percepción de la realidad. Así pues, al asumir la noción de Representación Social (RS), nos situamos en este mismo punto, donde se interceptan lo psicológico y lo social.

Jodelet (1984) define a las representaciones sociales como:

[...la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento 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. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc.] (p. 473).

En enfermería estos aspectos de las representaciones sociales, toma una posición importante debido a que, dependiendo de cómo cada enfermera/o ha construido su propia representación social sobre el cuidado, dependerá su postura y accionar ante el mismo.

Moscovici (1979) sostiene:

“La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen tangible la realidad física y social, se integra en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberando los poderes de su imaginación”. (pp. 17-18).

Estas representaciones no juegan un rol neutro en la cotidianeidad institucional, ya que las imágenes compartidas configuran un marco de referencia sobre la base del cual los individuos concretizan su actuar cotidiano. El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, y una forma de pensamiento social.

Cuando las personas hacen referencias a los objetos sociales, los clasifican, los explican y además los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto.

Umaña (2002) sostiene:

“Como bien lo señala Jodelet (1984), representar es hacer un equivalente, pero no en el sentido de una equivalencia fotográfica, sino que, un objeto se representa cuando esta mediado por una figura. Y es solo en esta condición que emerge la representación y el contenido correspondiente. Las personas conocen la realidad que les circula mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social”. (p. 11)

Las representaciones sociales (RS) sintetizan dichas explicaciones y, en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común. El sentido común es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar (Reid, 1998), y se lo considera un conocimiento social porque esta socialmente elaborado, e incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no solo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen tanto en sus comunicaciones individuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan.

Farr (1983) dice:

Sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente opiniones acerca de, “imágenes de”, o “actitudes hacia” sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal. (p.655)

Las Representaciones Sociales, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa.

Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

Las representaciones sociales definidas por Moscovici (1979) pueden ser analizadas con fines didácticos y empíricos en tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

La información: Conciene a la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. Se puede distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad, en especial, su carácter más o menos estereotipado o prejuiciado, el cual revela la presencia de la actitud en la información. Esta dimensión conduce, necesariamente, a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman las personas en sus relaciones cotidianas.

El origen de la información es, asimismo, un elemento a considerar pues la información que surge de un contacto directo con el objeto, y de las prácticas que

una persona desarrolla en relación con él, tiene unas propiedades bastante diferentes de las que presenta la información recogida por medio de la comunicación social.

El campo de representación:

Refiere a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la R S. Se trata concretamente del tipo de organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en la representación. En suma, constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social.

Según Rokeach (1991) “Las creencias son proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser precedidas por la frase: “Yo creo que...”” (p. 297).

El contenido de una creencia puede: a) describir el objeto de la creencia como verdadero o falso, correcto o incorrecto; b) evaluarlo como bueno o malo o, c) propugnar un cierto curso de acción o un cierto estado de existencia como indeseable.

Según Umaña (2002) “La imagen (...) es una reproducción pasiva de un exterior en un interior. Esto equivale a decir que la imagen se construye esencialmente como reproducción mental de un objeto exterior y se relaciona básicamente con los mecanismos perceptivos” (p. 46).

Según Moscovici (1979), la opinión es una fórmula socialmente valorizada a la que las personas se adhieren y, por otra parte, una toma de posición acerca de un problema controvertido de la sociedad o de objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo.

Por su parte las vivencias, hacen referencias a todas aquellas situaciones y hechos por las que toda persona a traviesa en su diario vivir, y que influyen en la formación como persona, como ser. Estas también influyen, en el establecimiento de valores que permiten pararnos ante la vida de un modo u otro.

Jodelet (1984), indica que el campo de representación designa al saber de sentido común, cuyos contenidos hacen manifiesta la operación de ciertos procesos generativos y funcionales con carácter social. Por lo tanto, se hace alusión a una forma de pensamiento social.

La actitud: Consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. Su identificación en el discurso no ofrece dificultades ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, un significado que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones.

La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente, aunque los otros elementos no estén. La concepción unidireccional de las actitudes considera que ellas se componen básicamente de un elemento afectivo. La concepción bidimensional añade al anterior, el elemento cognoscitivo. Finalmente, un punto de vista tridimensional la complementa con una tendencia comportamental. Se puede decir que las RS contienen a las actitudes y no a la inversa, ya que aquellas van más allá del abordaje tradicional de las actitudes y acercan mucho más el concepto al campo social.

“En síntesis, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud)” (Araya, S. 2002, p. 41).

Según Banchs (1986), es importante tener claridad, dado que las tres dimensiones refieren al análisis de contenido de los discursos, que el campo de una representación es una dimensión que debe analizarse en función de la totalidad del discurso y no sólo en un párrafo o en una frase.

La cuestión de lo ideal y de lo real, así como de la construcción cotidiana de teorías explicativas de los objetos, remiten a la discusión de los mecanismos de formación y sedimentación social de las representaciones. Los mecanismos de formación de las representaciones son la objetivación y anclaje. A través de la objetivación, ocurre la concretización o materialización de conceptos en imagen. Y por el anclaje se asimilan o se adaptan las nuevas informaciones a los conceptos e imágenes ya formados, consolidados y objetivados.

Moscovici (1976) enfatiza, incluso, en la objetivación (y clasificación explicativa de lo real) la construcción selectiva, en la cual se hace la selección de los elementos de la información, y de la esquematización estructurante, en que se hace la organización esquematizada de esos elementos. Ambos procesos se complementan en la naturalización, por la cual los objetos de la representación son naturalizados, o sea, considerados por los sujetos como naturales, comunes o admisibles, causando, así, poco o ningún extrañamiento.

Araya, S. (2002) sostiene:

El amor, la amistad, la educación, son entre otras, muchas de las cosas de las que no se tiene una realidad concreta y, sin embargo, en forma consuetudinaria las personas las incluyen en sus comentarios de manera concreta y tangible. Esta concretización de lo abstracto se lleva a cabo por el proceso de objetivación por lo que dicho proceso es fundamental en el conocimiento social. (p. 34).

El proceso de objetivación implica a su vez tres fases (Jodelet, 1984):

1. La construcción selectiva: es decir, la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. Dicha selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos. Se retiene solo aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores. De ahí que las informaciones con igual contenido, sean procesadas diferencialmente por las personas.

2. El esquema figurativo: el discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vividas y claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas. Estas imágenes estructuradas es lo que ha denominado núcleo figurativo, o sea, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar. Esta simplificación en la imagen es lo que les permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural.

3. La naturalización: la transformación de un concepto en una imagen pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma. La distancia que separa lo representado del objeto desaparece de modo que las imágenes sustituyen la realidad. Lo que se percibe no son ya las informaciones sobre los objetos, sino la imagen que reemplaza y extiende de forma natural lo percibido. Sustituyendo conceptos abstractos por imágenes, se reconstruyen esos objetos, se les aplican figuras que parecen naturales para aprehenderlos, explicarlos y vivir con ellos, y son esas imágenes, las que finalmente constituyen la realidad cotidiana.

En cuanto al mecanismo del anclaje, éste se refiere a la incorporación del objeto representado a las ideas preexistentes en las percepciones individuales. En una investigación, las nuevas ideas y las ideas anteriores se influyen mutuamente. Los elementos ya formados y consolidados en las representaciones constituyen, entonces, puntos de referencia, a la asimilación de nuevas ideas.

Araya, S. (2002) sostiene:

El proceso de anclaje, al igual que el proceso de objetivación, permite transformar lo que es extraño en familiar. Sin embargo, este proceso actúa en una dirección diferente al de objetivación. Si lo propio de la objetivación es reducir la incertidumbre ante los objetos operando una transformación simbólica e imaginaria sobre ellos, el proceso de anclaje permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones. (p. 36).

Esta red de categorías y significaciones se realizan por medio de dos modalidades:

- Inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente.
- Instrumentalización social del objeto representado o sea la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión.

Si bien el proceso de anclaje permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas, hay que advertir que las innovaciones no son tratadas por igual por todos los grupos sociales, lo cual evidencia el enraizamiento social de las representaciones y su dependencia de las

diversas inserciones sociales. En efecto, los intereses y los valores propios de los diversos grupos actúan con fuerza sobre los mecanismos de selección de la información, abriendo más o menos los esquemas establecidos para que la innovación pueda ser integrada. Si el nuevo objeto que ha aparecido en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, este se mostrará mucho más receptivo.

“La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici permite comprender de manera flexible la posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de enfermería reelabora del cuidado”. (Báez Hernández y otros, 2009. p. 129).

El concepto de enfermería y de cuidado se fueron construyendo con los años debido a la evolución de la sociedad, tecnología y ciencia en general. En principio el cuidado y la asistencia de enfermería estaba ligada a las órdenes religiosas, con lo cual existía una hegemonía en lo referente a los valores morales frente a otras habilidades y aptitudes que imprimieron un carácter bien definido a la asistencia de la enfermería, que debía realizarse con caridad y por amor a Dios, para dar ayuda a los pobres y para cuidar de los enfermos y los discapacitados. El cuidado como caridad tiene sus orígenes en el cristianismo, conforme se va expandiendo el cristianismo va creciendo y tomando significado el cuidado en enfermería, que tenía como base fundamental a la caridad, pues es visto como una misión y como un importante valor de carácter espiritual en las Sagradas Escrituras. La enfermería entonces, recibe una gran influencia del cristianismo. Valores como la solidaridad, el respeto a la vida y el amor hacen parte del trabajo de la enfermera. Sin embargo, aspectos como la abnegación, la pasividad, la sumisión y la estricta disciplina, a la vez que la obediencia absoluta a otros, como sacerdotes y médicos, quienes decidían y ordenaban las acciones de cuidado, obstaculizaron el progreso de la profesión. El criterio individual de la enfermera y la autonomía para la toma de decisiones con relación al cuidado de los pacientes, estuvieron olvidados por mucho tiempo.

Más tarde, Florence Nightingale inicia conceptualizando a la Enfermería como algo que no es meramente técnica sino un proceso que incorpora alma, mente e imaginación creativa, el espíritu sensible y comprensión inteligente que constituye el fundamento real de los cuidados de enfermería.

“En principios del siglo XX, la enfermería no era considerada una disciplina académica y tampoco una profesión, fue hasta la aportación de los metaparadigmas que los trabajos de las enfermeras teoristas fueron reconocidos como marcos conceptuales de la profesión” (Marriner, 2003). (Jiménez y Rangel, 2017, p.149).

“La enfermería proclama “el cuidado” como objeto de estudio, construyendo respecto del mismo profusos marcos epistémicos, jurídicos, y éticos, con el fin de sustentarlo y consolidar un cuerpo teórico fundamental aplicable al desempeño cotidiano de la disciplina profesional” (Daza y Medina, 2006) (Jiménez y Rangel, 2017, p.149).

Por otro lado, el cuidado es entendido por algunos autores, como la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

García y otros. (2011) sostienen: “Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado enfermero tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería.” (p. 13).

Leininger (2007), conceptualiza la noción del cuidado, planteando que, “el cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas”. Considera que el cuidado es de carácter universal, pero, estos varían culturalmente, dependiendo de los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan.

Acercándose a la visión humanística del cuidado enfermero, Leininger establece la diferencia que existe entre curación y cuidados, en donde agrega: “Los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados, pero puede existir cuidados sin curación”. (Leininger, 2017, p.472)

En 1970, Leininger elaboró el modelo de sol naciente el cual resulta un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes de su

teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura. La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: presentación y mantenimiento de los cuidados culturales; de adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, principios fundamentales de esta teoría.

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería, y definió a la Enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

Los modelos y teorías de Enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson, la cual refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente, lo que da lugar a las relaciones interpersonales, de las que habla la autora, en su teoría.

Entonces así, el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. Donde la enfermera es llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.

La humanización es un proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano, desde el punto de vista biológico, antropológico, espiritual, racional y social. Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada en el individuo, a través de un vínculo.

Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado. Cada enfermera/o tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del usuario y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

Paterson y Zderad (1990), quienes formularon la “Teoría de Enfermería Humanística”, sostienen que la enfermería humanística es más que una relación unilateral sujeto-objeto, técnicamente competente y caritativa, guiada por una enfermera en beneficio de otro. Es una relación transaccional que se responsabiliza de investigar y cuya expresión demanda la conceptualización basada en la conciencia existencial que la enfermera tiene en su ser y del ser del otro. La experiencia existencial permite el conocimiento humano del ser y de la calidad de ser del otro.

Para Paterson & Zderad (1990), la enfermería es una experiencia que se vive entre seres humanos. Cada circunstancia de enfermería evoca e influye recíprocamente en la expresión y manifestación de la capacidad de estos seres humanos para la existencia y su condición para ella. En la enfermera, esto implica una responsabilidad por su propia condición o capacidad de ser. (Hinostroza, 2016, p. 25)

Paterson (1990), sostiene:

Para que el proceso de enfermería sea verdaderamente humanista es necesario que la enfermera esté participando como un ser humano que siente, valora, reflexiona y conceptualiza. La enfermera humanista es sensible a la realidad de la situación en el sentido existencial, ella está entregada con todo su

ser a la situación enfermera-paciente. Esto implica una confirmación de la transacción intersubjetiva con todas las capacidades humanas de uno, que incluyen una respuesta a la realidad experimentada. (p. 39).

Por otro lado, la visión humanista del cuidado de Watson (2007) es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados enfermeros en los sistemas hospitalarios, el cuidado ha de adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día, es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones.

La doctora Jean Watson (1979), autora de la "Teoría del Cuidado Humano", sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Respecto al cuidado, Jean Watson plantea siete supuestos, que en forma generalizada plantea que el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, teniendo en cuenta las necesidades humanas, sociales e institucionales. Siguiendo el objetivo de promover la salud y crecimiento personal y familiar, y la satisfacción de necesidades, por tanto, propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente. Que la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa, por lo tanto, no se trata sólo de curar o medicar, sino que es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores Watson, elaboro su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera:

1. **Salud:** tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

2. **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

3. **Entorno:** Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

4. **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística y científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal.

Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro y es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Se puede categorizar los comportamientos que conforman al cuidado, y también su significado a la luz de la Teoría de Cuidado Humano de Watson de la siguiente manera:

Sentimientos del paciente: sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera- paciente (sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentir afecto, crecer como ser humano). De acuerdo con esto, el ejercicio profesional de la enfermería se soporta en diez elementos asistenciales, dos de ellos son la “Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos”, y el “Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás”.

Apoyo emocional: apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con

calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente. Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de Watson “Desarrollo de una relación de ayuda- confianza”.

Apoyo físico: componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor. Aquí los dos elementos asistenciales importantes son la “Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas” y la “Provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual”.

Características de la enfermera: comportamientos de cuidado que el paciente reconoce, caracterizando a la/él enfermera/o como, persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad, eficacia y cordialidad en la atención. Se podría decir que estos comportamientos de cuidado identifican a un profesional de enfermería genuino, acorde con la visión de Watson en su premisa 3 de la ciencia de la enfermería. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”.

Cuidado del hacer de la enfermera: hace referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue las indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo y muestra capacidad de liderazgo frente al grupo. En esta categoría se evidencia la acción de un/una enfermera/o, dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, correspondiente a “Cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias”.

Proactividad: definida como aquellos comportamientos del enfermero, que denotan atención anticipada al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna para el paciente y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre sus procedimientos. Para Watson la “Promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal” es un concepto importante

de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación, promoviendo actividades preventivas.

Priorizar al ser cuidado: hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Aquí se da importancia al cuidado “Transpersonal”, ya que, al mantener una relación transpersonal de cuidado, corresponde proteger, realizar y conservar la dignidad, humanidad, integridad y la armonía interior de la persona.

Empatía: hace referencia a todas aquellas actividades y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como: escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar, estableciéndose una relación calidad, agradable y cercana. El enfermero/a genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y, por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

Por último, haciendo referencia a los que postula Reyes, en su libro Fundamentos de Enfermería, con respecto al cuidado humanizado y enfermería, se puede concluir diciendo que:

El significado de la enfermería como acto humano está en el acto mismo; por lo tanto, para entenderlo, es necesario considerar a esta como un fenómeno que ocurre en el mundo real de las vivencias humanas (relación enfermera-paciente, enfermera-enfermera, enfermera-persona, enfermera-familia). (Reyes, 2015, párr. 5).

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio y estrategia metodológica

La metodología de ésta investigación es de tipo cualitativa, con un enfoque interpretativo y un corte transversal. Las técnicas cualitativas tienen su origen en las ciencias sociales e intentan comprender una determinada realidad social, rescatando las palabras de los actores, para reconocer sus percepciones y apreciaciones de esa realidad que los involucra, e intentando comprender la realidad dentro de un contexto dado, por tanto, no pueden fragmentarse, ni dividirse. Este enfoque interpretativo, busca la comprensión del problema, el significado de las acciones humanas y de la práctica social, motivo por el cual, el sujeto de investigación es interactivo, comunicativo, que comparte significados.

2. Población de estudio

La población está comprendida por los y las enfermeras (técnicos y licenciados) que trabajan en el Hospital Área Programa Choele Choel previo consentimiento informado.

Criterio de inclusión: Enfermeras/os que trabajen en los servicios de internación (Clínica Médica, UCI, Maternidad y Pediatría) y guardia del Hospital Área Programa Choele Choel y que acceda voluntariamente a la entrevista.

Criterios de exclusión: Enfermeros que no trabajen en los servicios de internación, ni en guardia.

2.1 Muestra

Se utiliza un muestreo no probabilístico, por conveniencia e intencional, debido a que los sujetos de la muestra no serán elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de una forma intencional. La selección de cada unidad o elemento del universo, se hará siguiendo un criterio estratégico, teniendo en cuenta; la voluntariedad de los sujetos y/o y el acceso a nuevos contactos a través de sujetos entrevistados previamente (muestreo tipo bola de nieve.). Las entrevistas se llevaron a cabo hasta que dejaron de aparecer nuevos conceptos y categorías, es decir, hasta que se alcanzó el nivel de saturación. El hospital cuenta con un total de 84 personales de

enfermería, cifra que representa el total del universo, llegando a la saturación en la entrevista nº 13.

3. Recolección de datos

Como instrumento de recolección de datos se diseñó una entrevista abierta, la cual permite a los entrevistados responder con sus propias palabras y de forma espontánea. Se partió de una o más de una pregunta clave, referida al tema.

Las entrevistas se realizaron, en el hospital, o bien en los domicilios particulares, según lo designaron las personas dispuestas a colaborar.

La entrevista se dividió en dos fases; la primera denominada de correspondencia, donde el encuentro con el entrevistado, la recopilación de datos y el registro, son la base para obtener la información de cada entrevista, durante la cual se realizó una grabación de la misma, previa autorización del entrevistado. Y la segunda, considerada de análisis, donde se transcribió y estudió con detenimiento cada entrevista y se asignó temas por categorías, para luego poder codificar de manera eficiente toda la información obtenida para su posterior análisis.

Prueba piloto:

Con el objeto de validar el instrumento de recolección de datos, este fue sometido a una prueba piloto que constó en la ejecución de la entrevista, al menos dos enfermeros, que se encuentren trabajando en un lugar diferente, que al de los sujetos en estudio.

La entrevista estará enfocada de la siguiente manera:

Considerando su postura como enfermera/o, describa;

- ¿Qué significa para usted “el cuidado humanizado” ?, ¿A través de qué acciones cree usted que se brinda un Cuidado Humanizado en Enfermería?

4. Análisis e interpretación de los datos

Con los datos obtenidos de las entrevistas ejecutadas en el presente trabajo, se realizó el análisis e interpretación de los mismos, utilizando la técnica denominada Análisis de contenido o codificación, considerando el marco teórico, y los antecedentes de la investigación, para darle significado a los datos obtenidos. El análisis de contenido se lo puede considerar como un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que,

basados en técnicas de medida cualitativas, (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes, es decir, que mediante esta técnica se convierten los fenómenos registrados en bruto, en datos que pueden ser tratados científicamente y construir con ellos un cuerpo de conocimiento.

CAPÍTULO IV

1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Con los datos obtenidos a partir de las 13 entrevistas realizadas, se realizó el análisis e interpretación de los mismos, utilizando la técnica denominada análisis de contenido o codificación, considerando el marco teórico, y los antecedentes de la investigación para darle significado a los datos obtenidos. El análisis de contenido se lo puede considerar como un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida cualitativas, (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes, es decir, que mediante esta técnica se convierten los fenómenos registrados en bruto, en datos que pueden ser tratados científicamente y construir con ellos un cuerpo de conocimiento.

Piñuel Raigada (2002) sostiene: este tipo de análisis lleva a suponer que el “contenido” está encerrado, guardado -e incluso a veces oculto-dentro de un “continente” (el documento físico, el texto registrado, etc.) y que analizando “por dentro” ese “continente”, se puede develar su contenido (su significado, o su sentido), de forma que una nueva “interpretación” tomando en cuenta los datos del análisis, permitiría un diagnóstico, es decir, un nuevo conocimiento (gnoscere “conocer”) a través de su penetración intelectual (p. 2)

Para dar comienzo al análisis de los datos hasta la interpretación de los mismos, se sigue los procedimientos analíticos del modelo de investigación elegido.

De acuerdo con aquellos planteamientos se puede entender que un análisis de contenido incluiría necesariamente los siguientes pasos:

- a) Selección de la comunicación que será estudiada;
- b) Selección de las categorías que se utilizarán;
- c) Selección de las unidades de análisis, y
- d) Selección del sistema de recuento o de medida.

Para el análisis e interpretación de los datos obtenidos, por medio de las entrevistas abiertas llevadas a cabo a los y las enfermeras (técnicos y licenciados)

que trabajan en el Hospital Área Programa Choele Choel, se inició con la lectura repetida y en profundidad de cada una de ellas, de acuerdo, a la técnica que propone el análisis de contenido. Con la misma, se extrajeron aquellos datos que representan una significación relevante relacionado con el objetivo del estudio.

Seguidamente, se comenzó con el proceso de codificación propiamente dicho, donde se identificaron párrafos y frases que se establecieron como significativas para lograr alcanzar relaciones del contenido.

La realidad del cuidado humanizado que tiene el colectivo de enfermeras, está caracterizada y condicionado por una variedad de determinantes sociales, que como decía Araya Umaña (2012), permiten reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Pero, además, nos aproxima a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos.

“De lo anterior se deriva la importancia de conocer, desentrañar y cuestionar el núcleo figurativo de una RS alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues ello constituye un paso significativo para la modificación de una representación y por ende de una práctica social. (Banchs, 1991)”. Araya Umaña, 2012. p.12)

Es decir, que la posición que tenga cada enfermera/o en la sociedad, determinará el tipo de relación y posición ante los sujetos del cuidado y sus familiares.

El análisis de los datos, quedo conformado por cuatro categorías que definen: el **“significado que se le atribuye al cuidado humanizado”**; **“intervenciones desde donde se brinda el cuidado”**; la **“comunicación”** y **“sentimientos y valores”**, cada uno de ellas con las dimensiones que se detallan en el cuadro, según la perspectiva de los y las enfermeras (técnicos y licenciados) que trabajan en el Hospital Área Programa Choele Choel.

A los fines de comprender el contenido de los datos y facilitar su interpretación, se presentan las categorías y dimensiones en el siguiente cuadro:

Representación social del cuidado humanizado que tienen las Enfermeras/os, del Hospital Área Programa Choele Choel, durante el período 2019.

CATEGORÍAS	DIMENSIONES
SIGNIFICADO QUE SE LE ATRIBUYE AL CUIDADO HUMANIZADO	<ul style="list-style-type: none"> • Holismo • Satisfacción de necesidades • Ayuda
INTERVENCIONES DESDE DONDE SE BRINDA EL CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de indicaciones médicas. • Educación • Situación y estado del paciente • Suplencia de necesidades desde lo físico y emocional
COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción con el sujeto de cuidado • Interacción con sujeto de cuidado-familia
SENTIMIENTOS Y VALORES	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Respeto • Satisfacción • Afecto • Comprensión

Los cuidados humanizados de enfermería, se pueden definir, como el conjunto de acciones basadas en el conocimiento científico y principios bioéticos que brinda la enfermera(o) al paciente que temporal o indefinidamente lo requiere para satisfacer sus necesidades de una manera holística (bio-psico-social y espiritual).

El cuidado del ser humano representa la esencia de la práctica de enfermería, por lo tanto, para Watson el objetivo de enfermería consiste “en facilitar la consecución a la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana”

Watson (1979) se apoya en siete supuestos básicos que identifican el cuidado como esencial a la práctica de enfermería y como complemento a la ciencia de la cura. Sus supuestos teóricos establecen que el cuidado efectivo promueve la salud

y el crecimiento individual y familiar, y que solo puede ser practicado de forma interpersonal:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería.

A continuación, se presenta la categoría **SIGNIFICADO QUE SE LE ATRIBUYE AL CUIDADO HUMANIZADO**, la cual hace referencia, a través, de la descripción de los relatos, al imaginario que tienen los y las enfermeras (técnicos y licenciados) que trabajan en el Hospital Área Programa Choele Choel de lo que es el cuidado humanizado:

SIGNIFICADO QUE SE LE ATRIBUYE AL CUIDADO HUMANIZADO:

El significado que uno le da a una cosa, a algo en particular, depende de varios factores que, a lo largo de nuestras vidas, van influyendo en el modo de pensar, sentir y actuar. En enfermería el significado que tienen las/os enfermeras/os, respecto al cuidado humanizado, es importante debido a que, dependiendo de éste, se llevarán a cabo cuidados de una u otra manera. En los entrevistados, las formas en que describen y conceptualizan el cuidado humanizado, reflejaron significados que van desde el concepto de holismo, satisfacciones de necesidades y la relación de ayuda.

En esta categoría se facilitó la interpretación de los discursos, por medio del desarrollo de tres dimensiones.

Holísmo:

El holismo forma parte de la concepción y desarrollo de múltiples ciencias como la medicina y la enfermería. La palabra holismo tiene sus orígenes en el vocablo griego holikós que significa “todo, íntegro y/o completo”. Por tanto, el cuidado tendrá un significado más amplio, que la aplicación correcta de una técnica o procedimiento.

Cuidar a una persona bajo el paradigma holístico significa atenderla en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, entre otros, así como en su interrelación con el entorno.

Así mismo, diversos estudios de Sakis y Skoner afirman que el abordaje holístico en enfermería se evidenció en la década de 1980 cuando el concepto holismo se relacionó con otros términos. como: bio-físico-social, una función integral y total del individuo. Ante esta forma de percibir la disciplina, Peplau (1988) consideró que el individuo debe ser visto como un ser bio-psico-social-espiritual, dotado de creencias, costumbres, usos y modos de vida que son determinados por una cultura y ambiente diversificado.

Las relaciones interpersonales enfermera-paciente, son la base de la disciplina de enfermería, para garantizar un cuidado holístico en cada individuo, teniendo en cuenta un compromiso moral, a través de valores de respeto hacia la dignidad de la vida, contribuyendo a mejorar la calidad de las personas.

La presente dimensión comprende todas aquellas características que fueron mencionadas, por los y las enfermeras, en relación al significado que le dan al cuidado humanizado.

A continuación, se presentan los relatos en relación a esta dimensión:

- *es el que podemos brindar a las personas teniendo en cuenta a la persona como ser integral..., los pacientes son alguien que tienen sentimientos como yo... (entrevista 3)*

- *...brindar la mejor atención posible a las personas teniendo en cuenta varios factores..., no solamente la enfermedad por la que transita sino también lo emocional, lo sensitivo, que va abarcar a la persona en ese momento y a su familia, tener en cuenta todo el entorno. (entrevista 4)*

- *...es un cuidado con mucha dedicación, mucho amor mucha paciencia, es un cuidado de tipo familiar..., donde uno le brinda contención, cariño, preocupándose por su comodidad más allá de los procedimientos que uno deber realizar para cumplir con el tratamiento indicado, hay que considerar todo. (entrevista 5)*

- *...tratar a paciente con educación y tomar en cuenta su cultura, no discriminar nunca, tomar en cuenta su dolor físico..., ver al ser humano como un ser holístico, teniendo en cuenta todo lo que rodea al ser humano, su cultura su entorno, todo... (entrevista 6)*

- *... la persona que está enferma no solo es una enfermedad..., que atrás de una persona hay sentimientos hay un momento que está pasando, por situaciones sentimental, hay una parte social, familiar, económica..., es hablar en conceptos a nivel general, a nivel global, no solamente a la persona en la enfermedad. (entrevista 8)*

- *... ocuparse del otro..., desde el ingreso del usuario en todos los aspectos..., ver su entorno social, su familia... (entrevista 12)*

- *...es aquel que se brinda teniendo en cuenta al paciente y a todo su entorno..., sus preferencias que van a depender de sus creencias y cultura, teniendo en cuenta la opinión de la familia con respecto a los procedimientos. (entrevista 13)*

Satisfacción de necesidades:

En esta dimensión, el cuidado humanizado resulta de la satisfacción de necesidades, según los enfermeros/as entrevistados.

El cuidado, como objeto de estudio de enfermería, está orientado a la satisfacción de necesidades de salud y enfermedades de las personas, considerando distintos aspectos para que éste resulte integral, tales como, incluir la familia, aspectos culturales, emocionales, espirituales y sociales, vinculando al entorno familiar y personal del cuál provienen las personas. Estas consideraciones, acercan, al quehacer diario de enfermería hacia un cuidado más humanizado, ya que se considera al sujeto de cuidado, como alguien único y con necesidades únicas, independientemente de las patologías.

A continuación, se describen los relatos relacionados a la satisfacción de necesidades, a partir de las cuales, se le da un significado al cuidado humanizado:

- *...es suplir aquello como caritativo, o sea como humano, sería la necesidad de satisfacer necesidades desde lo que conocemos nosotros. (entrevista 2)*
- *... a mirarle el confort..., nosotros tratamos de suplir la necesidad como enfermero, para que se sienta humanamente satisfecho en el cuidado. (entrevista 1)*
- *...es un cuidado personalizado, donde se tiene en cuenta..., las necesidades del paciente, como calmar el dolor..., colaborar, apoyar, darle acompañamiento y educación también... (entrevista 7)*
- *El cuidado humanizado tiene que ser el trabajo a conciencia y teniendo siempre presente..., las necesidades del paciente en general. (entrevista 9)*
- *...no haciendo solo lo que se nos indican hacer, sino haciendo un poco más, acompañándolo en su internación, u ocuparse de ver que otras necesidades tiene el paciente aparte del tratamiento médico. (entrevista 11)*

Ayuda:

La ayuda no es, en sí, una intervención en la enfermería, sino que es la esencia de la misma, de la cual se inician el resto de cuidados.

La acción de ayudar en enfermería consiste en realizar todas aquellas acciones que el usuario no puede llevar a cabo por sí solo en un momento determinado de su vida, cuyas acciones preservan la vida, fomentando en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del usuario.

El relato referente a esta dimensión, dice lo siguiente:

- *... es muy importante por la profesión que elegimos..., es una acción muy importante que le estamos brindando a la otra persona..., desde que elegimos esta profesión, lo que haces es para ayudar a la otra persona desde donde lo mires. (entrevista 10)*

Análisis de la categoría:

Concluida la lectura e interpretación de los relatos que componen la categoría con sus dimensiones, se puede visualizar que el significado que le atribuyen, las/os enfermeras/os, al cuidado humanizado, presentan diferencias entre sí.

En la primera dimensión, pensado el cuidado desde el holismo, las concepciones que tienen las/os enfermeras/os, se acerca más a lo que plantea Watson, ya que caracterizan al cuidado humanizado como, una atención integral y holística, donde se considera la cultura, creencias, cultura, la familia, el entorno social, los sentimientos, preferencias y opiniones, de las personas a quienes cuidan. Aquí, el significado de cuidado humanizado adquiere el valor realmente importante que en sí mismo tiene, puesto que, al considerar que el sujeto de cuidado es un ser integral, y que como tal, así merece ser cuidado, deja claro que se reconoce a la persona como un ser único, en la que es preciso abordar mente, cuerpo y espíritu, considerando además la influencia del entorno del cual proviene el sujeto (familia, cultura y creencias, comunidad, etc.) y poder llevar así el proceso de cuidado.

En la segunda dimensión, en tanto, la concepción del cuidado humanizado, toma significado, a partir de la satisfacción de las necesidades de las personas, donde el cuidado de enfermería, en este sentido, debe estar destinado a la satisfacción de necesidades humanas, de forma integrativa y holística, de modo que abarque los

diferentes estratos de necesidades, teniendo en cuenta cuerpo, mente y espíritu. Sin embargo, a pesar de que se menciona el holismo en los relatos, se observa que las necesidades parecieran que surge solo como carencias o problemas que requieren ser resueltos, por lo que no se reconoce a las mismas desde sus potencialidades que lo llevarían a un cuidado humanizado. Se observan, mayoritariamente, que las/os enfermeras/os brindan cuidados, centrándose en necesidades biológicas, con la idea primitiva de enfermería relacionada con la caridad, con intervenciones que son delegadas y que hacen a la práctica de enfermería, dependiente de un modelo biomédico.

Siguiendo este sentido, el significado real del cuidado humanizado no llega a ser completa, cuando en los relatos se refieren a él, como una relación de ayuda. La ayuda, por el acto mismo de ayudar, no se considera un cuidado humanizado, sino que se refiere más a que enfermería actúa de una manera cooperativa con el sujeto de cuidado, lo que podría o no asegurar la humanización del cuidado. Si bien, toda intervención de enfermería surge como un acto de ayuda hacia el otro, al ayudar, los cuidados, deben corresponder a las necesidades del usuario de manera integral y holística, y así, el cuidado humanizado lograría brindarse.

Finalizando entonces, se destaca que no se encuentra un concepto único de cuidado, pero, hay una orientación en común, hacia la búsqueda de bienestar y la resolución de problemas del usuario, donde una parte incluye aspectos humanitarios y la otra no hace mención al respecto, sino que el significado de cuidado humanizado, toma un sentido más técnico y solo hacia lo biológico.

Faltaría analizar más adelante, si la concepción que se tiene del cuidado humanizado, se correlaciona con las intervenciones que enfermería realiza durante el proceso de cuidado.

INTERVENCIONES DESDE DONDE SE BRINDA EL CUIDADO

En enfermería, las intervenciones se deben aplicar de forma integral mediante, un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad, con el objetivo de contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado e incluyendo la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de las enfermedades. Sin

embargo, las intervenciones están ligadas a los supuestos básicos que subyacen en relación al cuidado que cada enfermera/o tiene.

En las intervenciones desde donde se brinda el cuidado, se vieron reflejados en las respuestas que las/os enfermera/os dieron durante la entrevista y se destacaron elementos que los caracterizan, tales como cumplimiento de indicaciones médicas, educación, situación o estado del paciente y suplencia de las necesidades desde lo físico y emocional.

Cumplimiento de indicaciones médicas:

Las funciones dependientes de enfermería, son aquellas acciones que se realizan por delegación de otros profesionales, principalmente por el personal médico. El cumplimiento de indicaciones médicas, es una de las funciones dependientes que enfermería debe cumplir, y entre ellas se pueden mencionar; la administración de medicamentos, toma de muestras, oxigenoterapia, etc. Su correcto desarrollo implica el aseguramiento de la calidad en el cuidado de los pacientes, donde, la enfermera no solo se enfoca en la atención directa del usuario, sino que además dirige sus actos hacia otras actividades, de acuerdo con sus conocimientos, juicios y habilidades, con la intención de desempeñarse de manera eficaz a nivel profesional. Es decir, que el cumplimiento de indicaciones médicas, si bien son una parte importante y frecuente que lleva a cabo enfermería, esta actividad no permite cubrir, por sí sola, todas las necesidades del usuario, sino que forma parte, de una de las tantas intervenciones y cuidados que el paciente requiere.

El relato referente a esta dimensión, dice lo siguiente:

- *...cumpliendo el tratamiento médico indicado, después higiene y confort... (entrevista 1)*

Educación:

Para que el cuidado que brinda enfermería sea efectivo, éste debe, promover la salud y el crecimiento individual y familiar, de forma interpersonal. En las relaciones interpersonales se considera a la comunicación, un elemento fundamental, mediante el cual la enfermera podrá brindarle educación precisa y oportuna al

usuario y a su familia, acerca de su estado de salud, los cuidados a brindar, la situación de hospitalización, su evolución y respondiendo preguntas sobre lo que el usuario y su familia necesiten saber y entender. La función educadora de la enfermera se considera una parte integral de los cuidados de enfermería de calidad.

El objetivo de la educación en enfermería, en principio, es detectar las necesidades de aprendizaje en el sujeto de cuidado, para luego, mediante la educación para la salud y/o educación para el autocuidado, mejorar la salud, disminuir los riesgos a enfermar, y promover la mejor calidad de vida de las personas, a partir del desarrollo de conductas que permitan un cuidado personal óptimo.

A continuación, se presentan los relatos que reflejan acciones en las que se brinda educación:

- *...va en como uno puede comunicarse con las personas..., nosotras como enfermeras estamos capacitadas para poder brindarle información..., lo que nosotros vamos a realizar, de los procedimientos, de los riesgos..., nosotras estudiamos y tenemos conocimientos de ciertas cosas, entonces si yo voy a aplicar una medicación le explico el procedimiento, las reacciones adversas que puede llegar a tener, cosa de preparar al paciente por si le llegará a pasar algo no se asusten, sino que ya lo sepan de antemano, cosa que disminuya ese miedo. (entrevista 3)*

- *La contención es una buena herramienta que se utiliza para las personas, tratar de disminuir sus temores, sus miedos, brindarle un buen tratamiento, explicarles..., uno trata de explicar para que sirve cada cosa, cuales son los efectos que va a producir...y es una muy buena manera de contención..., Estar al tanto de que, sí los pacientes están cómodos o no, de modo que entre todos podamos actuar y calmar o solucionar la situación. (entrevista 4)*

Situación y estado del paciente:

En esta dimensión las enfermeras/os describen las actividades y cuidados, a través de las cuales, creen brindar cuidados humanizados según el tipo de

patología o situaciones particulares de salud por la que están atravesando los usuarios. El cuidado humanizado incluye variados detalles que pueden ser percibidos en forma diferente por enfermeras/os, por este motivo, para algunos de ellos puede no revestir importancia realizar ciertas acciones o tener determinados gestos para el paciente y su familia. Esta situación, es una de las diferencias que hace que un enfermero brinde cuidados diferentes a otros.

Los enfermeros/as cuentan a través de sus relatos, los cuidados humanizados que brindan en su quehacer diario:

- *Una persona que no se puede higienizar y la higienizamos..., una persona que le falta un brazo para comer, suplimos esa necesidad de ayudarlo a comer..., Por ejemplo, rotar una paciente que tiene un ACV, con una hemiplejía o que esta postrado en cama que no se puede rotar, lo rotamos para que no se escare. (entrevista 2)*

- *... va a depender del tipo de paciente, si estas cuidando a un paciente oncológico, ahí es donde se va a tener que tener mucha paciencia, respeto hacia el otro, para brindarle un mejor cuidado en esta patología terminal..., se brinda especialmente en los pacientes oncológicos terminales. (entrevista 5)*

- *... suplir las necesidades de la paciente, que se presenten en esos momentos. Estar y apoyarla en ese momento del parto, en el momento de que está con su bebé, darle educación ..., A esas necesidades me refiero, además, si quieren un televisor le ponemos un televisor, ayudarla a levantarse, dejar un acompañante..., se respeta la privacidad del paciente del al lado... (entrevista 7)*

Suplencia de necesidades desde lo físico y emocional:

Una de las preocupaciones básicas de la enfermería ha sido siempre el cuidado de las necesidades físicas de las personas, sin embargo, el cuidado que debe brindar enfermería, desde la perspectiva de la situación humana, es ver más allá del simple cuidado físico, más allá de la simple clasificación de hombre como

organismo biopsicosocial. El cuidado se centra en el ser y en su situación, ya que, cuando las funciones corporales de una persona cambian durante la enfermedad, el mundo y su mundo cambian para él.

Las enfermeras ayudan a suplir los déficits de cuidado con la obligación de velar por la calidad de las intervenciones. Su participación, basada en interacciones con los pacientes, tiene según teóricos como Watson, condicionamientos y requisitos que deben ser considerados para la detección y satisfacción de necesidades exitosas. La forma de interacción que se establezca puede tener influencia en el éxito o fracaso del tratamiento, en la aceptación o rechazo por el paciente de las medidas de prevención y terapia para recuperar la salud y el bienestar y en la satisfacción del paciente en donde lo emocional, también, cobra igual importancia que la suplencia de necesidades físicas.

A continuación, se presentan los relatos en relación a esta dimensión:

- *...Al paciente si vos lo dejás solo, no tiene quien lo ayude, quien lo acompañe, quien lo contenga, quien hable y eso produce angustia en el paciente..., los pacientes oncológicos..., y los pacientes que no tienen familiares, no tienen más apoyo que el que le brinda enfermería... (entrevista 5)*
- *El hecho de tratarlos y cuidarlos humanamente hace que la persona confíe en vos..., porque yo puedo hacer la técnica mejor, pero si ni siquiera le dije, buen día, cómo esta, cómo se siente. No tiene sentido para nada, igual a la persona que la acompaña, hay que tener respeto... (entrevista 8)*
- *A mí, me pasa que a veces hay pacientes cardiológicos, que están semi sentados con monitor y mi cuidado va en hacerle tratamiento cardiológico y estar atentos a un dolor..., el paciente está en una cama, boca arriba, entonces lo humanizado está en prenderle la tv, la radio o le acerco una revista o charlemos, y eso hace que el paciente se sienta un poco mejor. (entrevista 2)*

- *El hecho de que vos le des ánimo, hables de forma positiva..., ayuda a que la persona cambie su pensamiento..., si uno está bien, el sistema inmunológico se refuerza y la recuperación es mejor. (entrevista 3)*
- *...cuando vemos al paciente, él está agradecido por el trato que se le dio y sin duda esa buena atención influye en el ánimo y salud el paciente. (entrevista 4)*
- *Si uno se interesa en las personas, lo ve como un todo..., y trata de brindarle todo lo que ella necesita, y se va a mejorar más rápido... (entrevista 6)*
- *...si el paciente se siente a gusto y se va sentir mejor y va a mejorar más rápido. Que la familia este acompañando también va contribuir la mejoría... (entrevista 7)*
- *...si un paciente está internado y está pasando mal, no solo con su enfermedad, y, sino no recibe un buen trato, no va a tener una mejoría, y en cambio sí se siente bien atendido, eso hace que se sienta mejor y eso influye en la salud. (entrevista 11)*
- *Había una mamá adolescente que ingreso por servicio social con su nena que tenía una patología complicada..., Nosotras hacíamos el tratamiento control y listo, y un día nos miramos y dijimos..., que tal si bajamos eso de andar corriendo por toda la sala y miremos a esta nena que hacía rato que estaba. Y el beneficio fue con 5 minutos, 10 minutos, vamos a sentarla, vamos a estimularla, vamos a enseñar a la mamá adolescente, decirle a la madre, mientras nosotras hacemos esto, vos báñate. (entrevista 12)*
- *... la gente está enferma y si uno la trata mal eso no favorece su recuperación, y sobre todo si es un paciente solo, el mal trato, la indiferencia, eso lo deprime y eso no está bueno que pase..., Acá ha habido muchas personas que han muerto solas, sin familiares a su lado, por eso en esos*

casos, está bueno que uno como cuidador, tenga compasión y tratar de acompañar a esas personas lo más que pueda... (entrevista 13)

Análisis de la categoría:

Las dimensiones de esta categoría se presentan conectadas entre sí, por un objetivo en común, relacionado a dar respuestas a las necesidades de cuidado humanizado que tienen las personas, y que conjuntamente representan algunas de las características propias del cuidado de enfermería.

Como aspecto positivo se valora la educación, como una forma de transmitir conocimientos a los usuarios y su familia, ya que, independientemente de la unidad en la que se encuentre internado el sujeto de cuidado, se observó que existe la necesidad de conocimiento/información tanto, en el usuario, como en sus familiares. Para Watson la “Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal” es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación. Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de resolución de problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas, lo que contribuirá claramente a realizar un trabajo, también de prevención.

Otra característica positiva de los cuidados, es aquello referido a lo emocional. En los cuidados humanizados, según los relatos, además de fundamentarse en los aspectos físico del sujeto de cuidado, se valora de igual forma, los aspectos emocionales de las personas. Se entiende que la enfermedad en sí misma, genera alteraciones en el estado anímico del usuario y que, si se recibe apoyo en ese sentido, los beneficios recaen no solo en un mejor estado emocional, sino que también, en el físico. El sentimiento de bienestar, es considerado para los entrevistados, como una necesidad que requiere ser satisfecha en los usuarios, dado que, de no llevarse a cabo, deviene en las personas, un estado emocional negativo, caracterizados como; *angustia, depresión, miedo, enojo*, etc. También se menciona la necesidad de brindar *acompañamiento, apoyo, contención, escucha y respeto*, como cuestiones necesarias para brindar un cuidado humanizado, y que, como consecuencia el usuario, *se sienta bien*. Es decir, se considera que,

brindando un cuidado humanizado a través del buen trato, se conseguirá un buen estado anímico, que indirectamente, contribuirá a la mejoría física del usuario, o tener una muerte digna, en personas con enfermedades terminales.

Por otro lado, se destaca la percepción que tienen algunos entrevistado, al dejar entender que un cuidado humanizado, es aquel que surge con el cumplimiento de múltiples tareas rutinarias y que solo se basa en el cumplimiento de indicaciones médicas, o en los cuidados a partir de las patologías, cuando en realidad, el cuidado humano debiera estar basado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, de una forma integral y holística, teniendo en cuenta cuerpo, mente y espíritu, viéndolas, entonces, como un ser bio-psico-social y con una visión humanística. Por lo tanto, los cuidados a través de actividades rutinarias, por si solos, no hacen al cuidado humanizado, sino que son una parte, de todos los cuidados que enfermería brinda y debe brindar a los sujetos de cuidado.

En los relatos, también, se aprecia, la ausencia de aspectos culturales en el cuidado que describen los entrevistados. En este sentido, Leininger, a través de su teoría sobre los cuidados transculturales, da a conocer la importancia de incorporar al acto de cuidar, los aspectos culturales en el que está inmerso el sujeto de cuidado, sin embargo, ninguno de los entrevistados lo menciona o hace pensar que los toma en cuenta a la hora de brindar cuidados.

Finalizando, se destaca el uso reiterado del término “paciente”, por parte de los entrevistados, en ésta y las otras categorías. Actualmente y sobre todo a partir de los avances de la disciplina enfermera, este terminó busca ser reemplazado por “usuario”, puesto que, la palabra “paciente” alude a una persona pasiva, que no se involucra y actúa en favor de su propio cuidado, sino que se mantiene en una actitud relajada y tolerante. Seguir utilizando esa terminología hace pensar que las/os enfermeras/os ponen a sus sujetos de cuidado, en una posición subalterna, o bien, que no se tiene el suficiente conocimiento acerca de las nuevas miradas en la disciplina enfermera, que acercan a cada enfermera/o a tener una mirada más humanística en el cuidado y con un compromiso real que permite reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser actor de su propia salud.

COMUNICACIÓN

Una de las claves de la enfermería es, lograr una buena comunicación con los usuarios, sus familiares y el resto de profesionales sanitarios, puesto que se trata de un componente básico y fundamental dentro de la disciplina enfermera. Las/os enfermeras/os deben saber escuchar para luego poder entender al usuario, por lo que, obtener una comunicación óptima supone mejorar la calidad de vida y satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares. La relación que pueda llegar a lograr enfermería y el sujeto de cuidado, dependerá de la interacción y comunicación que ambos mantengan, durante el proceso de cuidado.

Esta categoría contiene las respuestas que surgieron en las entrevistas respecto a la interacción que, según, las/os enfermeras/os mantienen con los sujetos de cuidado y sus familiares:

Interacción con el sujeto de cuidado:

La relación entre enfermera-paciente, hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. La enfermera/o genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación interpersonal. La comunicación efectiva requiere de una conversación en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada.

Las enfermeras/os cuentan sus experiencias y como perciben la interacción con el sujeto de cuidado, en los siguientes relatos:

- *Yo trato de tener una buena relación, trato al paciente como un igual, en el dolor voy a estar con él, si necesita dialogar, voy hablar con él..., Supliendo todo, en ese sentido es el trato..., no hay mucho contacto con la familia. Con el paciente si, con la familia no tanto... (entrevista 1)*

- *...preguntando como esta, o que le molesta o si necesita algo que no nos damos cuenta, no haciendo solo lo que se nos indican hacer..., ocuparse de ver que otras necesidades tiene el paciente aparte del tratamiento*

médico..., igual no soy de involucrame mucho con ellos, por eso no llevo a formar una relación de confianza... (entrevista 11)

- *... tenés que saber que no solo estas en la posición de enfermera, que también escuchas, no solo hacemos el tratamiento, los controles y nos vamos, no ..., Para mí el familiar pasa a segundo lugar, está bien, uno los respeta, pero a mí me importa el paciente, contenerlo a él. (entrevista 10)*

Interacción con el sujeto de cuidado-familia:

La comunicación eficaz se considera una herramienta fundamental para el cuidado integral, humanizado y de calidad, que permite reconocer las necesidades del paciente y constituye un refuerzo para la relación enfermera-paciente-familia.

Cada enfermera/o debe reconocer que el proceso de comunicación terapéutica convendrá desarrollarse de forma transversal en el cuidado, fundamentado en el propio conocimiento, la relación de ayuda y escucha activa, tanto, con el sujeto de cuidado, como con su familia. Esta escucha es esencial porque pretende devolver a los miembros de la familia su estabilidad emocional y cohesionarla como elemento terapéutico que contribuye a aliviar el sufrimiento de las personas y acompañarlas en el proceso de su enfermedad.

La comunicación entre la enfermera-paciente-familia, está determinada entre otros factores, por la unidad en la que se produce el contacto. En un servicio de urgencias estará condicionada por características particulares, porque se trata de un contacto breve, con un elevado grado de ansiedad en el entorno y que generalmente se desconocen los aspectos psicosociales del usuario. Además, éste, necesita ser atendido con prontitud, y en ocasiones, la mayoría de los esfuerzos de las/os enfermeras/os se encaminan hacia la agilidad en procedimientos técnicos debido a la inmediatez impuesta por el servicio.

En una UCI los miembros de la familia están sometidos a una situación difícil, ya que, por su complejidad tanto los pacientes como sus familias presentan alteraciones emocionales como ansiedad, estrés, depresión, etc. Además, se suelen desarrollar sentimientos de falta de control en sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas por ellos las relacionadas con la información y seguridad.

Sea cual fuera la unidad donde se halle el paciente, la experiencia implica en el familiar cambios en los hábitos de alimentación, descanso, sueño y las tareas de la vida cotidiana, dados por el tiempo de permanencia en la institución y por la carga e impacto emocional que implica la situación, ellos se encuentran con miedo, solos y sienten la necesidad de comunicarse con los demás expresando de una u otra forma como se sienten. Es en este punto en donde enfermería sirve de apoyo a la familia como una forma de que ellos se sientan más seguros, confiados y puedan colaborar más efectivamente con la recuperación de su ser querido. Al mismo tiempo, la falta de comunicación brindada por el personal sanitario hace que se incrementen de forma significativa síntomas como ira, confusión, preocupación, ansiedad, incertidumbre, frustración, depresión, abandono, entre otros, tanto en el sujeto de cuidado, como en sus familiares.

A continuación, se presentan los relatos de las enfermeras/os que hacen hincapié en esta categoría:

- *...La interacción y relación con la familia es corta, por lo general la familia entra en un horario y por ahí es en ese horario que más ocupados estamos, así que por ahí nos preguntan una cosa y contestamos lo que está a nuestro alcance..., el trato con el paciente es distinto porque estamos las 24hs con ellos. (entrevista 2)*

- *... lo que trato de hacer es, darle tranquilidad. Porque es un momento especial por lo que está pasando, ya sea por patología, cirugía, por estudio, por lo que sea que está internada..., entonces uno tiene que tratar de ponerse en el lugar de otro. Con la familia es igual, uno trata de ser comprensivo, de darle toda la información necesaria, de no apartarla del paciente, porque ellos necesitan tener un ser querido cerca, porque eso también ayuda a que se sientan mejor... (entrevista 3)*

- *.... las interacciones con los usuarios han sido buenas..., yo soy accesible y no tengo problema en hablar con las personas y relacionarme con ellas, para tranquilizarlas y ponerme en el lugar de las familias y del paciente, porque están pasando por un mal momento, así que a mí no me cuesta relacionarme ni con la familia, ni con el paciente... (entrevista 4)*

- *La interacción que tengo con los pacientes es práctica, espontánea y rápida..., excepto en las personas que vienen en reiteradas veces, ahí se puede entablar una relación un poco más cercana con los usuarios, se trata de buscar las necesidades más cercanas que tengan que ser satisfechas en ese momento, pero sin tener tiempo de conocer mucho más al paciente, o relacionarte con él para brindarle otro tipo de atención y mucho menos con la familia. (entrevista 5)*

- *Mantengo mucha relación con el paciente y su familia, porque nosotros vemos a la persona, a la familia y a la comunidad, entonces vemos todo relacionado, el ser humano no puede estar separado de su familia, y en ese sentido se debe tener todo en cuenta para cuidar al paciente, sin dejar de lado a la familia. (entrevista 6)*

- *... Cuando le enseñamos a los pacientes, concierne a la internación, te estas comunicando, estas entablando una relación, estas con una conexión con la paciente..., Con la familia la relación es buena..., en el momento del parto, tratamos de que la familia conozca al bebé para que después, la madre pueda estar a solas con su bebé..., Y la familia por ahí no se da cuenta de eso..., por ahí con las visitas, sobre todo cuando vienen de lejos, somos permisivos y siempre los dejamos entrar. (entrevista 7)*

- *La relación que tengo con los pacientes es bastante fluida..., por ahí me ha tocado atender gente de otra localidad y he tratado de considerar por la distancia y el gasto que tienen, de brindar lo que le falta, como un camisón, cosas personales, prestarle nuestro celular para que haga alguna llamada, conseguimos vasos, agua mineral, lo que fuera necesario..., Una vez hicimos una vaquita para pagarle un taxi. Fuera de eso, creo que mi relación es tratar de tener nuestra afinidad, porque nosotros cuidamos a la paciente, a la persona que nos toca atender, pero también considerar a la otra persona con quien está, que es el acompañante..., la comunicación que tenemos con los pacientes y la familia es muy buena en general... (entrevista 8)*

- *El trato por supuesto, es mediante la consigna clara..., uno tiene que poner ciertos límites..., dejas en claro al paciente, que hasta acá puede llegar... Con respecto a la relación con la familia del paciente..., no me gusta el amontonamiento en la internación, porque vienen de la calle y traen 50 mil cosas, pero también entiendo la situación, por ejemplo, entiendo que cuando el paciente está en estado terminal tiene que estar con la familia y entonces ahí no cuestiono... (entrevista 9)*

- *En general siento que logro tener una buena relación con el paciente, al menos yo trato de que sea así, y es lo que más me lleva de enfermería. El tiempo siempre uno lo tiene, por ejemplo, cuando vas hacer los controles es cuando más hablas con el paciente te relacionas con él..., y con la familia, yo me comunico para brindarle la información, primero le acerco la rutina nuestra, le explico cómo nos manejamos en el piso y como es el tratamiento que se le da al paciente y después ser accesible a toda pregunta ... (entrevista 12)*

- *... la relación para mí es buena, yo siempre trato de estar pendiente del paciente y de su familia, y para saber cómo están, que necesitan, hay que tener una buena comunicación, un acercamiento, hablar y relacionarse con ellos constantemente..., Por ahí hay personas que no se animan a preguntarles cosas al médico, entonces la enfermera es la que tiene que cumplir ese rol de mediador o de intercomunicador, pero, sino hablamos con el paciente, con su familia, no vamos a saber nada de lo que le pasa a esa persona, por eso es importante para mí acercarse al paciente y crear una relación de confianza..., Y lo mismo con su familia... (entrevista 13)*

Análisis de la categoría:

Se observan dos tipos de relaciones entre enfermero, pacientes y familiares. En una de ellas las/os enfermeras/os logran formar, una relación solo con el sujeto de cuidado, caracterizada y centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Se podría pensar que los entrevistados manifiestan ciertas preferencias para la

atención exclusiva a los pacientes, y se desestima la importancia del familiar en el plan de cuidado que brindan en el hospital.

A partir de la interacción con el usuario, se observa que los entrevistados, logran llevar adelante una relación que se caracteriza por ser efectiva, la cual se lleva a cabo, mediante el acompañamiento y el diálogo, según sus relatos.

Por otra parte, en la segunda dimensión de esta categoría, se evidencia la acción de las/os enfermeras/os, dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, correspondiente a un cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento y acciones de cuidado. Se observa que algunas enfermeras/os, realizan esfuerzos para lograr cumplimentar, mediante las intervenciones e interacciones, una relación interpersonal con el usuario y su familia. Se destaca actitudes positivas que reflejan; accesibilidad a la comunicación, empatía, comprensión, ayuda, y proactividad.

También aparece, la vocación, como una forma que contribuye positivamente a que enfermería logre esa relación cercana y necesaria al momento de brindar cuidados. Al decir, *tener una buena relación con el paciente... es lo que más me lleva de enfermería*, se está diciendo que la relación con el otro resulta lo más importante en el acto de cuidar, y es eso, en parte, lo que hace a una enfermera, humana con el otro.

Surgen también, obstáculos que impiden una interacción, lo suficientemente cercana para poder lograr algún tipo de relación con los usuarios y/o los familiares. Por un lado, se observó relaciones que no logran afianzarse, debido a la falta de predisposición del enfermero para interaccionar con el otro. Aquí los factores influyentes, tienen que ver con la personalidad o actitud, tiempo y compromiso del enfermero, para con su sujeto de cuidado y la importancia que le da este, a su crecimiento como profesional. Aquí se destaca la actitud introvertida del entrevistado, como una situación que dificulta la fluidez necesaria para entablar cualquier acto de comunicación.

Además, se desataca en esta segunda dimensión, el poner límites, como una forma actitudinal que no contribuyen y crea una barrera entre enfermero-paciente y familia, la cual claramente impedirá que se produzca cualquier tipo de relación positiva entre ellos, alterando el proceso de cuidado de enfermería. Ante la ausencia de interacción humana o el trato frío e impersonal, no es posible realizar

ni controlar las intervenciones de cuidado del usuario y, mucho menos, comunicarnos con los mismos. También se observa el rechazo hacia el otro, expresado mediante actitudes prejuiciosas asociadas a la contaminación, a lo sucio, a lo contagioso. La enfermera pone a las personas como agentes de contaminación o impurezas al ingresar y permanecer en el hospital, ubicándolas en una clase inferior a ella.

Por último, la categoría:

SENTIMIENTOS Y VALORES

La dimensión humana del cuidado está caracterizada por la práctica de valores y en especial el valor del respeto por la dignidad y la persona como ser humano. Esto genera un impacto en el bienestar psicológico y emocional del usuario, ya que se reconoce al otro como sujeto humano, individual y único, lo que da lugar al fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

Desde los relatos de las/os enfermeras/os, se ven reflejados algunos valores y sentimientos positivos, como empatía, respeto, satisfacción, afecto y comprensión.

Empatía:

En esta dimensión se busca demostrar por medio de los relatos, las actitudes de empatía que han manifestado las enfermeras/os.

Ser empático en el cuidado, hace referencia a todas aquellas actividades y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como: escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar, estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero/a genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática.

A continuación, se presentan los relatos de enfermeros/as que reflejan empatía:

- *Yo trato de hacer todo con respeto y poniéndome en el lugar del paciente. (entrevista 1)*

- *Uno trata de ponerse en el lugar del paciente..., Y yo en mi trabajo trato de hacer lo mejor que puedo con las personas..., brindar ese cuidado teniendo en cuenta que es una persona que está sufriendo, no puedo agregarle más ansiedad y más temor a las personas que están internadas. (entrevista 3)*
- *Yo soy accesible y no tengo problema en hablar con las personas y relacionarme con ellas, para tranquilizarlas y ponerme en el lugar de las familias y del paciente, porque están pasando por un mal momento..., son importantes todos los valores, desde lo emocional hasta lo más mínimo posible. (entrevista 4)*
- *...es fundamental la empatía..., siempre ponerse en lugar de la otra persona, por ejemplo, no sé qué es el dolor..., pero si yo uso empatía, me pongo en el lugar del paciente y voy a saber que realmente está sufriendo y no voy a dudar de lo que me dice... (entrevista 6)*
- *...hay que estar muy predispuesta..., ser considerada con lo que le está pasando al otro, cuando siempre hablamos de empatía, bueno, yo creo que eso es esencial..., Yo creo que la base es esa, ponerse en el lugar del otro y tratar de entender el momento que están pasando, porque es una crisis, no es solamente la enfermedad. (entrevista 8)*
- *...ver su entorno social, su familia, tener en cuenta la escucha..., ser humano con el otro es tener empatía, ser empático con el otro. (entrevista 12)*
- *... debemos ser fundamentalmente empáticos y actuar con respeto, poniéndose en el lugar del otro, creo que eso hace la diferencia de dar solo un cuidado técnico... (entrevista 13)*

Respeto:

Por respeto entendemos el miramiento y la especial atención hacia una persona. Consiste en mantener la distancia adecuada, no invadir su privacidad, pero tampoco permanecer en la indiferencia. El respeto no es la indiferencia, ni la dejadez, es la atenta mirada, pero también la autolimitación. Cuando sentimos respeto hacia alguien, prestamos atención a todo lo que dice y hace, pero no juzgamos, ni valoramos sus actos. El respeto se concreta de dos formas: exige no causar daño al otro y tratarlo con la dignidad y la humanidad que se merece. El respeto también hace alusión a la justa distancia que debe haber entre personas. Es la virtud que indica el punto medio entre dos cuerpos. Es respetuoso quien no invade la privacidad del otro, quien se mantiene cerca, sin ser invasivo.

A continuación, se presentan los relatos que hacen hincapié en esta dimensión:

- *Tener mucha paciencia, respeto hacia el otro, para brindarle un mejor cuidado (entrevista 5)*
- *Creo que para brindar los cuidados es importante tener valores como, el respeto, respetar cosas como la religión y costumbres que tengan..., Por ahí hay gente que no le gusta que le hables, u otra que no quiere que le diga abuelo..., aunque se los diga con respeto y cariño. (entrevista 11)*
- *... creo que con respeto todo se puede hablar y arreglar, es el valor más importante a la hora de brindar cuidados. (entrevista 12)*
- *Para mí los valores son muy importantes para brindar un cuidado humanizado, como el respeto... (entrevista 10)*

Satisfacción:

La satisfacción como sentimiento se la puede definir como la sensación de plenitud y cumplimiento de una necesidad.

En el ámbito laboral de enfermería, se la puede definir como un estado emocional de placer resultante de múltiples aspectos del trabajo, pudiendo ser influenciada por, aspiraciones, tristezas y alegrías de los sujetos de cuidado, por el desempeño

en el trabajo, salud y bienestar propias y ajenas, satisfacción en la vida y satisfacción de los clientes.

A continuación, se presenta el relato que refleja satisfacción en el cuidado:

- *Lo bueno fue, la satisfacción que, a la semana, verla y decir; se sienta sola y hacia 3 meses que la teníamos y nunca se había sentado. Y también ver que la relación con la madre mejoro..., la satisfacción que se tiene, de decir, no hacia esto, pero la estimulamos, y ahora sí, y el hecho de interactuar con la familia..., tiene esos beneficios. (entrevista 12)*

Afecto:

En esta dimensión, se encuentran las descripciones afectivas que presentan las enfermeras/os durante las actividades de cuidado.

Por afecto entendemos al proceso de interacción en el que dos o más personas se demuestran sentimientos de amistad y cariño, lo que nos lleva a entender que una persona pueda sentirse identificada plenamente con la otra debido a que le tiene afecto, o porque existe un trato cordial mediante una caricia, un gesto, una atención, un cuidado, pero adicionalmente es porque la otra persona también ha demostrado sentimientos recíprocos. Es allí donde nacen esos sentimientos de amistad, valoración y apego entre estas personas y las relaciones que comparten.

A continuación, se presentan los relatos:

- *... el mejor remedio para un paciente, el afecto, ser atento..., mí me ha marcado un abuelo que se murió, ese día fui y le dije buen día (yo charlaba mucho con él, tenía cáncer de esófago) y estaba cada vez peor y le agarraba la mano y le decía, como estas viejito y le hablaba de cualquier cosa, y eso a él, era una inyección de algo. Y un día..., se murió agarrándome la mano. (entrevista 10)*
- *...es un cuidado con mucha dedicación, mucho amor, mucha paciencia... (entrevista 5)*

Comprensión:

La comprensión constituye el proceso fundamental para captar al otro en su circunstancia vital y poder intervenir teniendo en cuenta el contexto que le rodea. Comprender es un acto global, mientras que entender es un acto puntual. Solamente comprende, a fondo, la situación del usuario el que escucha atentamente a su interlocutor, pero también a la familia y/o el entorno afectivo de aquella persona.

La comprensión es virtud, necesita escucha e inteligencia, pero, sobre todo, una generosidad que no juzga y trata de examinar las razones ocultas del otro. El que comprende es capaz de hallar la solución adecuada para cada caso y elaborar juicios de valor certeros.

A continuación, se presentan los relatos en relación a esta dimensión:

- *Por ahí hay paciente agresivo y la familia también es agresiva, pero ahí te toca la parte de bajar, como nosotros decimos, si vos hablas con esa persona y le decís, mira, acá estamos para ayudar, entendemos que estés alterado por la situación, y nosotras hacemos lo que podemos desde el punto que nos corresponde, en el momento que corresponde (entrevista 12)*
- *... en un parto, yo me voy a preocupar que el papa este presente, porque hay sentimientos que el hombre tienen, que son muy diferente a los de la mujer. Y que cuando ve nacer a su hijo, lo impacta, sí ha sido violento o maltratador con su esposa, a lo mejor ver nacer a su hijo, lo cambia para mejor... (entrevista 6)*
- *... acá vienen personas de otras localidades..., un día que vino un señor por una apendicitis y había venido con su esposa y su hija de 5 años..., la nena teóricamente no podía quedarse en el piso y la madre no solo no tenía quien la pueda cuidar, sino que tampoco tenía plata para mandarla..., entonces uno..., se pone en el lugar del otro y resuelve como puede, porque el paciente viene con su familia y también es parte del tratamiento brindarle tranquilidad a él y que no esté preocupado por su hija...(entrevista 13)*

Análisis de la categoría:

En la presente categoría, se ha puesto en evidencia que existen sentimientos y valores, que surgen y son necesarios en el proceso de cuidado que brindan las/os enfermeras/os. Estos son empatía, respecto, satisfacción, afecto y comprensión.

Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y, por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. La comprensión en sí misma, está íntimamente relacionada con la empatía, dado que una, no podría ser posible sin la otra. La empatía, en los relatos, se la representa mediante la frase; *ponerse en el lugar del otro*. Se considera el sufrimiento, el dolor, la ansiedad y el temor, por el que está atravesando el usuario y su familia. Se ve a la persona como ser humano, el cual, está pasando un momento crítico y que, junto a su familia, requieren de un trato humano de parte de enfermería. Ese trato, se basa de acuerdo a la situación y necesidades que la enfermera/o estime necesarias satisfacer, al ponerse en el lugar del otro y considerar desde ese lugar, cuales son las intervenciones necesarias para ayudar a las personas. Ser comprensivo, también requiere, que cada enfermera/o se ponga en el lugar del otro, para entender la situación que se está atravesando, y desde allí, considerar cuales son las actuaciones necesarias, no solo para comprender, sino además solucionar los problemas que el usuario trae consigo y que requieren ser solucionados como parte del proceso de atención y cuidado de enfermería.

El respeto, aparece como otro valor necesario a la hora de brindar cuidados. Donde éste, integrado a la aplicación de intervenciones de enfermería, apunta a aceptar al otro tal y como es, donde, no solo se tiene un trato respetuoso con el otro, considerando en qué medida el otro quiere relacionarse, o de qué forma, como quiere que se lo trate, etc., sino que también, permite tener una postura abierta a las opiniones, costumbres y religión del sujeto de cuidado. Recién aquí, se destacan aspectos culturales importantes para lograr un proceso de cuidado integral.

Por otro lado, el afecto, se presenta caracterizando a la enfermera/o, de un modo más humano, donde se muestra acompañamiento, dedicación y entrega, sobre todo, a personas que se encuentran en soledad y/o en una fase terminal. Este tipo de interacción permite lograr una relación afectiva, que conlleva a un crecimiento personal y profesional en enfermería, y al sujeto de cuidado, le proporciona un mejor estado anímico, el cual permitirá llevar una muerte digna, rodeada de cariño,

o bien favorecerá la recuperación en aquellas personas que, sí, puedan revertir el estado de salud. Las relaciones desde lo afectivo, en los relatos, tienden a hacerse recíproca, es decir que la enfermera da y muestra afecto al otro, y el otro está dispuesto a recibirlo, y viceversa.

Esa reciprocidad también se ve presente en el sentimiento de satisfacción que expresa una enfermera, cuando su desempeño como cuidadora, logra o supera las expectativas de su propio trabajo. La satisfacción no es solo un sentimiento, sino que éste, es fruto de logros positivo que benefician, tanto al sujeto cuidado, como al cuidador. A las personas les permite mejorar el estado de salud y a la enfermera, le permite crecer y afianzar su crecimiento, como tal. Si bien, este sentimiento es positivo, no es algo que se brinde en el cuidado humanizado, sino que es consecuencia del resultado logrado en la práctica de cuidado, sea éste humanizado o no.

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. En esta categoría, no se evidencia tal sistema de valores, sino que aparecen algunos sentimientos y valores, que conjuntamente no alcanzan a formar un sistema sólido, que permita a enfermería guiar la actividad, para que los cuidados brindados sean humanizados.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los cambios que se produjeron y siguen surgiendo en el desarrollo disciplinar enfermero, junto a la construcción de una imagen de enfermera deshumanizada, por parte de la sociedad, llevan a plantear la presente investigación, que se centra en la representación social que tienen las/os enfermeras/os, respecto al cuidado humanizado.

Para Jodelet (1984) las representaciones sociales, en pocas palabras, representan el conocimiento “espontáneo”, ingenuo, que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, es decir, la manera en que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan el mundo, lo que representa un papel importante en la orientación de las prácticas de enfermería.

Es a partir de estas orientaciones, únicas en cada enfermera/o, que se halló distintos significados sobre “cuidado humanizado”. El cuidado humanizado está inmerso en la práctica del cuidado enfermero en forma holística e integral, teniendo en cuenta la parte humana del paciente, independientemente de que las personas estén sanas o enfermas, sustentándose a través de una relación transpersonal e interpersonal, que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana, satisfaciendo las necesidades de los usuarios. Lo expresado por los entrevistados, presenta diferentes concepciones y posturas ante el cuidado humanizado. El significado que se le da al mismo, presento una orientación en común hacia la búsqueda de bienestar y la resolución de problemas del usuario, sin embargo, una parte incluye aspectos humanitarios y cuidados integrales, y la otra, toma un sentido, más simple, más técnico y hacia lo biológico. En relación a la práctica de cuidados humanizados brindados y expresados por los entrevistados, los hallazgos revelaron que mayoritariamente ninguno de los cuidados que las/os enfermeras/os mencionaron, alcanzó un nivel deseable para entender a estos como integrales, holísticos y con una visión humanística. Sin embargo, se destacaron algunos aspectos que favorece al cuidado y que lo acercan más a la humanización e integralidad del mismo, tales como, aspectos físicos y/o emocionales, y la educación, entendida como el proceso de enseñanza-aprendizaje interpersonal entre enfermería y el sujeto de cuidado. Y, por otro lado, algunas

enfermeras/os representaron al cuidado humanizado, a partir de las patologías y mediante el cumplimiento de indicaciones médicas. Con esta cuestión reaparece la visión del cuidado tendiente a lo biológico, que caracteriza al modelo biomédico. Al respecto, Jean Watson plantea que la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa, por lo tanto, no se trata sólo de curar o medicar, sino que es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. Además, los discursos de los entrevistados muestran una disociación entre los mismos, puesto que, se encuentran contradicciones e inconsistencias en los registros de estos, en las distintas categorías de esta investigación, ya que, por un lado se habla de que el cuidado humanizado debe ser integral y holístico, pero al caracterizar al mismo, por otro lado, solo se consideran importantes la intervenciones terapéuticas, sin considerar la integralidad que deberían tener los cuidados, según consideraron en primer momento. Esto muestra una disociación también entre lo que se estudia y aprende durante la formación como enfermeras/os y lo que se lleva a cabo en los cuidados que se brindan según los entrevistados.

También se halló dificultad en algunos de los entrevistados, en el sentido de que no han podido ampliar el alcance de sus cuidados, de manera de incluir cuidados culturales en su práctica. Para Leininger, las personas no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno. Si bien, se considera que el cuidado es de carácter universal, estos varían culturalmente, dependiendo de los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan. Por ello, cada enfermera/o tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

Desde la teoría, la humanización del cuidado es entendida como la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada en el individuo, a través de un vínculo. En los hallazgos, los vínculos entre enfermera-usuario/familia mostraron que, si bien, existen relaciones transpersonales y/o interpersonales, en la que se hacen visibles sentimientos y valores, como la empatía, respeto, satisfacción, comprensión y afecto, hay dificultades en algunas interacciones. Estas dificultades relacionadas con una cuestión actitudinal de parte de algunas enfermeras, se caracteriza por la

ausencia de interacción humana y compromiso, la presencia de trato frío e impersonal y actitudes prejuiciosas, cuando en realidad debieran caracterizarse por actitudes de empatía, amabilidad, respeto por la persona humana, paciencia, buena comunicación (adecuada el estado del paciente), respetando e incorporando la cultura de quien cuida, en los cuidados brindados, reconociendo en el paciente necesidades psicológicas, de afecto, de acompañamiento, etc., para que éste pueda sentirse valioso como ser humano, contribuyendo, no solo a mejorar su autoestima, sino también, a mejorar su condición psico-física.

Referido a los valores, Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Según lo expresado por las/os enfermeras/os, identificaron valores, que si bien, son importante en la práctica de enfermería como la empatía, respeto, comprensión y afecto, estos no llegan a formar ese sistema sólido de valores humanístico del cual habla Watson. Así mismo, estos valores y sentimientos no son comunes entre los entrevistados, puesto que en conjunto no están presente en la práctica de enfermería, sino que se presentan sentimientos y valores aislados entre una enfermera/o y otra.

Por otra parte, es el uso reiterado del término “paciente”, por parte de los entrevistados, hace pensar que estos, ponen a sus sujetos de cuidado en una posición subalterna, o bien, que no se tiene el suficiente conocimiento acerca de las nuevas miradas en la disciplina enfermera, en la que se reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único, libre de tomar decisiones, con capacidad y poder, para participar en la planeación y ejecución de su cuidado. La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos, en donde es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Considerando que las representaciones están relacionadas con la imagen y la actitud que cada cuidador tiene de manera individual frente al cuidado humano, se puede separar dos puntos de vistas según lo expresado por los entrevistados. Por un lado, se observa que a partir de las visiones o estereotipos positivos de las/os enfermeras/os, hacen que estos logren desarrollar cuidados

integrales y más completos, mientras que las visiones o estereotipos negativos generan cuidados más parciales, simples y ligados solo a lo biológico.

Lo anterior refuerza el hecho de entender las representaciones sociales como aquellas formas de pensar, sentir y actuar a partir de las visiones, imágenes o estereotipos que se tienen en relación con un objeto (cuidado), confirmando la orientación de las representaciones sociales en el comportamiento.

Tal como se pudo observar en el estado del arte en las investigaciones “Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de urgencia en un hospital de Quillota” de Cecilia Landman Navarro, en 2015; y “Análisis crítico del cuidado de enfermería”, en 2005 de Rosita Daza de Caballero y otros, se coincide en la visión de que el concepto de cuidado no se encuentra plenamente incorporado, ya que sí bien, el concepto que se tiene de cuidado humanizado descrito por los entrevistados en general es similar al teórico, aparecen dificultades para llevarlo a cabo, lo que puede explicar la falta de consistencia en las acciones de enfermería, durante la administración del cuidado.

En la investigación realizada por Francisco Javier Báez y otros, sobre “El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería” en 2009. Se pudo ver aquí, que se coincide con la idea que tienen algunos de los entrevistados, de que el cuidado de enfermería envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto, sin embargo, esta investigación suma a las relaciones interpersonales, involucrando además a la familia del usuario en el proceso de cuidado.

En la investigación “Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá, Colombia”, de Rosita Daza de Caballero y Luz Stella Medina, hay similitudes, en cuanto, a que se resalta que el cuidado no tiene un concepto único, ni homogéneo, y que se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y evaluación de actividades. También se coincide en que si bien aquí, se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica en el cual identifican el cuidado como rasgo humano, como afecto y como interacción, sino que, se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma, es decir,

que tal como los hallazgos de esta investigación, algunos enfermeros/as ven que el cuidado humanizado se brinda satisfaciendo necesidades biológicas.

A diferencia de los hallazgos de esta investigación, donde los conceptos encontrados se encuentran divididos a grandes rasgos en dos partes, una de ellas incluye cuidados humanitarios e integrales, y la otra, toma un sentido, más simple, más técnico y hacia lo biológico, en la investigación “Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de urgencia en un hospital de Quillota” de Cecilia Landman Navarro, los conceptos que emergieron del cuidado humanizado se pudieron unificar, identificándolo como un cuidado integral, en el que se incluye a la familia del paciente, y además agregan que los cuidados deben regirse por los principios bioéticos.

En la investigación de Yolanda Muñoz Hernández y otros, titulada “El significado de cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería”, 2009. Los resultados finales permitieron concluir que el cuidado humanizado significa, para las entrevistadas, una atención integral teniendo en cuenta la parte humana del paciente, y que la misma debe brindarse independientemente de que la persona esté sana o enferma y además consideran importante permitir la expresión de sentimientos de la persona a quien se cuida y respetar su entorno familiar y personal. Esto permite sostener la idea compartida, de que hay una disociación entre lo que se estudia y lo que se lleva a cabo en la práctica de enfermería, ya que si bien, al egresar cada enfermera/o tienen bien incorporado la importancia y la forma correcta de brindar un cuidado humanizado, en la práctica, terminan por no llevarse a cabo.

CONCLUSIONES

Finalmente se presentan las conclusiones, en las que se busca dar cuenta de los hallazgos encontrados y de los caminos recorridos para responder a la pregunta de esta investigación; ¿Cuáles son las representaciones sociales del cuidado humanizado que tienen las/os Enfermeras/os, del Hospital Área Programa Choele Choel, durante el período 2019?

La humanización en el cuidado de enfermería representa un proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano, no solo desde el punto de vista biológico, sino también del antropológico, espiritual, racional y social. Así, el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. Donde la enfermera es llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. Las representaciones no juegan un rol neutro en la cotidianeidad de los cuidados que brinda enfermería, ya que las imágenes compartidas configuran un marco de referencia sobre la base del cual, los individuos concretizan su actuar cotidiano.

En general las representaciones que surgen respecto del cuidado humanizado en las/os enfermeras/os del Hospital Área Programa Choele Choel, resaltan que el cuidado humanizados no tiene un concepto único, ni homogéneo, sino que éste es concebido, por un lado, como una atención integral y holística, donde se considera la cultura, creencias, la familia, el entorno social, los sentimientos, preferencias y opiniones, de las personas a quienes cuidan. Por otro lado, el cuidado toma significado a partir de la satisfacción de las necesidades del usuario, caracterizado por actividades que se centran en lo biológico, que hacen a la práctica de enfermería, dependiente de un modelo biomédico. También, las/os enfermeras/os definieron al cuidado como una relación de ayuda y aunque, si bien toda intervención de enfermería surge como un acto de ayuda hacia el otro, al ayudar, los cuidados, deben corresponder a las necesidades del usuario de manera integral y holística, y así, el cuidado humanizado lograría brindarse. Las intervenciones desde donde se brinda cuidados humanizados, según las/os enfermeras/os, tienen como objetivo en común, dar respuestas a las necesidades de cuidado humanizado que tienen las personas, y que conjuntamente representan algunas de las

características propias del cuidado de enfermería. Entre ellos se destaca, la educación, como una forma de transmitir conocimientos a los usuarios y su familia, la consideración de aspectos físicos y emocionales en los sujetos de cuidado, contribuir al sentimiento de bienestar brindando, acompañamiento, apoyo, contención, escucha y respeto. También se hace mención que los cuidados, se basan en el cumplimiento de indicaciones médicas, o en los cuidados a partir de las patologías.

Una de las claves de la enfermería es, lograr una buena comunicación con los usuarios, sus familiares y el resto de profesionales sanitarios, puesto que permitirá desarrollar una buena relación durante el proceso de cuidado. Al respecto, y considerando lo expresado por las/os enfermeras/os, se concluyó que existe dos tipos de relaciones entre enfermera-paciente-familia. En la primera, algunas enfermeras/os logran formar una relación solo con el sujeto de cuidado, caracterizada y centrada en relaciones de cuidado transpersonales. En la segunda se evidencia la acción de las/os enfermeras/os, dentro de una relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, correspondiente a un cuidado humano que involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento y acciones de cuidado. Así mismo en el proceso de comunicación se evidenciaron obstáculos, que condicionaron a que las interacciones sean de una u otra forma. Entre estos obstáculos se puede mencionar la falta de predisposición algunos enfermeros/as para interactuar con el otro, cuyos factores influyentes, tienen que ver con el tiempo disponible para interactuar y la personalidad o actitud, la cual se caracterizó por ser distante, con ausencia de interacción humana o por un trato frío e impersonal y actitudes prejuiciosas. Todo esto supone que el cuidado enfermero obedece a estereotipos que condicionan su propia actividad de cuidados.

Con respecto a sentimientos y valores presentes en el cuidado expresados por los entrevistados, se menciona a la empatía, el respeto, la satisfacción, el afecto y la comprensión, como elementos necesarios al momento de brindar cuidados, pero que en conjunto no alcanzan para formar el sistema sólido de valores de los que habla Watson, y en los que enfermería debe sostenerse.

Las contradicciones encontradas en los relatos de los entrevistados plantean la necesidad de conocer, cuales son las razones por la que las/os enfermeras/os, no ponen en práctica los conocimientos sobre el cuidado humanizado aprendido en

las universidades. Esta cuestión también se ve evidenciada en otros trabajos de investigación en los que se resalta la disociación que existe entre lo que cada enfermera/o aprende y lo que lleva a cabo en la práctica de cuidados.

Limitantes:

- La escasa o nula disposición que tienen las/os enfermeras/os de participar en una investigación relacionada con su profesión.

RECOMENDACIONES

- A los servicios del Hospital Área Programa Choele Choel, tomar conciencia y trabajar en las debilidades personales de cada enfermera/o, con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados brindados, además de mantener las fortalezas propias que permitirán desarrollar y hacer crecer a la enfermería como profesión.

- A los servicios del Hospital Área Programa Choele Choel, realizar reuniones periódicas con el fin de formar equipos de trabajo dentro de cada unidad para desarrollar nuevas ideas, conocer la percepción del equipo de enfermería y proponer metas en conjunto en lo referente al buen trato, derechos y deberes de los usuarios, información a familiares, y todo lo que concierne al cuidado humanizado.

- A las universidades, incluir en los planes educativos, el estudio y la práctica del cuidado humanizado en todos los años de la carrera de enfermería, para que incorporen en sus estudiantes los conceptos básicos que lo integran, creando una cultura de cuidado humanizado no sólo en la práctica, sino también desde el aula.

- A las universidades, promover investigaciones que contribuyan a la práctica del cuidado sustentados en el conocimiento científico con fundamentación teórica humanista, contribuyendo al proceso de desarrollo de nuestra profesión.

- Difundir el presente informe de tesis al personal de Enfermería del hospital de Choele Choel.

- Difundir los resultados a la comunidad de la Disciplina Enfermera.

- Se recomienda la realización de otra investigación que permita comprender la procedencia de los estigmas y estereotipos que distorsionan el cuidado de enfermería.

BIBLOGRAFÍA

- Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Académica, Costa Rica.
- Báez Hernández, F.J., Navarro, V. N., Ramos Cedeño y L., Medina López, O.M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*. [On Line], 9(2), 127-134. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476>
- Ceballos Vasquez, P. (2010). Desde los ámbitos de Enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 31-35. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
- Da Silva, L., Coelho, M., De Lima, C., Silva de Souza, P. Cuidados de Enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes. *Enfermería*. 2002; 37(120): 22-8
- Daza de Caballero, R. y Medina, L. S. (2006). Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá, Colombia. *Cultura de los cuidados*, [On Line], 19, 55-62. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/968>
- Daza de Caballero, R., Torres Pique, A.M., y Prieto de Romano, G.I. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería. *Revista Index de Enfermería*, [On Line], 14(48-49), 18-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&tlng=en.
- Hernández Vergel, L. L., Zequeira Betancourt, D. M., y Miranda Guerra, A. J. (2010). La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. [On Line], 26(1), 30-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192010000100007.

- Hinostroza Robles, N. (2016). Representaciones sociales del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico. Hospital Estatal Cerro de Pasco, Perú. 2013-2014. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, Perú.
- Jiménez Arroyo, V., y Rangel Flores, Y.Y. (2017). Las representaciones sociales como marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermero. *Cultura de los Cuidados* [On Line], 21(49), 147-154. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.16>.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. *Psicología social II. Pensamiento y vida social*. Barcelona-Buenos Aires-México. Paidós.
- Landman Navarro, Cecilia. (2015). Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de urgencia en un hospital de Quillota, Chile. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 3(2), 12-21. Disponible en: <http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/564>.
- Leininger, M. (2007) Teoría de los cuidados culturales. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia, Mosby.
- Lopera Betancur, M.A., García Henao, M.L., Madrigal Ramírez, M.C., y Forero Pulido, C. (2010). Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería*, [On Line] 28(1), 64-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215294008>.
- Monja Tineo, M. P. y Yafac Torres I. L. (2013). La representación social del cuidado: Una mirada desde la perspectiva del enfermero. Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Chinlayo.

- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>.
- Muñoz Hernández, Y., Ibarra, R. C., Moreno Prieto, D., Pinilla Pinto, D., y Suárez Rodríguez, Y. (2009). El significado de cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, [On Line] 18(4), 246-250. Disponible en: <https://www.fucsalud.edu.co/sites/files>
- Paterson, J., Zderad L. (1990) *Enfermería Humanística*. México, Limusa S.A.
- Peña, C. (2013). Las representaciones sociales de la Enfermería como proyecto de vida. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Valencia.
- Piñero Ramírez, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *Revista de Investigación Educativa*, [On Line] 7, 1-19. Instituto de Investigaciones en Educación. Veracruz, México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf>
- Prías Vanegas, H. (2017). Cuidado humanizado: Un desafío para el profesional de enfermería. *Revisalud Unisucre*, 3(1). Disponible en: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575>
- Quintero Laverde y María Clara. (2001) *Enfermería en el mundo cristiano. Aquichan*. 1 (1), 42-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972001000100012&lng=en&tlng=es.
- Reyes Gomes, E. (2015). *Fundamentos de Enfermería: Ciencia, metodología y tecnología*. Capítulo 2. *Enfermería: profesión humanista sustentada en la ética y la legislación*. Segunda Edición. México: Editorial El Manual Moderno.
- Rivera Álvarez, L. N., Triana, Á. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en*

Enfermería, 25(1), 56-68. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/Index.php/avenferm/article/view/35901>.

Romero, V. (2012). Representación social acerca del Proceso salud enfermedad que tienen las mujeres de la comunidad de Aguada San Roque, provincia de Neuquén. Universidad Nacional del Comahue. Neuquén.

Taípe Durand, R. (2017). Percepción del paciente sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de cirugía en un hospital del cono norte de Lima ene-mar 2017. Universidad privada San Juan Bautista. Facultad de ciencias de la salud. Escuela profesional de Enfermería. Lima, Perú.

Urra, M. E., Jana, A. A., Gracia, V. M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, [On Line] 3, 11-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002

Watson, J. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company, 1979.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

....., en calidad de estudiante de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, dictada en la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), desarrollo la investigación “.....”, como requisito del plan de tesis. El estudio de investigación tiene como objetivo.....

.....

Si usted accede a participar en esta investigación, podrá hacerlo respondiendo a una encuesta, cuestionario y/o entrevista. Dicha participación es estrictamente voluntaria, no remunerada, sin ningún riesgo para usted, y, además, anónima, por lo tanto, su identidad no será revelada.

Los datos recolectados serán confidenciales y únicamente se usarán para el propósito del estudio; por consiguiente, sólo el investigador responsable tendrá acceso a la información que de los mismos surja.

Si le surgieran dudas sobre este proyecto, podrá hacer preguntas durante su participación en el mismo. Igualmente, para el caso de que decida participar, podrá retirarse en cualquier momento de la entrevista/cuestionario, sin perjuicio alguno para usted. Asimismo, si alguna pregunta le resultara incómoda, podrá solicitar la aclaración necesaria, u optar por no responderla, sin que ello le ocasione algún inconveniente.

Antes de decidir participar, evalúe la información que se le está brindando y pida todas las aclaraciones que necesite a quien se la está dando. Si finalmente está satisfecho con la información recibida, si la ha comprendido y se le han respondido todas las dudas que ha planteado oportunamente, y, fundado en ello da su consentimiento para participar del presente estudio de investigación, le solicitamos tenga a bien firmar donde corresponda.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

HOJA DE FIRMAS

INFORME DE TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**Representación social respecto del Cuidado Humanizado que
tienen los enfermeros del Hospital Área Programa Choele Choel,
provincia de Rio Negro**

Lic. Andión Graciela
Directora de tesis

Enfermera Autalán Natalia del Valle
Tesista