

**LA FRAGMENTACIÓN DEL CUIDADO: ENFERMERÍA Y LOS PROCESOS DE
LA COTIDIANIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

ALFONSINA DEL CRISTO MARTÍNEZ, Enf.

Estudiante Magister en Enfermería Énfasis Cuidado del Adulto

JOSÉ ANDRÉS CHÁVEZ ACOSTA, Enf.

Estudiante Magister en Enfermería Énfasis Cuidado del Adulto

Directora del Trabajo de Investigación:

GLADYS EUGENIA CANAVAL. Ph.D., Profesora Titular

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
Santiago de Cali, Octubre 6 de 2014**

**LA FRAGMENTACIÓN DEL CUIDADO: ENFERMERÍA Y LOS PROCESOS DE
LA COTIDIANIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

ALFONSINA DEL CRISTO MARTÍNEZ, Enf

Estudiante Magister en Enfermería Énfasis Cuidado del Adulto

JOSÉ ANDRÉS CHÁVEZ ACOSTA, Enf

Estudiante Magister en Enfermería Énfasis Cuidado del Adulto

Trabajo de Investigación presentado como requisito parcial para optar al título de
Magister en Enfermería con énfasis en Adulto y Anciano

Directora del Trabajo de Investigación

GLADYS EUGENIA CANAVAL. Ph.D., Profesora Titular

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
Santiago de Cali, Octubre 6 de 2014**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, octubre 6 de 2014

AGRADECIMIENTOS

Alfonsina del Cristo Martínez.

A mi hija: Adriana Lucia, motor de mis acciones.

A mi Madre: Aura, que aunque no estuviere aquí, me inspira.

A mis hermanas: Ana María, Rosa, Patricia, por compartir y conservar el aprendizaje de nuestra familia; y por estar siempre unidas aun en las situaciones más difíciles.

A Dios: por mi existencia y por todo lo que me ha permitido realizar.

A mi Padre que aunque no este siempre me acompaña.

Jose Andres Chavez Acosta.

A Dios: Quien me obsequia su amor incondicional y me enseña a vivir poco a poco en sus caminos.

A mis Padres: Amparo Acosta y Jose Chavez: bastiones de todos los sueños.

A mis Hermanos: compinches del pasado y guardas del futuro.

A mi amor: por compartir los segundos de felicidad.

Alfonsina del Cristo Martínez.

Jose Andres Chavez Acosta.

A la profesora Gladys Eugenia Canaval, por la constancia, la maestría, la delicadeza de sus palabras y el apoyo desde la sabiduría para volver realidad este sueño.

CONTENIDO

Pág.

1. INTRODUCCIÓN	8
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9
2.1. CONTEXTO DEL PROBLEMA	9
2.1.1. Enfermería y las unidades de cuidado intensivo	9
2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.2.1. La orilla de lo biomédico	12
2.2.2. La orilla de lo humano	13
2.2.3. Enfermería en instituciones de salud	14
2.2.4. Desde la complejidad hacia el principio de la complementariedad	16
2.2.5. El principio de complementariedad en el cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo como problema a investigar	21
2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
3. OBJETIVOS	24
4. MARCOS DE REFERENCIA DEL CONTEXTO DE LA UCI	25
4.1. MARCO CONTEXTUAL	25
4.2 Equipo de Salud y Actividades Laborales	26
5. METODOLOGÍA	30
5.1. TIPO DE ESTUDIO	30
5.1.1. La Teoría Fundamentada	31
5.2. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	33
5.2.1 Contexto y participantes del estudio	33
5.2.2 Criterios de inclusión	33
5.2.3 Criterios de exclusión	33
5.2.4 Recolección de la información	34
5.2.5 Análisis de la información	35
5.2.6 Rigor metodológico	36
5.2.6.1 Credibilidad	36

5.2.6.2	Auditabilidad	36
5.2.6.3	Aplicabilidad	36
5.2.7	Consideraciones éticas	36
6.	RESULTADOS	38
6.1	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	38
6.2.	EL CUIDADO	39
6.3.	LOS CUIDADOS	43
6.4.	EL CUIDADO Y LA COMPLEMENTARIEDAD	46
6.5.	LA RUTINA Y LA COMPLEMENTARIEDAD	47
6.6.	AMBIENTE Y COMPLEMENTARIEDAD	51
6.7.	AUTONOMÍA Y COMPLEMENTARIEDAD	53
6.8	FENOMENO CENTRAL	54
6.8.1.	FRAGMENTACIÓN DEL CUIDADO	54
7.	DISCUSIÓN	59
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
8.1.	CONCLUSIONES	67
8.2.	RECOMENDACIONES	68
8.3	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	68
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

LISTA DE FIGURAS

Pág.

FIGURA 1. EL CUIDADO, SUS CARACTERÍSTICAS Y SUS COMPONENTES, SEGÚN SUBCATEGORÍAS	42
FIGURA 2. LOS CUIDADOS, SUS CARACTERÍSTICAS Y RELACIONES CON EL PACIENTE, CON EL CUIDADO, LAS ACCIONES Y LA SALUD	45
FIGURA 3. EL CUIDADO Y LA COMPLEMENTARIEDAD	47
FIGURA 4. RUTINA Y LA COMPLEMENTARIEDAD	50
FIGURA 5 AMBIENTE Y COMPLEMENTARIEDAD	52
FIGURA 6. AUTONOMÍA Y COMPLEMENTARIEDAD	54
FIGURA 7. FRAGMENTACIÓN DEL CUIDADO	58

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidado intensivo (UCI) se han establecido como lugares de alta complejidad, donde las personas acceden a estos sitios cuando su estado de salud es delicado, estos sitios se caracterizan por tener dinámicas especiales como entornos de máxima tensión, alta tecnología y recambio rápido de pacientes, a lo que el enfermero se expone diariamente; configurando una cotidianidad en su quehacer, este ambiente conlleva a la incorporación de una “cultura” del hacer, que responde de manera inmediata a protocolos, normas, variables biológicas, y a lograr la eficacia en los diferentes procedimientos.

El problema aparece al contrastar los modelos y teorías que fundamentan el cuidado, que lo posicionan desde una visión humanista, que se aleja de la realidad del contexto de una unidad de terapia intensiva, la cual demanda en la mayoría de los casos solo cumplimiento de protocolos, sin tener en cuenta la situación humana y los pilares que acompañan la esencia del cuidado enfermero. Algunas teoristas como Watson, plantean que el cuidado no es un método, sino un fenómeno que requiere de interrelaciones significantes desde lo subjetivo, donde se comparten sensaciones y sentimientos entre las enfermeras y los pacientes.

Múltiples estudios resaltarán la inconformidad de los enfermeros cuando no logran encontrarse de manera sensible con la persona a la que se cuida, manifiestan cansancio, vacío y sobrecarga de trabajo al intentar responder de manera rápida a las demandas técnicas de estas unidades. Fundamental es destacar, que los pacientes hospitalizados en terapia crítica, vivencian sentimientos de angustia, miedo, esperanza y sufrimiento que son el producto de la situación patológica, que obliga a la separación de la familia, además de la dependencia hacia el personal de salud, limitado en múltiples ocasiones en sus funciones básicas; por lo tanto es indispensable reconocer a la persona hospitalizada, y para esto es vital establecer

relaciones enfermero (a) – paciente, que estén soportadas por la plataforma teórico práctica de un cuidado humano, el cual incorpore sus dinámicas en la integralidad del ser, el problema radica en la dificultad para vincular de manera armónica el principio de complementariedad del cuidado.

Por lo anteriormente descrito, se hace indispensable indagar los procesos que se desarrollan en la cotidianidad de las unidades de terapia intensiva que favorecen o no la aplicación del principio de la complementariedad en el cuidado, desde la percepción de los enfermeros que laboran en estos ambientes.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

2.1. CONTEXTO DEL PROBLEMA

2.1.1. Enfermería y las unidades de cuidado intensivo. La participación del grupo de enfermería es fundamental en las unidades de cuidado crítico, ya que a través de él, se proporciona atención directa al paciente, además de desarrollar actividades para satisfacer las necesidades tanto del paciente como de la familia; enfermería, es quien tiene la posibilidad de identificar los cambios más sutiles en los parámetros fisiológicos debido a que su permanencia al lado del lecho del enfermo es mayor, el profesional de enfermería está fortalecido además por una amplia gama de competencias en los procesos que concretan el estado crítico.

Las personas hospitalizadas en estas unidades suelen ser dependientes y gravemente comprometidas en su estado de salud y como resultado de ello, el cuidado de enfermería en unidades terapia intensiva se ha complejizado.

Abdellah, en 1969¹ propuso que los objetivos de enfermería en unidades de terapia intensiva están encaminados al mantenimiento de la vida, la recuperación del paciente hasta su máxima capacidad funcional y una reducción de la

morbilidad. Estos propósitos son planteados de manera general, permitiendo diseños de trabajo esquematizados solo en el cumplimiento de las necesidades fisiológicas. La Enfermería en cuidado crítico ha desarrollado el conocimiento actual de su práctica basada en el cumplimiento del nivel funcional.

La teoría propuesta por Maslow sostiene que: *“para lograr el mayor nivel de crecimiento personal se deben cubrir todas las necesidades por debajo del nivel de autorrealización. Por lo tanto para cada individuo de la Unidad, las necesidades fisiológicas, la seguridad, el amor, la pertenencia y la autoestima requieren cumplimiento antes de que pueda ocurrir la autorrealización”²²*, consolidada por la formación que se imparte bajo la tutela de protocolos y la información de carácter externo; según esto, la atención de Enfermería responde en la mayoría de situaciones a la urgencia de restablecer u optimizar un estado orgánico alterado, tomándolo como prioridad, brindando de manera “informal” otros aspectos inherentes al cuidado.

Los aspectos que conducen a esta situación se pueden describir de la siguiente manera:

- La evolución de las unidades de cuidado intensivo han favorecido el continuo crecimiento tecnológico; aunque en la eficacia de los procedimientos (diagnóstico, seguimiento de los tratamientos especiales, terapias, vigilancia) ellos son una ventaja, también se constituyen en barreras para la comunicación en la relación enfermero - paciente, originando temor por parte de los pacientes.
- El actual sistema de atención de las unidades antes mencionadas, generan una elevada demanda de ingresos y procedimientos de tipo asistencial que conlleva a la planificación exacta del tiempo para suplir las necesidades, generando un corto periodo de relación con el paciente y el familiar.

- El estado mismo del paciente ocasiona una relación especial: durante el mayor tiempo de estancia algunos pacientes se encuentran con cierta afectación del estado de conciencia (un número menor pueden comunicarse) debido a la administración de sedantes que tienen como objetivo disminuir la carga metabólica. Esto hace que enfermería realice sus funciones con pacientes que no responden en su momento a estímulos, ya sea de carácter afectivo o emocional.
- Las unidades de terapia intensiva son sitios que por su rapidez con la que se requiere actuar, dinamismo y complejidad ocasionan un elevado grado de estrés para el personal.
- *Los planes de entrenamiento se basan en el seguimiento de protocolos instaurados por la evidencia clínica, esto regula en parte el proceder del enfermera pero no se conoce el proceso por el cual el enfermero se construye.*
- El enfoque hacía lo humano ha sido relegado por la búsqueda continua de conocimiento de carácter objetivo, ya que a través de este se ha avanzado tecnológica y científicamente en las terapias, sin tener en cuenta que la ciencia también encierra un carácter subjetivo que debería estar en igualdad de condiciones ya que el objetivo primario de cualquier actividad sanitaria es el ser humano.

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De esta manera el problema surge: Es un conflicto derivado de la lucha permanente entre dos situaciones igualmente importantes, pero que al pertenecer únicamente a discursos distintos, universitarios y/o sociales, se vuelven irreconciliables:

2.2.1. La orilla de lo biomédico. Es ya bastante conocido, las rutas tomadas por el método biomédico, que se alimentan desde su semilla más recóndita por el paradigma positivista, se fundamentan en perspectivas analíticas, empíricas y experimentales, solo acopladas para los estudios parciales de la biología, pensada en la fisiopatología de mecanismos perfectamente identificados, los cuales presentan una aparente regularidad, linealidad y periodicidad; se presentan como libres del contexto y fácilmente manipulables, aquí cobra preponderancia el papel del paciente como sujeto enfermo.

Esta situación contribuye con una manera de pensar el cuerpo y el ser como simples uniones, potencialmente separadas si es necesario explicarlas de ellas. Así el cuidado se vuelve instrumento, simple herramienta para los procedimientos a realizar durante las horas de turno. En este sentido, no se puede acercarse al humano, se le abandona en los altibajos de la experiencia, de la salud; solo se toma de él lo necesario para optimizar constantes numéricas, para configurar parámetros... inmediatamente un ser llega a los servicios de terapia intensiva, se le aborda con el objetivo de invadir su cuerpo, de romper las fronteras biológicas para tener los accesos necesarios que nos hagan conocer su profunda naturaleza biológica. Se lo separa de la familia mientras se le arregla, y una vez pasa, no se le advierte que su familiar es ya un “ente” inmóvil, repleto de tubuladuras, lleno de marcas; el sonido de su voz ha sido reemplazado por los ecos constantes de las alarmas que vociferan peligro.

Mientras tanto el enfermero (a), corre, se mueve, se arrodilla y se levanta a velocidades de inconciencia, mira levemente los rostros, pero busca no afectarse por ellos. Apunta ordenes, cambia números, se moviliza entre lo intra y extracorporal, entre lo tecnológico, despliega sus conocimientos entre la magia de los principios activos y las hilarantes extensiones del polivinilo. Sin embargo, su ligereza no permite reconocer al humano que se halla frente a él.

En este proceso ha contribuido también, la aplicación del cuidado enfermero con un tono de racionalismo científico y técnico acoplado a la teoría moderna de la gestión tecno-económica aplicada con un hiper-realismo en el sector salud; este conocimiento, en su acción práctica, contradice los más elementales valores éticos y morales, atenta contra los principios de equidad y participación activa en la toma de decisiones de profesionales y usuarios. Este modelo teórico se ha impuesto en la estructura de las instituciones de salud y en la formación de enfermería en toda América Latina, como horizonte de trabajo, de producción de conocimiento y de indicadores de gestión, es decir, se impuso toda una hegemonía técnica y una “educación bancaria” que le ha servido, por un lado, al modelo económico de flexibilidad laboral, y, por el otro, a imponer en la formación profesional la tendencia a formar en competencias laborales, subsumiendo las competencias profesionales, suprimiendo con alcances en formación investigativa reflexiva, que es la opción que humaniza la relación sujeto-cuidado.

2.2.2. La orilla de lo humano. El humanismo implica que el enfermero postule una actitud frente a la vida, una visión que rescate al humano en los vaivenes del sistema y lo coloque por encima de lo demás. Implica que el cuidado se centre en la persona, vista como potencia única e irrepetible. Entraña acercamientos para que la sensibilidad denote el afecto, se deje afectar y pueda así modificar la estructura de los hilos que organizan ese punto de experiencia.

“El ser humano no puede ser tratado de cualquier manera, porque tiene dignidad”, la cual debe ser valorada constantemente, desde el momento en que llega al servicio hasta cuando las herramientas técnicas sanitarias no alcanzan a veces, a mantener la vida. Cada acto cometido, cada palabra dicha, cada instante recogido en los encuentros con el dolor, con las buenas y malas noticias deben permitir que sobretodo, por encima de protocolos, horarios, consultas, procedimientos, que la dignidad sea la bandera que apunte la marca del cuidado de Enfermería, manteniendo al humano como un fin en sí mismo, y no solo como un paciente de tal o cual cama, de tal o cual cirugía.

Ante cualquier mínimo contacto, sin importar que el ser este silenciado por tubos, debe levantarse un marco ético, basado en los derechos, la justicia, que conlleve permanentemente a la reflexión sobre el quehacer.

El humano no admite fragmentaciones de su existencia, se constituye en la medida en que puede instaurarse como agente histórico, su presente es el resultado inmediato de la naturaleza dialógica entre lo efímero y lo trascendente. La única manera de poder establecer un cuidado humano es mediante la reciprocidad, surgida de la construcción permanente de la alteridad como posibilidad de existencia. Los enfermeros en estas unidades, son los que velan por los derechos del paciente, deben enfocar su cuidado a la exploración multidimensional del ser, buscar la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma; la enfermera (o) no solo puede basar su cuidado desde lo científico, es importante que se instale como agente del cuidado complementario.

2.2.3. Enfermería en instituciones de salud. Es viable considerar las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, con rasgos muy similares a los configurados en otras escalas: organización administrativista, entes de poder, prácticas “culturales”. Los hospitales desde su nacimiento como institución se concentraron en el estudio de la patología, alejándose de quien la experimentaba,

no se piensa en la persona que llega a ser ayudada, sino en qué órgano está afectado, con la existencia de especialidades para cada uno de ellos, manejados como sistemas de interconsultas, donde la comunicación entre ellos se hace mediante el uso del papel.

El gran problema es que esta visión ha impregnado profundamente el papel del enfermero (a), el cual se ha institucionalizado, debe cumplir con normas, protocolos, esquemas de comportamiento, para mantener una imagen corporativa y el cumplimiento de estándares de calidad, es la institución la que señala “fronteras, más o menos precisas, más o menos permeables entre el adentro y el afuera; la que decide sobre los individuos que la integran; recibe mandatos y demandas, genera proyectos, planes, programas; edifica una estructura organizativa, instala procedimientos y rutinas; favorece u obstaculiza procesos de cambio; genera mecanismos y modos de regulación de conflictos en un aparato jurídico normativo³”.

Las instituciones hospitalarias ofertan el aplicar el cuidado de salud mediante el desempeño de sus equipos, sin embargo el encuentro con los individuos no es muy adecuado, porque el cuidado no se centra en la persona, sino en el cumplimiento de requisitos técnicos y de calidad, alejándose de la posibilidad de que el cuidado se convierta en actos transformadores para sus actores.

Este tipo de contexto donde se desarrolla el cuidado de enfermería, ha llevado a la sobrecarga de trabajo, con la consecuente aplicación de tareas mecanizadas, generando pérdida de sentido en la cotidianidad de la asistencia, conllevando secundariamente a la invisibilidad lo que ocasiona insatisfacción por su labor; entonces los enfermeros se concentran como método para salvaguardar su presencia, en lo tecnológico, *“una forma de sentirse valorado es relacionar el cuidado con el accionar cotidiano (técnicas de enfermería) y consideran la tecnología como poder, orientando muchas veces su práctica hacia lo técnico,*

distanciándose por tanto de los valores morales y políticos insertos en su trabajo cotidiano"⁴.

2.2.4. Desde la complejidad hacia el principio de la complementariedad

El cuidado humano se enfoca en la existencia humana, no es un cuidado pasivo, que responda a las demandas del mercado o solo a la mirada del sistema, se concentra en el potencial de las personas a su cuidado, desborda la técnica, no se queda solo en una palabra afectuosa, pregunta, indaga, dialoga, no solo para la contemplar los procesos, sino para transformar las acciones de cuidado.

Recordemos que gran parte del origen de este paradigma fragmentador se explica desde los principios Cartesianos ante la ambivalencia, el cerebro para la ciencia, la mente a la religión. Se presenta una ruptura entre lo objetivo y lo subjetivo, la cual genero "poderes" a los ojos fríos del microscopio, de la técnica. Surge entonces la explicación mecánica del universo, la génesis de leyes deterministas, la aparente posibilidad de explicar el futuro con la obtención de datos exactos. Las relaciones se bosquejan en una única dirección filosófica de causa – efecto, con interpretaciones solitarias de eventos, que intentaban inferir un todo, desconociéndolo de antemano.

Las explicaciones científicas solo exploraban lo palpable, el resto era cuestión esotérica, metafísica. La lógica clásica de ubica en el vaivén entre lo deductivo e inductivo, las cuales resaltan la importancia de la secuencia, de la contradicción de la identidad inamovible, el orden es su más alto estandarte de análisis. Este rigor genera la percepción de poder encontrar la certeza y de que toda explicación, previamente comprobada por una serie de pasos llevaría en su seno la predicción.

Sin embargo, la más "exacta" de las ciencias, la física cuántica planteó un dilema: ha encontrado en experimentos que la certeza no es un indicador, es la

incertidumbre la que enmarca los movimientos de sus partículas... además, el tiempo y el espacio no son fijos, la relatividad los ha contemplado desde la posibilidad del cambio, desde la influencia de un observador que ya no es ajeno al objeto, generando en él influencias importantes. Sumado a esto, los hallazgos de autoorganización biológica y sus posibles remisiones a la sociedad expresados en la teoría de sistemas, resaltan la preponderancia de las relaciones, ya no es el evento aislado, no es posible hablar de islas de ADN, ahora es necesario contemplar, no solo desde la tekne, sino que es fundamental pensar la vida como un proceso inquieto, complejo, ecléctico; cómo se despliegan las relaciones, no es el punto importante, es la simultaneidad de acontecimientos que bajo la cúpula de la singularidad proponen una concepción del mundo ecológico.

La ciencia o las ciencias han aprendido al respecto, la mecánica cuántica mostró la imposibilidad de la total certeza, la incertidumbre aparecía en los anaqueles de los paradigmas, la influencia del observador para la modificación de estados de la materia postulaba la subjetividad de los procesos, ya no podría más pensarse la objetividad como el fin último de la verdad, en este proceso la teoría de la relatividad se suma a estas predicaciones, el espacio y el tiempo dependen ahora del observador. Las consecuencias fueron inmediatas, la energía, la entropía se vieron afectadas en sus libretos, no podía existir la certeza única de la disipación en su segunda ley, personajes muy destacados proponían concepciones nuevas de esta tendencia, hablaban de entropía negativa como factor organizador de vida.

En este maremágnum de cambios conceptuales acerca de premisas científicas, la teoría del caos aparece no sin tropiezos. Grupos de científicos, buscaban lazos entre las irregularidades, se hallaron discontinuidades en el ritmo cardiaco, no como causantes de enfermedades, al contrario como signos de salud; de ahí en adelante los hallazgos fueron cada vez mayores: los caminos de los relámpagos, la imprevisibilidad del clima, la geometría fractal del sistema vascular.

El caos y la complejidad, como definición griega desde lo amorfo, se modifica teóricamente para apostar al desorden dador de vitalidad, a la influencia de lo sutil como demarcador de lo inmenso, a la necesaria relación entre todas las “cosas” en un universo complejo, repleto de entrelazamientos... Para *Morin*, es necesario pasar de un cosmos perfecto, lógico, eterno, por uno en constante devenir, nacido de resonancias, disperso en la potencialidad misma de crear, en donde se relacionan mutuamente, de manera contraria y coordinada, en el parapeto de la complementariedad, el orden, desorden y la autoorganización⁵

La teoría de la complejidad rompe las fronteras entre las disciplinas, su fin aparece como sistema global de comprensión entre los procesos. Esto desafía los métodos tradicionales de estudio, que fragmentan las miradas, que tiende a casarse con un paradigma con la intención de fortalecer un campo específico; el objeto de lo caótico es la dinámica global de la complejidad. Morin propone que la complejidad y la teoría del caos se despliega en la posibilidad de encontrar no la esencia de lo unitario, es la búsqueda de los relaciones, de los puntos de encuentro entre los procesos, construyendo un pensamiento del pensamiento, que ubique de manera dinámica, los intersticios que se constituyen en las interdependencias de las ideas.

¿Finalmente, si la ciencia ha aceptado por evidencia suficiente la necesidad de desplegar nuevos faros en los viajes del descubrimiento, entonces como se presenta y proyecta la relación entre la incertidumbre, el orden y el desorden en el cuidado de Enfermería en las unidades de terapia intensiva, si el centro principal de su atención es la intangibilidad de lo humano?.

Su estructuración permite entonces la consolidación flexible de paradigmas que aportan desde miradas distintas, a la consecución de las realidades. Es permisible que para determinado tipo de conocimiento, sea necesario por mera utilidad metodológica, orientar el cuidado sobre algunos postulados específicos, como es el caso de la indagación de procesos de carácter estructurados y lógicos como los

estudios de respuestas y adaptación biológica, referidos en este momento para lo correspondiente a la formación de por ejemplo respuestas fisiológicas. Si es necesario, evidenciar el “comportamiento” de proteínas ante determinados estímulos, el positivismo brinda herramientas para secuenciar los acontecimientos en el espacio donde se realizó el experimento.

De esta manera, la inferencia toma fuerza ante la contingencia de ampliar los resultados a distintos ambientes, con las modificaciones que los protocolos podrían permitir. De este modo, se han logrado avances importantes en la ciencia, ya sea vista a los aportes para la tecnología, que ahora permiten distintas manera de comunicación en fracciones de segundo o en los descubrimientos que han beneficiado a la salud, respecto a medicamentos, terapias, genética, que también han llevado a concebir el mundo desde aspectos microscópicos cuando ya hablamos de genómica.

¿Pero cuál es entonces el problema; parecieran más los beneficios que las dificultades? No sería honesto desconocer, la utilidad de esta visión, la comprensión del mundo físico es prolífica, y es una dimensión de la existencia. El dilema surge cuando cualquier tipo de proceso se lo quiere abordar desde esta perspectiva. Inmediatamente surge la fragmentación, inmediatamente asoma la intención de predecir, se pretende acoplar el movimiento de datos rígidos a espacios intangibles.

De igual manera acontece con la reivindicación de lo naturalista. Es cierto que consiente un abordaje desde el significado, cuando se aspira a interpretar procesos de experiencia humana – en este punto podría abrirse la discusión inherente a la multidimensionalidad de la vida, desde la pregunta sobre si la subjetividad pertenece exclusivamente al humano? La cual podríamos problematizarla más aun, con la evidencia tajante de que el cuidado no es una actividad única del hombre y la mujer, sino que se desarrolla entre las diferentes

especies; claro está, que debe tomarse en cuenta las discusiones sobre la existencia o nulidad de distintas dimensiones de conciencia – generando ya no solo una sumatoria de conocimientos, sino grados pertinentes de comprensión de los procesos, permitiendo acercamientos asiduos con los intersticios de la sensibilidad y percepción, que obviamente afectan el universo físico. Las vías de interacción se despliegan en la comunicación, manifestando los deseos, beneficios, interpretaciones, motivaciones... entonces los entornos de atención son espacios sociales, de intercambios dinámicos de experiencias, donde la vida se hace en la participación activa y autónoma de sus integrantes. Estos lazos se configuran si cultivan la posibilidad de trascender en cada palabra, en valorizar lo que exalta al humano como ser en potencia. A pesar de que muchas son las situaciones en que se compromete a la vida, debido a las alteraciones biológicas que rayan con la muerte, el encuentro desde la perspectiva humanista es lo que logra borrar las fronteras de las máquinas para convertirlo en la aproximación, en el alter activo entre los seres que existen.

No podemos olvidar que los sentimientos generan cambios físicos puntuales, muy establecidos; ¡de manera atrevida y sin temer a ser descabellados!, podríamos plantear que los sentimientos transforman la dinámica biológica y en ese devenir, también lo biológico genera la posibilidad de la sensación; para tal propósito, recordemos algunos fragmentos de la poesía a la materia de Pierre Teilhard de Chardin, que dice: *“Yo te bendigo, Materia, y te saludo, no como te describen, reducida o desfigurada, los pontífices de la ciencia y los predicadores de la virtud, un amasijo, dicen de fuerzas brutales o de bajos apetitos, sino como te me apareces hoy, en tu totalidad y tu verdad.*

Te saludo, inagotable capacidad de ser y de transformación en donde germina y crece la sustancia elegida.

Te saludo, potencia universal de acercamiento y de unión mediante la cual se

*entrelaza la muchedumbre de las mónadas y en la que todas convergen en el camino del Espíritu”.*⁶

No es posible únicamente anclados en las matices humanistas tratar cambios biológicos, el dolor aunque tiene un significado, aparece como producto del daño tisular, al cual como medida complementaria hay que tratarlo con medicamentos, mientras el enfermero le posibilita a la persona manifestar sus sensaciones frente al mismo, se coloca en la postura de negociar las estrategias de tratamiento, retomando la posición de defensor de la individualidad, perfila en el paciente las connotaciones de agente de cuidado.

2.2.5. El principio de complementariedad en el cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo como problema a investigar.

El cuidado de enfermería es un proceso complejo de interacción permanente entre los actores enfermero – paciente – familiares – equipo interdisciplinario, el cuidado se encuentra co-determinado por estas relaciones, entonces no puede seguir debatiéndose entre estas dos orillas, es ineludible que se integren en la misma cotidianidad, en el día a día, donde el enfermero se encuentra cada segundo enfrentado con la vida y la muerte misma, donde el enfermero al llegar, abre las puertas para dejar salir de si, toda la potencia necesaria para conseguir disminuir la incertidumbre de quien está en una cama inmovilizado por miradas fragmentadas.

La complejidad abre nuevos horizontes, en los que se aloja el principio de la complementariedad, los contrastes no se repelen, son parte de la misma situación, son las notas que incrementan el tono de la música que se extiende en los segundos. Heisenberg, anuncia al mundo el principio de incertidumbre, según sus postulados no se puede alcanzar el conocimiento pleno de la realidad.

Bohr siguiéndolo toma el debate situado de la luz como onda y como partícula

para enunciar que estos dos estados no pueden ser observados de manera conjunta, pero que son complementarios; este principio manifiesta que no hay separación rígida entre objetos e instrumentos de medición. Bohr proyecta que en la vida y en la física coexisten los contrarios: orden – caos, entropía – neguentropía, vida – muerte, biomedicina – humanismo. *“El principio de complementariedad señala que la realidad desborda a las explicaciones, el juego intelectual es que nadie conoce la totalidad. Ya no hay más sabios sino espectadores desde una posición tal que determina su punto de vista. La realidad es retransmitida por los medios como si fueran camarógrafos que brindan visiones de izquierda, derecha, centro, cerca, lejos, etc.; y que permiten ver la posición de otros generando complementariedad y riqueza, en sinergia con otros puntos de vista”*⁷.

Por tanto, en el cuidado como proceso complejo, es imposible pretender que la realidad pueda ser derivada de una sola representación y que se la aprehenda en forma integral. La representación más exquisita integra en un todo coherente los aportes de los dos paradigmas, tanto a nivel individual como metodológico. Esta visión permite comprender al humano como un todo, sin dejar de lado ninguna acción a cometer, sea esta el llamado a la lógica clásica mediante lo estructurado por la tecnología o lo biología, como el acercamiento al ser como humano, que defiende y respeta los vericuetos de su historia y lo percibe en toda su existencia como historia viva y como agente de cuidado.

¿De qué manera entonces el enfermero en los ambientes circunscritos a la terapia intensiva logra interrelacionar estas visiones, para permitir la complementariedad en cada situación de cuidado?, ¿qué factores lo consienten? ¿Qué circunstancias lo alejan?

2.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Posterior a esta breve descripción del entorno del cuidado enfermero en las unidades de terapia intensiva y la tensión en que se encuentra entre los dos paradigmas de atención, es interesante indagar sobre los procesos y procesos que se constituyen en oportunidad para aplicar el principio de complementariedad como estrategia para lograr un cuidado de la salud y de la vida que reconozca al humano como un ser multidimensional. En consecuencia planteamos el siguiente cuestionamiento:

El cuidado de enfermería en la unidades de terapia intensiva, está por lo tanto ligado a una estructura que es el resultante de las dinámicas propias de estos espacios de atención; dinámicas que se evidencian en la complejidad del paciente, en la respuesta a protocolos y el elevado estrés producto del cumplimiento de objetivos laborales.

El enfermero debe responder, a exigencias diarias en múltiples áreas: asistenciales, administrativas, investigativas y educativas, además de responder a sus situaciones personales. Como resultado el enfermero hace inmersión completa en la cotidianidad de las unidades, busca un cuidado integral, pero su aplicación se dificulta, por las circunstancias que rodean la dinámica de terapia intensiva. Por lo anterior se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué procesos de la cotidianidad en el cuidado de enfermería en las unidades de terapia intensiva, permiten la aplicación del principio de complementariedad?

3. OBJETIVOS

- Develar los procesos de la cotidianidad del cuidado de enfermería en las unidades de terapia intensiva.
- Describir los procesos de la cotidianidad del cuidado de enfermería en las unidades de terapia intensiva, que permiten o no la aplicación del principio de complementariedad.

4. MARCOS DE REFERENCIA DEL CONTEXTO DE LA UCI

4.1. MARCO CONTEXTUAL

La institución de salud donde se realizó el presente trabajo, hace parte importante de una red internacional de clínicas del Instituto de una comunidad de Religiosas, la sede de Cali, la única ubicada en América; dado que las otras entidades se encuentran actualmente en Roma, Girona, Madrid y Barcelona.

La sede Cali, fundada en 1954, ha estado ubicada en diferentes sedes, ocupa la actual sede desde septiembre de 1970, dicha localización facilita el rápido acceso a los servicios de urgencias. Esta clínica es pionera en tratamientos quirúrgicos, ya que en sus instalaciones se realizaron las primeras cirugías de Cáncer, trasplante y reimplante de riñón.

Es una institución sin ánimo de lucro y la mayor parte de sus ingresos se reinvierten en obras sociales a favor de los ancianos, niños y personas con enfermedades terminales de los diferentes sectores marginados de Cali; y sus instalaciones se constituyen en patrimonio arquitectónico de la ciudad.

En Colombia; es reconocida por ser un centro de referencia para cirugías de Columna de alta complejidad; además por ser nivel IV, también se destacan cirugías en sus diferentes especialidades, sala de partos, urgencias, hospitalización, imagenología, laboratorio, medicina física y rehabilitación, cirugía cardiovascular, estereotáxica y las unidades de cuidado intensivo e intermedio adultos y neonatal.

La unidad de cuidado intensivo adultos UCI, es un área de la clínica donde se atienden personas cuyos problemas de salud ponen en riesgo sus vidas; es

atendida por profesionales altamente calificados y capacitados en medicina crítica y cuidados intensivos; tiene capacidad para la atención de 25 pacientes, 16 camas para cuidado intensivo y 9 camas de cuidado intermedio.

Esta dependencia cuenta actualmente con tecnología de punta para monitoria, diagnóstico, tratamiento y realización de procedimientos invasivos; contiguo a la UCI, se encuentra la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN) y el servicio de Angiografía, cuya proximidad facilita los diagnósticos y procedimientos que requieren de hemodinámica invasiva durante las 24 horas, además de garantizar la continuidad de los procesos y terapias.

4.2 Equipo de Salud y Actividades Laborales

El equipo de profesionales está constituido por: un coordinador médico, cirujanos, intensivistas, anestesiólogos, cardiólogos, un nefrólogo, fisioterapeutas, terapeutas respiratorias, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, auxiliar de esterilización, auxiliares de farmacia, secretaria clínica y personal de oficios varios.

En la unidad de cuidado intensivo UCI, el equipo de profesionales de enfermería consta de 23 enfermeras con preparación en el cuidado de pacientes críticamente enfermos, las cuales desempeñan específicamente labores administrativas y asistenciales, con turnos distribuidos para las 24 horas, repartidos en 8 horas cada jornada.

Durante el desarrollo de una jornada laboral (8 horas), el profesional de enfermería debe llegar, generalmente con quince minutos de anticipación para el inicio de las actividades, mirar su asignación la cual consta de aproximadamente 4 pacientes críticos en caso de que le corresponda en la UCI o 6 pacientes intermedios en caso de que su asignación sea en UCIN.

Luego de verificar su asignación, el profesional recibe el turno de cada uno de sus pacientes en compañía del auxiliar de Enfermería; durante la entrega de turno, se presenta el estado hemodinámico del paciente, los diferentes accesos venosos, medicamentos prescritos y administrados, sondas, drenajes y/o catéteres, además de los procedimientos y cambios para realizar durante el turno siguiente. De manera cotidiana se realiza la requisición de los fármacos que cada uno de los pacientes requiere según la hoja de registros de medicamentos, e inmediatamente se da prioridad a la atención de pacientes cuyo estado hemodinámico se encuentra mayormente comprometido y se informa de ello al médico intensivista que se encuentra de turno, para que se tomen las decisiones concernientes.

Posterior a lo anterior se empieza el control horario de las variables hemodinámicas, actividad electrocardiográfica, temperatura, presión arterial y saturación de oxígeno de cada uno de los pacientes teniendo en cuenta las características anotadas anteriormente y se procede a realizar el baño, las medidas de confort, la administración de medicamentos y el cambio de goteos según la dinámica vasoactiva requerida, a aquellos personas que tienen indicación de vía oral regularmente se les suministra de acuerdo a lo ordenado, allí se aprovecha el espacio para conversar con los pacientes y escuchar acerca de sus necesidades e inquietudes, generalmente no se ofrece algún tipo de información de su diagnóstico, esto es considerado según las normas de la clínica una actividad eminentemente médica; cuando el paciente se encuentra en ventilación mecánica y bajo efectos de sedación generalmente se le realiza baño en cama, allí mismo se realizan las curaciones de heridas, líneas centrales y demás dispositivos, algunas enfermeras acostumbran a hablarle a los pacientes y contarle lo que le están haciendo.

Pasadas dos horas, y cuando la situación del servicio lo permite, empieza la Revista médica en la que participa el médico coordinador de la unidad, el

intensivista de turno, la enfermera coordinadora del servicio, el grupo de enfermeras asistenciales que se encuentran en turno y las terapeutas; allí se toman decisiones del tratamiento médico las cuales se encuentran a discreción del médico intensivista, y las del grupo de enfermería y terapia respiratoria; enseguida se elaboran los planes de las actividades que se cumplen día a día con los pacientes, se revisan casos de particular importancia y se procede a cumplir con las acciones planeadas durante dicha revista. Es importante anotar que el profesional enfermero hace mayor énfasis en los cuidados es decir, valora el paciente en todo, su entorno lo que le permite de acuerdo a su nivel de conocimientos brindar atención integral.

A la hora de la visita, el profesional de enfermería que se encuentra de turno, se presenta con el familiar responsable de cada uno de sus pacientes, le brinda información acerca de la utilización de objetos de la unidad, el uso de las medidas de protección para el control de infecciones y el nombre del médico que se encuentra a cargo para ofrecerle información sobre el diagnóstico y evolución; se hace énfasis al familiar sobre la importancia de su apoyo y acompañamiento, se comparte una que otra experiencia cuando el tiempo lo permite. En este transcurrir de un turno “normal”, también se ejecutan otras acciones de cuidado, se disminuyen vasopresores de acuerdo a los parámetros requeridos, se realizan cambios de posición y medidas de confort, se administran medicamentos, procedimientos tales como: toma de muestras de laboratorio, canulación de líneas arteriales, cambio de equipos, curaciones, hemodinamias, traslados de pacientes a unidad de cuidado intermedio o a hospitalización, y se realizan además ingresos de pacientes que vienen del servicio de urgencias, cirugía, hospitalización y de otros que vienen remitidos de otras instituciones y en caso necesario se brinda atención en diferentes servicios de la institución en caso de situaciones de emergencias, lo que comúnmente se llama “ Código Azul”.

Cabe resaltar que no todas las jornadas laborales de la Unidad permiten una ejecución organizada de las actividades programadas; algunas situaciones sólo permiten interactuar con aquel paciente cuyo estado es tan crítico que sólo permiten ejecutar acciones para el mantenimiento y soporte de la vida.

Al finalizar la jornada se llenan los registros de enfermería, se incluyen medicamentos administrados y en conjunto con el personal auxiliar se hace un balance de las acciones ejecutadas durante el turno y se prepara para la entrega formal de los pacientes al turno siguiente.

5. METODOLOGÍA

El problema planteado en conjunto con la necesidad de identificar y reconocer la realidad de los procesos vividos en la unidad de cuidado intensivo, respecto a los factores de la cotidianidad, que permitieron o no la aplicación del principio de complementariedad, desde la experiencia particular de los enfermeros, nos condujo a elaborar una posible explicación de la interacción de estos elementos, por lo que la investigación cualitativa y más exactamente la teoría fundamentada nos brindaron las herramientas necesarias para responder al problema.

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Para el presente estudio se utilizó el enfoque de la investigación cualitativa, se empleó el diseño de teoría fundamentada. Se describen los métodos, el campo de estudio, la muestra, los procedimientos para la recolección de los datos, el plan de análisis, el mantenimiento del rigor científico y las consideraciones éticas.

De acuerdo a los objetivos del estudio y el proceso de interés, se utilizó el diseño de teoría fundamentada; para la recolección de la información se empleo entrevistas a profundidad. Este enfoque nos permitió identificar y comprender la realidad de los procesos cotidianos de una unidad de cuidado intensivo, de acuerdo a las experiencias de los enfermeros – as.

Carter y Little⁸ relatan que la investigación cualitativa, y en particular la teoría fundamentada: *“...tiene como objetivo comprender el significado de la acción humana...y hacer preguntas sobre los fenómenos en su contexto en lugar de probar hipótesis predeterminadas”*. Esto conlleva a que una vez indagado el problema en su tejido natural, se intente dar sentido e interpretar el proceso según los procesos de las personas involucradas.

Se abordó la perspectiva teórico – metodológica de la teoría fundamentada, debido a que con esta estructura, partiendo de los datos obtenidos de los enfermeros entrevistados, emerge una explicación sobre el proceso anteriormente señalado.

5.1.1. La Teoría Fundamentada. La teoría fundamentada, es un diseño de la investigación cualitativa, en la que la teoría o explicación de un procesos específico, emerge de los datos. El origen disciplinar de este método proviene de la psicología social, desarrollado por Glaser y Strauss⁹; este método permite forjar herramientas para interpretar el espacio de los participantes, mediante la conexión permanente entre ellos y el investigador, en conjunto con los datos, los cuales postulan un desarrollo conceptual que configura la posibilidad de elaborar una teoría explicativa basada en los hallazgos (dejando de lado las preconcepciones) del proceso estudiado^{10 11}; por consiguiente, las relaciones entre los testimonios y los conceptos que emergen son revisados permanentemente.

Durante el proceso de categorización, el investigador descubre categorías abstractas, las relaciones entre ellas, para lograr una explicación del cómo y cuándo y porqué de las circunstancias observadas. La teoría parte de la interacción de las diferentes realidades de los sujetos investigados, no se instala como una hipótesis alejada de ellos, sino que surge de las percepciones de los mismos.

Dentro de este método, es importante destacar, que la teoría fundamentada considera de mayor importancia el estudio de casos más que de variables; se exploraron casos similares, que permitieron el análisis de múltiples variables, y de esta manera se identificaron las diferencias o los factores similares entre ellos, revisándolos según los datos naturales encontrando las condiciones que los hacen comunes.

Las estrategias contempladas para el proceso de investigación basada en teoría fundamentada fueron:

1. Muestreo teórico: se seleccionaron a los participantes en consideración a la información recogida y analizada. En nuestro caso se seleccionaron a 15 enfermeros, posterior a la octava entrevista se obtuvo saturación de datos; todos los enfermeros cuentan con experiencia y trabajan en una unidad de cuidado intensivo.

2. La saturación teórica: ocurrió cuando después de la octava entrevista, no se logró obtener nueva información además de la recolectada en las entrevistas. En cada nueva entrevista realizada se identificó la aproximación a la saturación de los datos cuando los enfermeros - as, referían repetidamente códigos como la rutina, fragmentación, paisaje, desligue, etc.

3. Sensibilidad teórica: en el análisis, se consideraron los datos referentes a la cotidianidad y a la aplicación del principio de complementariedad en la Unidad de Cuidado Intensivo.

4. Método comparativo constante: se realizó con los datos aportados por las entrevistas con permanente comparación de los códigos abstraídos, de esta manera se logró identificar los datos que se repitieron constantemente, posterior a ello, se realizó la construcción de los códigos, las categorías y el proceso central.

5. Codificación: se identificaron los nombres de los procesos que lograron vincular conceptos.

6. Categorías: Se logró identificar la categoría central, a partir de las relaciones establecidas entre las demás categorías.

5.2. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.2.1 Contexto y participantes del estudio. La investigación se realizó en una unidad de cuidado intensivo adulto de una institución privada de tercer nivel, la cual está diseñada para la atención de pacientes que cursan con múltiples eventos patológicos, ofreciendo para ellos, personal asistencial calificado, tecnología y trabajo interdisciplinario.

Los participantes del estudio eran enfermeros y enfermeras de la unidad de terapia intensiva, que tuviesen más de un año de experiencia en la unidad y que no se encontraran en fase de periodo de prueba y que además aceptaran participar en el estudio.

5.2.2 Criterios de inclusión

Para ingresar al estudio los participantes cumplieron con los siguientes requisitos:

- Ser enfermeros y enfermeras que trabajaran en la unidad de terapia intensiva adulto.
- Ser enfermeros y enfermeras que tuvieran más de un año de experiencia en la unidad.

5.2.3 Criterios de exclusión

- Enfermeros y Enfermeras que fueran trasladados a otra unidad o sitio de trabajo.

- Enfermeros y Enfermeras que, aunque tuvieran más de un año de experiencia laboral, se encontraran en período de prueba.

5.2.4 Recolección de la información. Los datos sociodemográficos de los participantes están incluidos en la entrevista en profundidad.

Se contactó directamente a los enfermeros participantes, para ello se tomó en cuenta los criterios de inclusión, se les explicó la intención y objetivos del estudio, el papel de su participación; de igual manera, se les explicó la libertad que tuvieron para ingresar en él, como así mismo de retirarse sin que esto les ocasionara algún perjuicio para ellos frente a su nombre o trabajo; los enfermeros que aceptaron firmaron consentimiento informado.

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas a profundidad, por medio de las cuales se buscó identificar la perspectiva de los enfermeros – as participantes del estudio; éstas fueron grabadas y transcritas textualmente. Las entrevistas se realizaron, hasta la saturación de los datos; la estructura de las mismas consistió en preguntas abiertas y de respuesta libre. De común acuerdo con los participantes se acordaron fecha, hora y lugar de las entrevistas. Respecto al lugar, este fue un sitio distinto de la unidad de terapia intensiva y en horarios diferentes a su esquema de turno, para que los participantes estuvieran en absoluta reserva y tranquilidad para la entrevista.

Para el desarrollo de la entrevista se contó una guía de entrevistas con tópicos que lograron abarcar el problema a investigar; estas preguntas se generaron a partir de la revisión de literatura y de la experiencia clínica de el - la investigador. Esta entrevista contempló los tópicos del problema de investigación necesarios a considerar.

En las entrevistas se abordó el aspecto de la cotidianidad de las unidades de terapia intensiva y cómo ellos - ellas desarrollan su trabajo y brindan el cuidado. También se indagó sobre los procesos que los enfermeros desarrollaron para aplicar el principio de complementariedad. En cada uno de los encuentros se les solicitó a los enfermeros sus opiniones, percepciones, pensamientos, sentimientos y experiencias sobre los procesos de la cotidianidad del cuidado de enfermería.

Se realizó una reunión con los enfermeros de la unidad en la que se les expuso el problema, el propósito, la pregunta, los objetivos, el tiempo estimado del estudio, los beneficios a obtener, la metodología a seguir, se les explicó que la participación no implicaba ningún costo para ellos, que la participación era de carácter voluntario, se les garantizó la confidencialidad de la información, el derecho a conocer la información nueva respecto al estudio; se les preguntó sobre el deseo de participar y a los que aceptaron se les entregó el consentimiento informado.

Con cada participante se acordó la fecha, hora y el sitio para la entrevista en profundidad.

5.2.5 Análisis de la información. Una vez recolectados los datos, se transitó al análisis concomitante de los mismos, como está determinado por el método basado en teoría fundamentada. De esta manera se logró delinear nuevos aspectos para tratar en los siguientes encuentros con los participantes. Por cada entrevista realizada el método para el análisis de los datos siguió el siguiente patrón: codificación abierta, que consistió en la lectura inicial de las entrevistas, identificando línea por línea, las frases o palabras que expresaron la esencia del discurso, de esta manera se construyeron los códigos, reorganizándolos, reagrupándolos para establecer códigos conceptuales, además de haber generado categorías y subcategorías, identificando entonces los procesos, las condiciones causales, el contexto, las condiciones intervinientes y las estrategias

de acción/interacción. Finalmente, en la codificación selectiva se tamizaron las categorías, develando una que es el eje central del proceso en estudio. Se utilizaron esquemas algorítmicos para representar las categorías identificadas, tanto para los resultados como para la discusión, logrando encontrar vínculos entre distintas categorías y subcategorías, los cuales apoyaron la plataforma para explicación del proceso central encontrado.

5.2.6 Rigor metodológico

5.2.6.1 Credibilidad. Los participantes de la investigación pueden verificar los resultados obtenidos para evidenciar si se sienten representados, respecto a lo que ellos piensan, sienten y percibieron de su experiencia en el fenómeno o situación a investigada. Para este objetivo, los investigadores dieron a conocer a los participantes aspectos puntuales de la información para la verificación de su correspondencia.

5.2.6.2 Auditabilidad. Se permitirá que otro investigador, con conocimiento de la metodología y teniendo perspectivas semejantes como los campos de estudio, examine los datos recogidos y pueda entonces llegar a conclusiones similares. Para esto se mantienen los registros, en audio y transcripciones de las entrevistas, así como el proceso desarrollado para el análisis de la información.

5.2.6.3 Aplicabilidad. Las conclusiones obtenidas del estudio, pueden transferirse y aplicarse a otras comunidades científicas similares, como es el caso del cuidado de enfermería en otras unidades de terapia intensiva adulto.

5.2.7 Consideraciones éticas. Para el desarrollo del estudio se contó con la aprobación del comité de Ética de la Universidad del Valle y con la aprobación del comité de Ética institucional de la Unidad de Cuidado Intensivo donde trabajan los enfermeros. El servicio donde se realizó la investigación fue la Unidad de Cuidado

Intensivo Adulto, la cual está compuesta de 30 camas asignadas a diferentes áreas de atención sanitaria, como es el caso de trauma, problemas médicos y quirúrgicos. El servicio cuenta con equipos interdisciplinarios, entre médicos, fisioterapeutas y enfermeros con distintos grados de preparación académica. El número aproximado de enfermeros de la unidad es de 16, de los cuales 8 participaron, el tiempo de experiencia fue variable.

Cuatro miembros del grupo de enfermeros cuentan con formación posgraduada en cuidado intensivo. No obstante, para el estudio, este no es un criterio de inclusión. Los investigadores se comprometieron a realizar seguimiento telefónico a los participantes que se sintieron vulnerables durante la entrevista, para cerciorarse del bienestar emocional y/ o establecer la necesidad de buscar intervención psicológica. Se asignó por cada participante un código que reemplazó el nombre del entrevistado, con el fin de guardar el anonimato.

6. RESULTADOS

6.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las 8 personas participantes del estudio correspondieron a 6 enfermeras y 2 enfermeros cuyas edades variaron entre 26 y 53 años, quienes tienen diferente experiencia laboral en la UCI, el rango fue de 3 a 25 años. Ver cuadro No. 1

Cuadro No 1 Datos Sociodemográficos de los participantes.

ENTREVISTA	EDAD	GENERO	ESTADO CIVIL	UNIV DE EGRESO	AÑO DE EGRESO PREGRADO	TIEMPO DE LABOR	TIPO DE CAPACITACIÓN
001	27	Femenino	Soltera	Universidad Libre	2012	9 años	Entrenamiento en UCI
002	26	Femenino	Soltera	Universidad de Cartagena	2008	4 años	Entrenamiento en UCI
003	28	Masculino	Casado	Universidad Libre	2008	5 años	Diplomado en UCI
004	49	Masculino	Soltero	UPTC	1991	25 Años	Especialización en Uci
005	53	Femenino	Soltera	Universidad del Cauca	1982	22 Años	Especialización en UCI
006	28	Femenino	Soltera	Universidad de Caldas	2010	3 Años	Entrenamiento en UCI
007	30	Femenino	Casada	Universidad Santiago de Cali	2009	5 Años	Entrenamiento en UCI
008	35	Femenino	Soltera	Universidad del Valle	1998	8 años	Entrenamiento en cuidado intensivo

Posterior a la recolección de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a las enfermeras de la unidad de cuidado intensivo, sumado al análisis simultaneo de las mismas, se identificaron códigos que edificaron las categorías principales, en conjunto con un procesos central al que se denominó “fragmentación del cuidado” Las categorías fueron denominadas así:

1. El cuidado
2. Los cuidados
3. El cuidado y la complementariedad
4. La rutina y la complementariedad
5. El ambiente y la complementariedad
6. La autonomía y la complementariedad

A continuación se describirán, las categorías principales con sus características:

6.2. EL CUIDADO

Las enfermeras responden a las necesidades en la UCI y describen el cuidado como algo que es inherente al ejercicio de su profesión, que tiene como único objetivo el responder a las necesidades de las personas que se encuentran hospitalizadas en la unidad. Para la mayoría de las enfermeras, la verdadera esencia de la profesión es el cuidado, y en ese cuidado prevalece el componente humano, que les permite ayudar al paciente a superar una situación de alteración de la salud y hacer frente a la misma, para aceptarla de la mejor manera posible.

El cuidado como parte esencial del ser enfermero (a) implica además tener una vocación. Una de las enfermeras participantes expresó lo que para ella representa ser enfermera (o)

“Ser enfermero en esencia, me permite modificar actitudes frente al manejo de los pacientes o mejorar otras, es tener vocación, por eso yo no creo en que esto sea para todo el mundo” (E 06 – 202 – 204)

Una enfermera expresó:

“Los pacientes de la unidad, hay que brindarles mucho cariño, porque hay diferentes tipos de cariño, entonces uno crea una relación empática con los pacientes y uno los considera propios a pesar de que a uno le digan que el paciente no es de uno, pero el paciente está buscando quien lo cuide de la mejor manera, que sepa, que tenga conocimientos, que los cuide y finalmente uno se queda empoderado de esos pacientes porque los considera propios por así decirlos como hijos”. (E 05 – 84 – 89)

Otra persona participante manifestó sobre las diferentes necesidades, de quienes están hospitalizados en la UCI

“El ser humano pienso yo que es un ser que necesita algo, necesita un apoyo y por eso está ahí, necesita que yo le de mi atención, que le de mi cuidado para ayudarlo en ese momento de dificultad en que se encuentra independientemente de que necesidad, yo le tengo que dar toda la atención y ahí surge la necesidad de la integralidad en la atención porque es cubrir todas las necesidades de ese ser humano, pienso yo, entonces a mí me interesa saber por qué el paciente tiene la cara triste hasta lo que está pasando a nivel hemodinámico, a nivel ventilatorio ¿Cierto?” (E 06 - 81 – 87)

Las enfermeras también describen el cuidado, como un elemento que les permite complementar e integrar todos los sistemas del paciente, es decir, también es estar allí, brindarles amor, cariño, inspirarles confianza y ser capaces de explicarles su situación en un lenguaje sencillo, tal él es el caso de aquellas situaciones, entre muchas otras, en las que el paciente se encuentra sometido a una fuerte carga emocional por el padecimiento de una enfermedad terminal.

A partir de ello, la capacidad de dar cuidado se constituye en la materia prima para responder a las necesidades de los pacientes, lo que en esencia hace que enfermería sea una profesión que marca la diferencia de las demás profesiones de Salud.

Una de las enfermeras manifestó sobre la capacidad que tienen para integrar acciones en el momento de la atención al paciente:

“Como enfermeras tenemos la capacidad de incorporar todo eso para poder dar un diagnóstico, para poder dar una ayuda integral, una atención integral” (E 03 – 76 – 78).

Otra participante relató sobre la vocación para brindar cuidado y otras características de éste, fundamentado en el conocimiento:

“El cuidado es esa vocación que usted tiene como enfermera, esa tolerancia, esa paciencia, ese cuidar con amor, es decir, brindar el cuidado a ese paciente de una forma calidad, y no solo porque es mi función hacerlo, a eso me refiero” (E 02 – 88 – 91).

Otro componente esencial para la concepción de cuidado, es su soporte en el conocimiento científico, el cual es considerado como elemento importante para la atención integral del individuo, ya que por medio de éste se conocen, manejan y previenen aspectos de tipo biológico y psicológico, los cuales determinan patrones de conducta terapéutica que establecen la necesidad de abarcar al paciente como un todo.

En determinadas situaciones de salud, según el estado del paciente el cuidado se enfoca principalmente en uno de los aspectos mencionados.

En las entrevistas se encontró que las enfermeras consideran, que el conocimiento biológico, es vital para poder determinar el tipo de situación que tiene el paciente y así mismo entonces poder ejercer el cuidado de manera integral.

Una de ellas expresó:

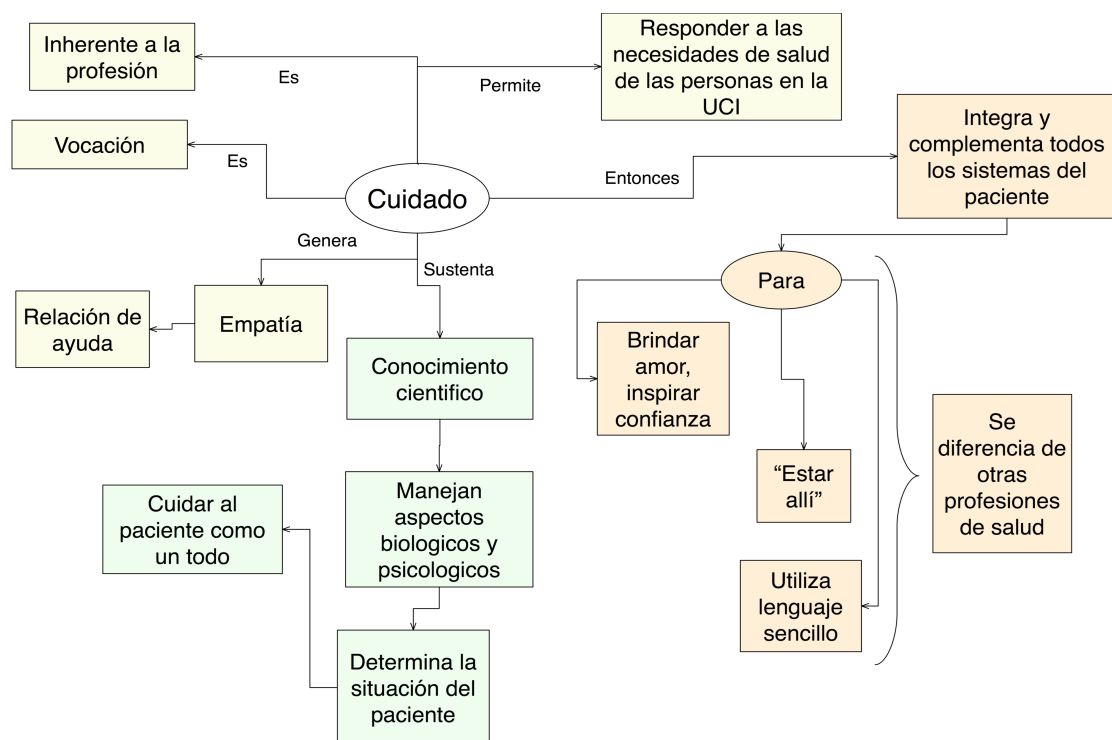
“La parte biológica es saber cómo actúan los medicamentos y que estoy brindándole yo al paciente en cuanto a la patología, sí sé en qué consiste la patología, que es lo que tengo que quitar, que es lo que tengo que ir disminuyendo en cuanto a los medicamentos, en que puedo ofrecerle” (E 07 – 38 – 41).

Otra mencionó al respecto de otorgar el cuidado en base al conocimiento:

“La cualidad que deber tener un enfermero, es que tiene sus conocimientos claros, es una persona tranquila donde usted tiene la forma de discernir que va a hacer con el paciente, eso básicamente debe de tener una enfermera de cuidado crítico” (E 07 – 207 – 209).

En la figura No 1, se presenta la categoría principal: El cuidado y sus subcategorías

Figura 1. El Cuidado, sus Características y sus Componentes, según Subcategorías



6.3. LOS CUIDADOS

Las enfermeras relatan sobre los cuidados, como un conjunto de acciones que se perfeccionan y completan para conservar, mantener y recuperar la salud del paciente y que hacen parte del quehacer diario. Estas acciones parten de una sensibilidad y gusto por parte del enfermero, como una expresión de arte, lo cual conduce a que se practiquen en torno a fundamentos éticos y vocacionales.

“Yo pienso que en ese arte de ser profesional de enfermería, lo más importante es que a uno le guste lo que hace, que uno aprenda a curar, para ser cada día un poco mejor, de allí que aprendamos a manejar a las personas de una u otra manera, a veces otra colega viene y lo cuida de manera diferente, eso marca la diferencia, sobre todo cuando tú te has preparado para cuidar y brindarle amor y confianza a ese paciente” (E 04 – 356 – 365).

Las expresiones de cuidado, fueron relacionados por las enfermeras como esa articulación entre muchos elementos, entre ellos la comunicación con la familia del paciente, con la competencia, la disciplina, el espíritu de solidaridad y compromiso de procurar por la humanización; lo que permite al enfermero, establecer una relación más creativa y amorosa, con los pacientes que requieran una mayor vigilancia de su estado.

“La enfermera es fundamental. Yo digo así como lo es el auxiliar de enfermería, que solo está orientado al hacer, nosotros además de eso tomamos la observación y el hacer y lo complementamos con los conocimiento y le damos un enfoque diferente, lo articulamos como nos lo enseñaron en la Universidad, entonces miramos el monitor, miramos al paciente, vemos los laboratorios y sabemos exactamente cuáles son las necesidades del paciente, o sea son cosas que solo una enfermera debe saber hacer, es decir, nosotros incorporamos todo eso para poder brindar una atención integral ” (E 03 – 71 – 78).

Las acciones de cuidado se fundamentan en explicar cada procedimiento que se realiza al paciente, desde el momento en que ingresa a la unidad de cuidados intensivos; según las participantes, es primordial dentro de las expresiones del cuidado, que la enfermera se presente, le diga al paciente donde se encuentra, cuál es número de la habitación que le corresponde y que personal le atenderá. A su vez que le explique en qué consiste su enfermedad, y cada vez que se realiza un procedimiento, se lo aclare, esto contribuye a que su intervención logre el efecto esperado y la generación de vínculos de confianza.

Al respecto una de las participantes señaló:

“Hay situaciones en las que los pacientes, y ellos lo refieren algunas veces, que lo que buscan en un enfermero, no es solo que, “venga adminístreme el medicamento”, “venga hágame la curación” sino que ellos a veces requiere en que uno tenga espacios en los que pueda dialogar con ellos mientras les hace sus procedimientos. Por ejemplo, se han encontrado pacientes que están ansiosos, preocupados, se tornan taquicárdicos e hipertensos, y en ese momento no es solo administrarles el medicamento para el dolor o disminuirles la frecuencia cardiaca, sino que con solo dialogar con ellos llegan a la tranquilidad y se sienten más seguros” (E 02 – 55 – 62).

Los enfermeros aducen, que el poder hacer las cosas de manera adecuada según un criterio, determina una tranquilidad para con el trabajo y consigo mismo, conllevando entonces a la satisfacción de su desempeño y al cumplimiento de sus valores personales. Lo que permite entonces una entrega más allá de las responsabilidades inmediatas de su cargo, los enfermeros logran una interacción profunda con sus pacientes y procesos, no solo desde la responsabilidad del cargo, sino también desde la plataforma de valores, el canalizar una vena, se convierte en el espacio de intimidad con el paciente; busca entonces no solo el procedimiento, sino que ese momento se convierta en un elemento de ayuda, de tranquilidad.

Una de las enfermeras del estudio manifestó:

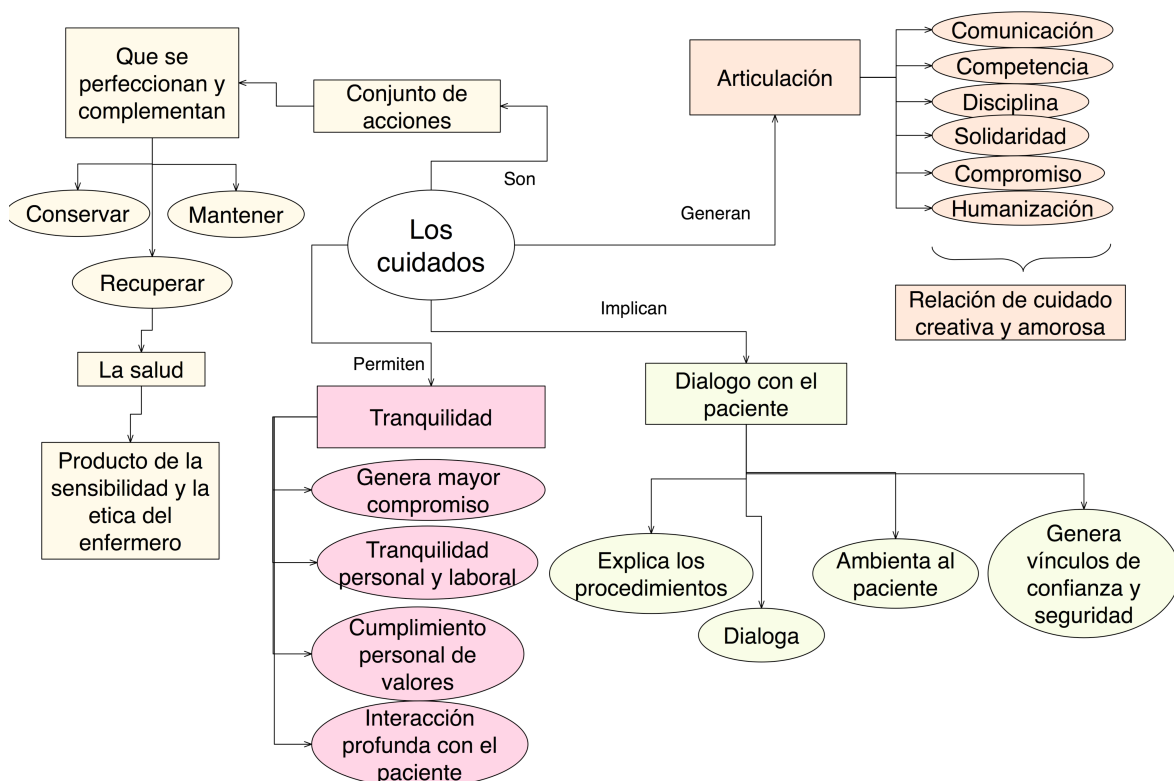
“...dices “Yo no hice tal cosa, yo no le di los cambios de posición a ese paciente, yo no hice esto” y entonces eso lo veo yo como que tu conciencia está acusándote y eso ya no te está dando tranquilidad, entonces que rico que tú puedas acostarte y sentir que hiciste lo que debías hacer, bien hecho cuando lo debías hacer”. (E 06 – 123 – 126)

Otra participante expresó lo siguiente:

“... yo incluso cuando he sido coordinador, que mi puesto es allá en un escritorio supuestamente, yo siempre estoy es metido con el paciente porque esa parte me llama, esa parte soy yo”. (E 06 – 286 – 288)

En la figura No 2 se presenta la categoría: “los cuidados”, no solo como un conjunto de acciones, sino en relación con otros componentes del cuidado.

Figura 2. Los Cuidados, sus Características y Relaciones con el Paciente, con el Cuidado, las Acciones y la Salud



6.4. EL CUIDADO Y LA COMPLEMENTARIEDAD

Algunas enfermeras explican, que el cuidado que aplican es de carácter complementario, algunas funciones que no se desarrollan en otras profesiones de salud sí se emplean en enfermería, y describen que ellas integran aspectos fundamentales del cuidado. Detallan además que la atención que prestan es de gran compromiso y responsabilidad puesto que el criterio que de una u otra forma se les permite aplicar, les da la posibilidad de interactuar con los demás miembros del equipo interdisciplinario.

Esta interacción permite exponer argumentos de cuidado en favor de la situación del paciente, lo que demuestra un conocimiento válido, sustentado en conceptos claros, los cuales son el producto del mismo contacto con el paciente; de manera adicional, se forma un sentido de independencia en la toma de decisiones lo que consiste en edificar elementos de confianza en su desempeño diario; aducen además que la posibilidad de hacer las cosas de manera adecuada, conlleva a la satisfacción del desempeño profesional e incorpora el trabajo activo a la dinámica cotidiana de la UCI.

Una de ellas expresó:

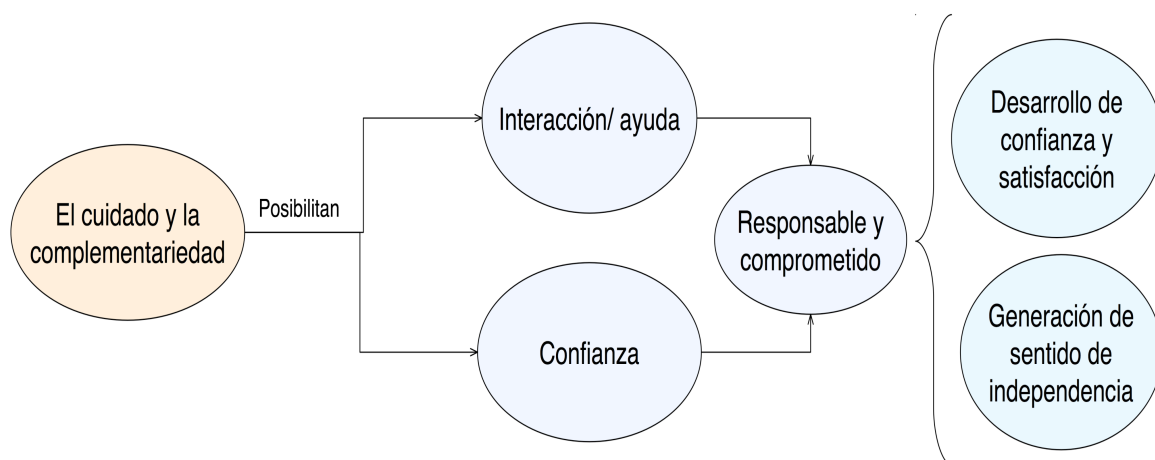
“...Luego ya se hace la revista médica y se comenta con el médico que cambios hay, que sugiere; se le comenta al médico cosas que ellos no saben y que de pronto...”ah no doctor no tiene y este paciente ayer hizo una taquicardia, acá está documentada, que se le puso, cuanto se le puso, porqué hizo la fibrilación auricular, si fue por hipokalemia”, se mira el porqué de las cosas y se complementa para ayudar a ese paciente” (E 01 – 8 – 11).

Otra enfermera relató lo que los pacientes manifiestan respecto a la relación con otras profesionales y el papel de la enfermera:

“Lo que yo le digo, ellos manifiestan mucho que sienten mucho miedo hacia el médico, o que a veces ellos no son claros, entonces ellos siempre buscan es a la enfermera para que use palabras más cotidianas para ellos entender o ven en uno una persona de confianza” (E 02 – 219 – 222).

En la figura No 3 se presenta la categoría: el cuidado y la complementariedad, y la descripción que para las enfermeras hacen de ella.

Figura 3. El Cuidado y la Complementariedad



6.5. LA RUTINA Y LA COMPLEMENTARIEDAD

Las enfermeras aducen situaciones con respecto al ambiente de la UCI, descrito por algunas como hostil y rutinario, un ejemplo de ello lo constituyen las labores administrativas que van desde la distribución de los pacientes, hasta la manera en que se conciben los tiempos de atención y los potenciales vínculos que todo ello puede generar.

En este proceso aparece nuevamente el papel determinante del actual Sistema de Salud, en donde se involucran elementos que tienen que ver de manera directa con el rol del enfermero, lo que de alguna forma permite que sus compañeros de trabajo, e incluso ellos mismos se dejen desbordar, lo que facilita que se desdibuje el criterio de acción especialmente en la toma de decisiones y en la integración del cuidado.

Todos estos procesos obstaculizan el procesamiento consciente de la información, genera respuestas mecánicas al ambiente, modifica en muchas ocasiones el vínculo, que genera el mismo cuidado de los pacientes, convirtiendo esta relación en meramente mecánica, que resulta en una simple sumatoria de las partes, más no en una interrelación propia de las mismas, lo que conlleva según las enfermeras a fomentar procesos de rutinización, en el que prevalecen solo procesos administrativos y protocolos de procedimientos, dando como resultado, una forma de cuidado que no se centra en la persona, sino en el proceso por el cual se accede a la unidad, en donde el lenguaje, no se encuentra dirigido al paciente, no permite la integración de la familia, sino, a una rodilla, a un corazón, a una presión arterial, etc.

Frente a lo anterior, una de las enfermeras (o) expresó:

“...de hecho cuando recibimos una cirugía, sólo preguntamos ¿que llega?, no decimos ni siquiera llega un paciente, sólo decimos, llega una neuro y eso es algo que no debemos hacer, pero el tiempo, la entrega de turno de todos los días, las asignaciones administrativas, los procedimientos del día a día nos facilitan todo esto y entonces nos volvemos sólo mecánicos y se nos olvida la condición humana”. (E 08 88-92).

Este entorno descrito por los enfermeros de las Unidades de Cuidado Intensivo, demandan en el quehacer diario un esquema cerrado, que en la mayoría de las ocasiones requiere de tiempos exactos, de procesos continuos y obligatorios que

conducen a un comportamiento de respuesta inmediata para el alcance de indicadores, sin la posibilidad de plantear modificaciones según criterios propios, el enfermero asume estos protocolos y en muchas ocasiones el cumplimiento de ellos está por encima de la atención directa, más aun cuando estos constituyen elementos básicos e indispensables en la evaluación de su desempeño, y de esta forma el cuidado se moviliza en respuesta no de las necesidades del paciente, sino del servicio.

Un enfermero (a) comenta:

“...Digamos que respecto a mi experiencia, yo pienso que uno va a un sitio como esos y en las salas sólo nos informan los básico, la rutina del servicio, aquí esto es así, se toma así, usted tiene que hacer esto o aquello, todo ello nos rutiniza y no nos permite crecer en el verdadero cuidado”. (E 02 48-52).

Los enfermeros entrevistados describieron, que el contexto actual, solo se moviliza en la consecución objetivos los cuales aparentemente van en beneficio del paciente y al intentar conseguir lo estipulado, es decir, lo que indica el protocolo, el enfermero se concentra únicamente en la acción puntual, separada ésta del eje que la originó y todo ello inevitablemente es generado por la misma rutina, por la repetición permanente de estímulos, los cuales inicialmente llaman la atención de los enfermeros y permiten la interacción profunda y reflexiva con los pacientes, pero cuando estas circunstancias cambian por efectos de la misma rutina, de la misma dinámica de trabajo, los enfermeros reconocen la necesidad de abstraerse de lo demás y desde esta perspectiva, la complementariedad se vuelve circunstancial.

“A nosotros nos entregan cinco pacientes por turno, por lo menos anoche me llegó una paciente que nos comentaron de una EPS, estaba inestable y aparte de ella tenía todos los pacientes con inestabilidad hemodinámica, sólo entré la miré y me enfoqué sólo en lo inestable, no hubo ninguna interacción allí, todo ello por el estrés

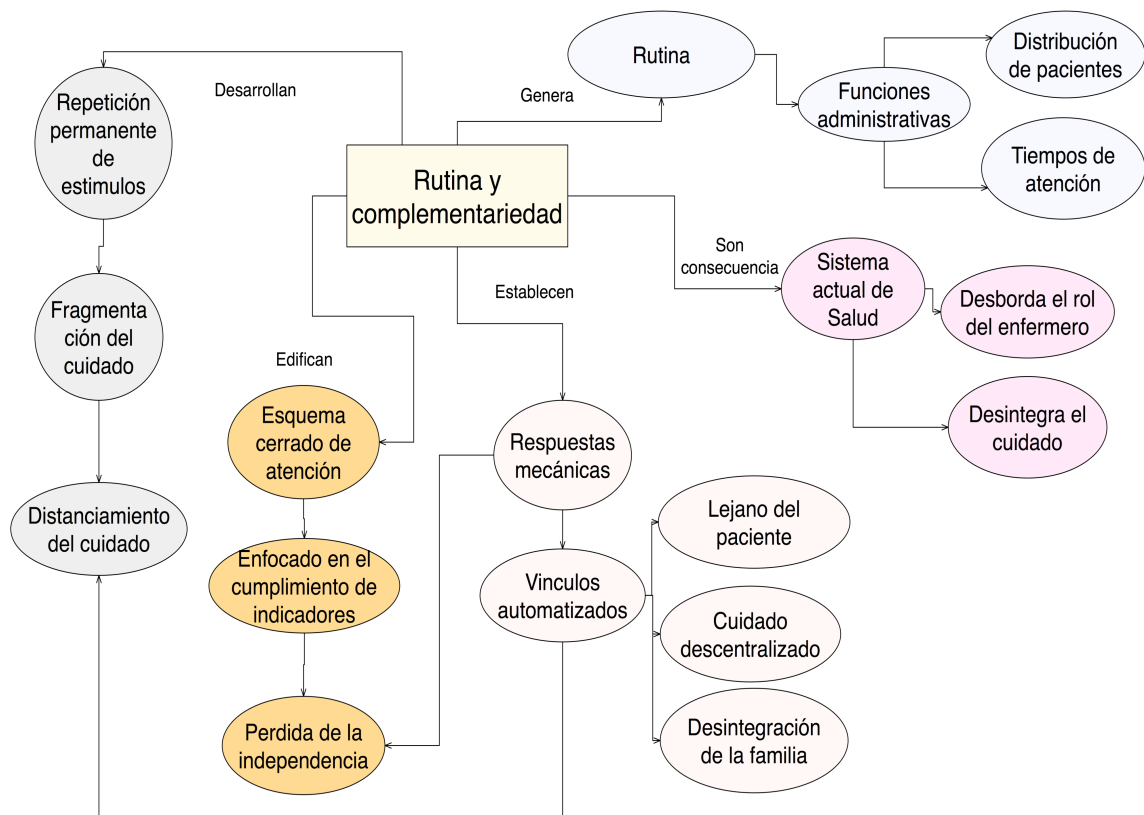
del turno, a sabiendas que ese no es el deber ser, eso es tenaz y eso nos duele después” (E 03 75-77).

De igual manera otra enfermera expresó al respecto:

“El cuidado tiene que complementarse, no puede ir por caminos diferentes para eso es la enfermera, el médico en la mayoría de las veces sólo cumple con su parte biológica y ellos están básicamente para eso, pero las enfermeras debemos complementarlo, es demasiado fundamental para el cuidado, otra cosa es que por todo eso del sistema no lo puedas hacer”. (E 07 78-80).

En la figura No 4 se presenta la categoría: rutina y la complementariedad, acompañada de los aspectos centrales de la descripción que las enfermeras hacen de ella.

Figura 4. Rutina y la Complementariedad



6.6. AMBIENTE Y COMPLEMENTARIEDAD

El ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos, descrito por las enfermeras (os) demuestra la automatización de procesos, que conlleva al desdibujamiento de vínculos entre enfermeros y pacientes; estos lazos se evidencian en el cómo se generan las relaciones, en este aspecto, los mismos enfermeros aducen que el ambiente y la rutina conlleva al establecimiento de un lenguaje que propone maneras de recibir a un paciente y como resultado, conductas que comportan el tipo de cuidado a realizar, que no se enfoca en la persona, sino en el proceso por el cual accede a la unidad, donde entonces el encuentro en las Unidades no es con la persona, sino con el procedimiento, de tal manera se invisibiliza al sujeto de atención.

“...de hecho cuando recibimos cirugía “¿Qué llega?”, no decimos “llega un paciente”, “¿Qué llega?” “No, una neuro”, eso es fragmentar, eso es algo que no se debe hacer o “¿Qué llega?” “Una cadera”, y creo que lo hacemos bastante todos los días por lo general, es así, no es llega un paciente de tantos años y tuvo una fractura de cadera, como que nos facilitamos esa parte y nos volvemos mecánicos.” (E 07 – 187 – 192).

Los enfermeros describen que la atención al paciente en la UCI debe tener objetivos claros, ofrecer el cuidado más correcto y adecuado, guardar proporción con el proceso de salud. En la cotidianidad de la UCI, el marco de su ambiente determina también la participación en la toma de decisiones de los enfermeros, un juicio que depende de la complejidad del turno y de la participación activa de sí y de los otros; no obstante ellos aducen que algunas situaciones del ambiente de las unidades hacen que compañeros de trabajo y ellos mismos, se dejen desbordar, forjando una estructura automática de su desempeño, desdibujando entonces su criterio de acción y toma de decisiones, además de fragmentar la integralidad del cuidado.

Un enfermero describe:

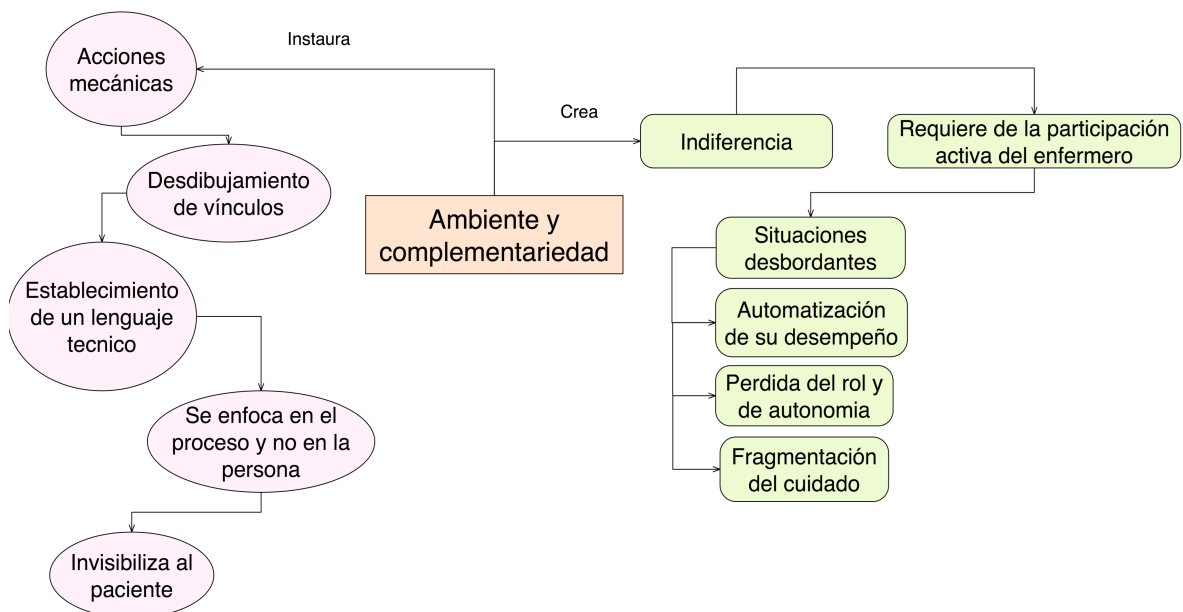
“incluso yo analizaba eso también desde el punto de vista del RCP (resucitación cardio pulmonar), por ejemplo, a la gente poco y nada le interesa saber cuál fue la causa del código azul, le interesa empezar a dar masaje, todo el mismo proceso como si todo girara en torno de lo mismo, o sea, es un código azul, independientemente de si fue por una sobrecarga de medicamentos” E 03 – 61 – 65

De igual manera otro enfermero también relató:

“pero a mí en ese momento como que no me importo, me importaba era la parte de lo físico, lo que estaba ocurriendo, como que si en ese momento uno pum, se desliga y así mismo en condiciones, por ejemplo, un código azul, cosas así que implican que tú tienes que estar acá y no allá” (E 03 – 250 – 254).

En la figura No 5 se expone los aspectos nucleares de las narraciones realizadas por los enfermeros sobre ambiente y complementariedad.

Figura 5 Ambiente y Complementariedad



6.7. AUTONOMÍA Y COMPLEMENTARIEDAD

Para las enfermeras de la Unidad de Cuidado Intensivo, es importante cuidar de manera integral a la persona que está hospitalizado en la UCI y a su familia como un solo núcleo de cuidado, el establecimiento de lo anterior, permite el desarrollo de la autonomía en el cuidado enfermero, cuando se posibilita la toma de decisiones en pro del paciente.

Desde esta consideración, los enfermeros indican, que el problema radica en la dificultad de modificar algunas normas; son conscientes de la ruptura que provocan en la visión integral de la persona, pero su fuerte posición, su establecimiento institucional, obligan a asumirlas; ya con el tiempo, la instauración de las mismas, que generaba el conflicto en sí mismo, ahora aparecen espontáneamente, son ya no los críticos de las mismas, sino en muchas ocasiones defensores de ellas, dejando de lado los contenidos éticos y humanos que algunos tardaron mucho en sembrar.

En correspondencia con lo anterior, los enfermeros narraron:

“Los vigilantes tiene orden de sacar a todo el mundo y nosotros de sacar a la gente que no está en el horario de la visita, cuánto hay detrás de todo eso cuando nosotros estamos pegados a las normas, cuánto quisiera yo que me dejaran un poquitico más si es que yo no estoy molestando nada, pero es que la norma dice que es de 5 a 6 la visita y usted no puede pasar de aquí” (E 04 – 155 – 158).

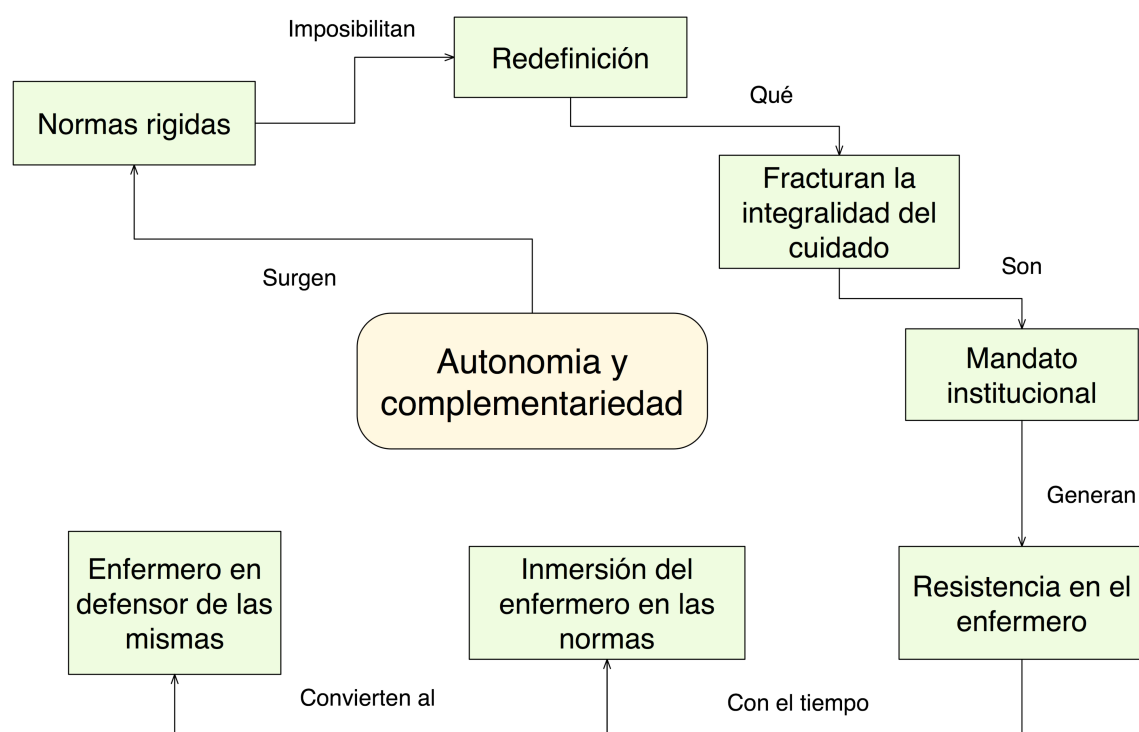
De igual manera otra enfermera describe:

“En la UCI cuantas personas le dicen: mire se cerró la puerta, es la hora de la visita y se cerró la puerta, no hay información hasta las 5 de la tarde”, nadie sabe que pasa y los enfermos ¿Cómo era que me decían ellos? “y el médico le dice a uno que su familiar tiene riesgo de

fallecer y nadie le dice entre las 12 y media y las 4 y media de la tarde que ha pasado y uno con esta angustia”

En la figura No. 6 se indican los elementos principales de la narración por parte de los enfermeros referente a autonomía y complementariedad.

Figura 6. Autonomía y complementariedad



6.8 FENOMENO CENTRAL

6.8.1. FRAGMENTACIÓN DEL CUIDADO

Durante las entrevistas las enfermeras hicieron referencia a la integración de los principales componentes del cuidado: el componente biológico y el humano e hicieron referencia que para el éxito en el desempeño de una profesión, no es

suficiente tener una competencia técnico-científica, sino que es necesaria una buena capacidad de integración entre estos dos componentes, de esta forma refieren sentimientos de angustia cuando por diferentes situaciones como el ambiente de las unidades, el estrés, la sobrecarga laboral, los procesos asistenciales y administrativos, no permiten que estos dos ejes puedan articularse, sino que se fracturan, impidiendo el cumplimiento de un cuidado que retome a la persona como una totalidad.

Los enfermeros manifiestan además que existe una desproporción entre los conocimientos técnicos adquiridos y la preparación en los aspectos humanos de la profesión, por lo que es importante profundizar en este aspecto, teniendo en cuenta que el sufrimiento de los pacientes no es un síntoma, ni un diagnóstico, sino una experiencia humana demasiado compleja por naturaleza.

En las entrevistas las enfermeras describieron:

“Por ejemplo, cuando usted está en la universidad en pregrado uno ve la enfermería como otra cosa como algo más científico, netamente biológico y ya uno quiere hacer en esta parte hincapié, pero cuando usted empieza a trabajar ve que lo biológico si es importante, claro también está el accionar de enfermería que tiene que desligarlo mucho de lo médico, dejar ese cuadro y dedicarse finalmente a la enfermería que es el accionar de los cuidados, todo lo que implican los cuidados, si dentro de ese cuidado está la administración de medicamentos, es importante porque finalmente está haciendo que biológicamente el paciente salga de su curso patológico, pero ese cuidado de enfermería también tiene que ver con el mismo confort del paciente, todo lo que hace que ese paciente se sienta bien en esa cama por así decirlo, entonces cuando solo nos dedicamos a cumplir órdenes médicas, a hacer procedimientos meramente administrativos, obviamos la esencia de la enfermería y la esencia del cuidado es eso el cuidado del paciente de forma holística, cuidar sus sistemas, cuidar todo y también integrar al familiar” (E 05 - 67 – 05).

Para la mayoría de las enfermeras, el perfil de un profesional en el área de cuidado intensivo tiene una gran responsabilidad, lo que implica inevitablemente

velar por la dignidad que merece el ser humano visto en el contexto de integralidad, que específicamente está compuesto por cuerpo y alma, todo ello en la actualidad genera situaciones de crisis frente a los diferentes modelos de atención, los cuales por algunas características no permiten un cuidado articulado, responsable y competente, con repercusiones en la toma de decisiones éticas, que lleva al enfermero al cumplimiento de tareas, de indicadores, alejándolo de la sustancia de su profesión, estructurando entonces marcos de monotonía, que convierten al enfermero en un sujeto automático, incapaz de visualizar lo nuevo de cada encuentro con el paciente.

Las enfermeras en las entrevistas relataron:

“lo que para muchos todo se le vuelve paisaje como dije anteriormente y se acostumbra a ver pacientes y a ver solo estados patológicos y deja en la casa, no sé dónde dejará la parte humana y no le duele el paciente, en cambio a uno le duele el paciente “ (E 05 - 119-122).

Según las enfermeras de la unidad de cuidado intensivo, el profesional de Enfermería debe poseer un perfil integrador, que incluya conocimientos afectivos, emocionales, tecnológicos y científicos y que consideren al paciente como un ser holístico y único, cuyo equilibrio puede estar afectado no sólo desde el punto de vista orgánico, sino también emocional y social; pero el problema surge cuando los actuales sistemas de atención de salud, no permiten que el enfermero pueda elaborar y ejecutar el cuidado en función de la persona, ni de sus necesidades, no consiente mecanismo de evaluación reflexivos de su quehacer, de sus relaciones, de su manera de influir en las situaciones de la persona que está hospitalizada, no genera espacios para detenerse a pensar, resultando entonces en la aparición de una brecha entre lo biológico y lo humano, priorizando sobre lo biomédico, institucional, conllevando a un desligue de lo humano.

Respecto a lo anterior, las palabras de las enfermeras evidenciaron:

“Bueno, la forma de integración de esas dos visiones es el verdadero conocimiento, ahí si nada que hacer, uno conoce la patología, uno conoce la fisiología, uno sabe por dónde encaminar esos cuidados, pero el desligue es algo muy difícil porque desafortunadamente estamos sometidos a un sistema y si uno no lo hace entonces el sistema le dice a uno usted paga, si usted obvia tal cosa o comete u error debe pagar y entonces uno muchas veces está como a camino de los caballos, que va sólo hacia un lado porque si usted se desvía podría tener serias consecuencias que son las que le dan a uno el sistema” (E 05 - 201-210).

Otra enfermera (o) comentó:

“Tiene que complementarse, no pueden ir por caminos diferentes para eso es la enfermera, el médico cumple con su parte biológica y ellos están básicamente para eso, y no tienen esa parte, pero las enfermeras si tienen que complementar esas cosas, es demasiado fundamental para el cuidado, otra cosa es que por todo aquello del sistema no lo puedas hacer”. (E 07 - 78-80).

Es fundamental para las enfermeras, responder a los avances de la tecnología, pero todo ello sin perder el horizonte de lo humano que considera al paciente como un ser integral, que exige además establecer vínculos de apoyo a la familia basado en una comunicación fluida, honesta, receptiva, que escucha sus inquietudes con respeto y consideración, todo ello significa ver al paciente como un todo, estar allí, verlo, tocarle, escucharle, es decir, concebirlo como un ser que existe, que piensa, un acercamiento holístico, cuyo principal objetivo sea proporcionar bienestar al paciente, familia.

Las enfermeras (os) describieron en las entrevistas:

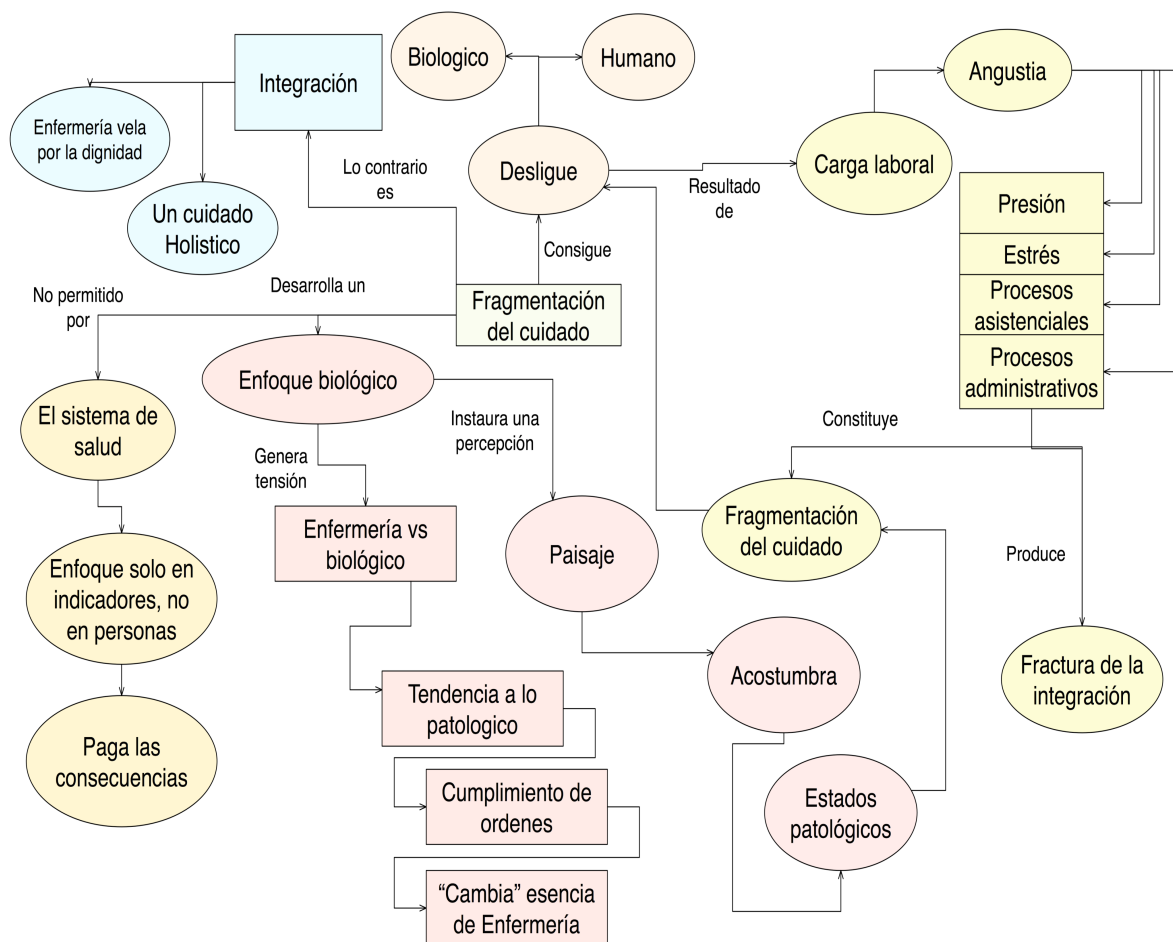
“nosotros además de eso observamos al paciente, lo tocamos, le hacemos, y al hacer lo complementamos con los conocimientos y le damos un enfoque diferente, como nos lo enseñaron en la universidad, un enfoque holístico, una ayuda integral” (E 03 -71-73).

Nuevamente aparece el papel determinante que juega el sistema en los aspectos fundamentales del rol enfermero. Aunque esta situación demuestra la manera en

que se vigila las respuestas de los pacientes, también evidencia la inversión de esfuerzo que las enfermeras realizan a una actividad protocolaria. Es cierto que de ella se consiguen los datos necesarios para contemplar la evolución de los pacientes, sin embargo en la descripción surge la referencia sobre el tipo de enfoque en la atención, hacia la sabana, hacia los líquidos, la tecnología etc., no aparece que el seguimiento se hace en realidad al paciente sino que se concentra en la herramienta...

“la enfermera hace controles de todo, la enfermera se puede dar cuenta de cómo va su sabana de enfermería, como van los líquidos administrados y eliminados” (E 07 - 102- 0103).

Figura 7. Fragmentación del cuidado



7. DISCUSIÓN

En las entrevistas realizadas a los enfermeros de la Unidad de Cuidado intensivo, y posterior al análisis de las mismas, resultaron categorías que conllevan a un proceso central; según lo que los enfermeros describen, sobre la complementariedad y la cotidianidad, las categorías son las siguientes:

1. Cuidado.
2. Los cuidados.
3. El cuidado y la complementariedad.
4. Rutina y complementariedad.
5. Ambiente y complementariedad.
6. Autonomía y complementariedad.

De la relación y análisis de las anteriores categorías, surgió el proceso central “la fragmentación del cuidado”.

El cuidado, los cuidados y la complementariedad, son aspectos que influyen de manera positiva para que el cuidado no se fragmente, mientras que la rutina, el ambiente y la autonomía lo impiden.

El cuidado y los cuidados: Con respecto al cuidado y a los cuidados, los enfermeros describen que el cuidado es la esencia de la profesión, con respecto a ello, Carmen de la Cuesta, plantea que el cuidado es el corazón de la enfermería profesional¹², Por lo tanto el cuidado, es inherente al quehacer diario del enfermero-a; además ellos establecen como prioritario el componente humano, es decir ver al otro como un ser humano.

Como de la Cuesta lo plantea el cuidar es también una actividad humana,¹² para cuidar al paciente como un todo, sin descartar los aspectos biopsicológicos, el

cuidado y los cuidados, deben estar sustentados sobre pilares de conocimiento científico, para lograr la satisfacción de las necesidades del paciente.

Al cuidar al paciente como un todo, se logra la integración de todos los sistemas, sean estos de carácter biológico, psicológico y espiritual; esta articulación consciente, le permite al enfermero-a brindar amor, lo que consiste en reconocer al otro en sus necesidades. Rivera y Triana retoman, los postulados de Watson, plantean que el cuidado y el amor son lo más universal; se desprende por lo tanto, que enfermería es una profesión que cuida, basada en el amor¹³, en inspirar confianza en los pacientes, para aplicar los elementos del cuidado con una mínima resistencia.

Para Ramírez¹⁴, la confianza es parte del cuidado, que permite al paciente confiar en quien los cuida, lo que facilita la recuperación.

En las Unidades de Cuidado Intensivo, es importante establecer mecanismos de comunicación que permitan la comprensión por parte del paciente de lo que él experimenta, lo que permite que el enfermero pueda estar totalmente presente, en las diferentes situaciones, algo que ellos describen como estar allí, diferenciándose de otras profesiones de salud.

Para los enfermeros de la UCI, los cuidados que brindan permiten la articulación de múltiples elementos; que buscan mejorar la comunicación e inspirar la confianza del paciente.

El enfermero-a de las UCI, se muestra con compromiso, asume la responsabilidad de la situación de salud del paciente; es competente, lo que se desprende de la experiencia y los conocimientos científicos que le permiten tener criterio, fundamentado en el saber propio de la disciplina de Enfermería.

Todo lo anterior, confluye en los procesos de humanización del cuidado, que se establecen a través de la interacción solidaria con el paciente que se evidencia en la interacción con los otros profesionales de la salud, para establecer pautas terapéuticas comunes y generar vínculos laborales más estrechos.

Es fundamental que el enfermero, edifique para mantener la calidad de los cuidados proporcionados, un criterio sólido, que se despliegue en el compromiso para la resolución de situaciones particulares de los pacientes, sustentadas desde valores, que posibiliten la construcción y la interacción profunda con el paciente y su entorno.

Para los profesionales de Enfermería, el cuidado basado en la complementariedad está caracterizado por la capacidad que tienen para responder a las necesidades y cambios de salud de las personas y a los que la sociedad, la población y el mismo sistema de salud experimentan con el transcurso de los años; pero expresan que existen situaciones críticas, en las que se pone en riesgo la vida del paciente, que implican acciones rápidas que no permiten brindar un abordaje integral en la relación con el paciente.

Según Benner¹⁵, en los ámbitos de las Unidades de cuidado Intensivo, resulta en muchas ocasiones, difícil manejar un entorno altamente tecnificado, donde en muchas ocasiones, esas mismas situaciones críticas conllevan a que esa atención que brindan los enfermeros se encuentre focalizada en el mantenimiento de la vida de los pacientes, con la consecuente aparición de la fragmentación del cuidado, que para algunos se traduce en “desatención”.

En el quehacer de las enfermeras de las Unidades de Cuidado Intensivo, el cumplimiento de diferentes actividades de orden administrativo alejan cada vez más al profesional de brindar cuidado complementario al paciente, además contribuye a que exista deterioro de la identidad profesional.

Adicional a lo anterior, existen otros factores agravantes, entre los que se destacan, la falta de integración del conocimiento, del imperativo ético, la falta de interacción con otros profesionales del equipo de salud que generalmente no permiten avanzar en el sentido de independencia, autonomía y de satisfacción del enfermero.

Según Sánchez¹⁶, la enfermera debe incorporar estrategias de experticia, sobre todo cuando trabaja en unidades críticas que le permitan el desarrollo de cualidades propias, la reevaluación de un plan de trabajo y la creación de una visión propia de cuidado que le permita asumir responsabilidades individuales y colectivas dentro de un panorama amplio y participativo para que se genere autonomía en la práctica.

Entre las dificultades que describen las Enfermeras con relación a la práctica integral del cuidado, se destaca la sobrecarga laboral, que se relaciona con el aumento significativo de funciones administrativas y el volumen de pacientes en el mismo tiempos de atención lo que facilita ambientes hostiles y el desarrollo de prácticas inadecuadas y respuestas mecánicas, para el cumplimiento de las metas institucionales impuestas al enfermero, pero que a largo plazo generan rutina en su desempeño.

Swanson¹⁷ considera que la enfermera-o, que en la cotidianidad realiza labores de manera rutinaria, convierte sus acciones de cuidado en comportamientos mecánicos lo que impide que vincule procesos complementarios.

Otro aspecto importante considerado por los enfermeros, es el proceso de la comunicación como un componente esencial en el cuidado de enfermería y que actúa como instrumento de humanización en la satisfacción de las necesidades de los pacientes en el cumplimiento de las expectativas de los pacientes y de sus familiares con los que interactúan constantemente en su quehacer diario.

Es preciso que el profesional de enfermería desarrolle actitudes y destrezas para el fortalecimiento de la autonomía en la que para la mayoría de ellos, nace de un interés, de una responsabilidad, y de una gran preocupación por proveer cuidados de calidad para permitir la evolución satisfactoria de los pacientes que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, las normas rígidas, que se establecen en instituciones acordes con el sistema actual contribuyen a fracturar la integralidad del cuidado, lo que ocasiona en muchas circunstancias resistencia del enfermero e imposibilita la toma de decisiones en las que puede verse afectado el paciente visto como un todo.

Con respecto al cuidado, Moyra Allen¹⁸, afirma que la interacción con el paciente debe basarse en principios científicos, la comunicación y procesos humanos dirigidos a conservar la integridad de la salud, o de acomodarse al sufrimiento a fin de encontrar significado a las experiencias de cuidado que los enfermeros brinden en su quehacer diario.

En los enfermeros, el tratar de comprender el día a día implica definirlo como la rutina, es todo aquello que transcurre permanentemente pero que puede transformar la realidad de manera positiva o no; sin embargo, para la práctica del cuidado en su esencia, el mismo ambiente laboral, el estrés, el cumplimiento de procesos administrativos y asistenciales enmarcados sólo en procesos y protocolos asistenciales, producen angustia en el enfermero y lo alejan de su verdadero rol, lo distancian del paciente y la familia, es decir, descentralizan el cuidado.

Se ha reportado que la rutinización en la práctica del profesional de Enfermería, es una circunstancia que ha hecho curso en el actual sistema de salud; que puede ser efecto de la falta de motivación, de liderazgo, la sobrecarga laboral, el tipo de

contratación y la baja remuneración salarial; esto podría afectar de manera ejemplarizante al enfermero-a.

Este efecto sobre el profesional los convierte simples repetidores de comportamientos mecánicos que no permiten la interacción con el paciente, y facilita que distancien del cuidado para responder en su mayoría sólo a políticas económicas de las instituciones y no a las necesidades de cuidado de los pacientes¹⁹.

A partir de los contextos descritos anteriormente, se identificó el procesos central denominado la fragmentación del cuidado, el cual es descrito por los enfermeros como aquello que permite la carencia del cuidado. Por lo que es necesario que los hacedores de las políticas, valoren y comprendan el cuidado que otorgan los profesionales de enfermería con funciones inherentes a su quehacer y que no permitan el distanciamiento de su objeto disciplinar, es decir, el cuidado del paciente y de la salud.

Los enfermeros reconocen que el avance científico y tecnológico son elementos primordiales pero de ninguna pueden alejarlos del objetivo final de la enfermería, acorde con lo analizado por Romero acorde con lo planteado por Romero sobre el ejercicio actual del cuidado enfermero ¹⁴.

Otro aspecto a considerar es la carga laboral influye en la actitud del enfermero frente al manejo de pacientes críticos, en una relación descrita por ellos como de causa-efecto, donde el exceso de funciones que no son inherentes a su profesión ponen en riesgo la complementariedad del cuidado.

Parte de este desdibujamiento, según los enfermeros también se debe a los fenómenos de modernización de los sistemas de Salud, los cuales se reflejan en la medición de tiempos y movimientos para medir la productividad de las enfermeras, todo ello se hace evidente en la medida en que el profesional de

Enfermería demuestra que produce, no desde la constante del cuidado humano sino, desde inclusive la productividad financiera de las instituciones donde laboran; al respecto, Guarín y Castrillón, afirman que: “ No es fácil humanizar la asistencia sanitaria, no basta con prestar un servicio de calidad, sino que es necesario un replanteamiento conceptual y de la organización acerca de las condiciones que lo hacen posible. La enfermera se enfrenta con un gran desafío, el de ejercer su actividad en un entorno enmarcado por numerosas exigencias y diversos obstáculos, con un enfoque de gestión dirigido a ofrecer cuidados científicamente válidos, culturalmente competentes, con calidez y seguridad, a personas que viven diversas experiencias”²⁰.

En la fragmentación del cuidado, es muy común según lo descrito por los enfermeros que se llame al paciente por el número de habitación o por la patología que presenten; otro aspecto que se observa comúnmente es la utilización constante de monitores y otros aparatos electrónicos que si bien pueden facilitar la atención, pueden también producir la pérdida del contacto directo con el paciente y lo que aún es más grave para ellos, no disponer de un poco de tiempo para dialogar con el paciente y ayudarlo de cualquier forma a resolver sus miedos, sus angustias y tranquilizarlos con el sólo hecho de entrar a la habitación y saludarlo.

Todos estos aspectos de la fragmentación atentan contra la dignidad de los pacientes desde su propia integralidad, lo que puede producir una pérdida constante en la humanización del cuidado y de esta forma influir de manera directa en el profesional de enfermería, quien de una u otra forma pierde la esencia principal de su quehacer, el cuidado de Enfermería.

Según Levinas, es imprescindible el concepto de cuidado hacia los demás y lo señala además como la piedra angular de la profesión de Enfermería, en la que se afirma además que cuando el profesional de Enfermería brinda los cuidados, sin olvidar su esencia, puede lograr su verdadero objetivo: el trato humano que

contiene los elementos principales que lo acompañan: lo humano sumado a lo biológico²¹.

En conclusión, todos estos aspectos de la práctica del cuidado, de las acciones del cuidado, de la complementariedad, de la rutina y los ambientes hostiles de las Unidades de Cuidado Intensivo, que fueron descritos por los enfermeros contribuyen de manera considerable a la fragmentación del cuidado, lo que devela la necesidad de replantear e implementar estrategias para el cumplimiento del verdadero propósito de la profesión, es decir, permitir espacios formativos donde existan cuestionamientos en donde la atención, se centre en el paciente visto como un todo o de una forma integral, donde se evalúe el porqué de la labor que se realiza, todo ello sin perder la visión del cuidado.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1.CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos en la presente tesis de maestría, nos permitieron concluir:

- 1- Que el cuidado en el profesional de enfermería se construye a partir de la relación entre la experiencia humana y el conocimiento científico, para finalmente lograr la recuperación de la salud.
- 2- El cuidado que brindan los profesionales de Enfermería durante su quehacer diario les permite parcialmente desarrollar la esencia de la profesión, siendo condicionado por factores tales como: el ambiente, la carga laboral y las nuevas políticas de salud.
- 3- Los procesos de la cotidianidad, colocan en riesgo la autonomía y la esencia del profesión de enfermería, ya que el vínculo integral con el paciente en ocasiones se desarrolla de manera circunstancial.
- 4- El cuidado que brindan los enfermeros de las Unidades de Cuidado Intensivo, se fragmenta de forma permanente, puesto que ha sido remplazado por actividades que buscan el cumplimiento de protocolos y de indicadores.
- 5- Factores como el tiempo, el ambiente, las intensas jornadas laborales sumada a la sobrecarga laboral y las mismas dinámicas de las UCIS, disminuyen el ejercicio del cuidado y lo transforman en sólo ejecución de tareas lo que se traduce en una serie de inconformidades, dilemas éticos y pérdida de la identidad profesional.

8.2. RECOMENDACIONES

- 1- Es importante que los prestadores de salud reconozcan el valor que tiene la aplicación del cuidado que brindan las enfermeras, no sólo en las Unidades de Cuidado Intensivo, sino, también en todos los ámbitos del sector salud.
- 2- Es necesario que el enfermero-a participe de forma permanente en talleres de construcción de pensamiento crítico encaminados a fortalecer procesos de mejoramiento con respecto al objeto de la profesión.
- 3- Es de vital importancia que se estimulen futuras investigaciones, con el fin de contribuir al fortalecimiento de posturas sobre el cuidado, el cuidar y la identidad profesional.
- 4- Se hace imprescindible que desde la Universidad, el estudiante comprenda el sentido del cuidado en la práctica profesional para el empoderamiento de la identidad profesional.

8.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. La interpretación del presente estudio, no puede ser trasladada a otras unidades de cuidado de pacientes, ya que su desarrollo se realizó en el contexto de la UCI.
2. Las percepciones recogidas de los enfermeros, no pueden considerarse a la luz de evaluación de calidad en el desempeño de sus funciones.
3. Los resultados del presente estudio solo recogen las percepciones de un grupo de enfermeros, más no pueden extenderse al equipo de salud de la UCI.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Shoemaker. Tratado de medicina critica y terapia intensiva. ED: medica panamericana S.A. Buenos Aires; 2006. (3). Pág., 1719.

² Shoemaker. Tratado de medicina critica y terapia intensiva. ED: medica panamericana S.A. Buenos Aires; 2006. (3). Pág., 1719.

³ Juarez C; Villarreal M; Ulises P. Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva. Informe de Investigación. Estudio realizado en el Hospital Infantil Municipal de la ciudad de Córdoba. Junio – Agosto de 2009.

⁴ Troncoso M; Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta paulista enfermeria. vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2007

⁵ Morin, Edgar. *Introducción al Pensamiento Complejo*. ed. Barcelona: Gedisa Editorial. 4^a reimpresión, 2001.

⁶ Teilhard de Chardin. SD

⁷ Navarro O. El surgimiento de la complementariedad: Niels Bohr y la conferencia de cómo. Revista Filosofía Universidad de Costa Rica, XLVIII (123- 124), 65. 76, Enero – Agosto 2010.

⁸ Carter SM & Little M. Justifying Knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods of qualitative research. Qualitative

Health Research. 2007;(10):1316.

⁹ Strauss A & Glaser B. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.

¹⁰ De La Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y educación en Enfermería 2007

¹² De La Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y educación en Enfermería 2007.

¹³ Rivera L. Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Revista de Enfermería. Disponible en Internet: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres>: Octubre 2007

¹⁴ Ramírez C. Parra M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Avances en Enfermería 2011.

¹⁵ Benner, Patricia. Artículo: La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico Num 03 de Julio 11 de 2011.

¹⁶ Sánchez B. Identidad y Empoderamiento de la profesión de Enfermería. Avances de Enfermería 2002).

¹⁷ Swanson, Kristen. What is know about caring in nursing science. En: HINSHAW, ada Sue; FLEETHAM, Susanne y Shaver, Joan Louise Fowler. Handbook of clinical nursing research. Thousand Oaks: sage, 1999.

¹⁸ Bello F. Fundamentos de Enfermería. La Habana: editorial Ciencias Médicas; 2006. Moyra Allen. 1963.

¹⁹ Mesa Melgarejo, Lorena y Romero Ballén María Nubia. Profesionales de Enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales.

²⁰ Guarín B, Castrillón A. El mundo de la enfermera: “uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. Invest Educ Enferm. 2009;27(2): 226-234.

²¹ Levinas, Emmanuel. Enfermería ante la deshumanización. Una necesidad de ser considerada desde la filosofía. Ensayo: La totalidad y el infinito; 1999.