

## La relación enfermera-paciente: “a veces lo único que necesitas... es tomar la mano de la persona...”

Nurse-patient relationship: "Sometimes all you need... is to take the hand of the person..."

Cecilia Landman Navarro<sup>1</sup>, Carolina Salazar Pérez<sup>2</sup>, Damaris González Cea<sup>2</sup>, Francisca Romero Benavides,<sup>2</sup>  
Nicole Conejera Gonzales<sup>2</sup>, Javiera Gacitúa Pérez<sup>2</sup>, Yakelin Órdenes Martínez<sup>2</sup>, Tatiana Quiroz Jeria<sup>2</sup>

**Correspondencia:** Cecilia Landman Navarro. Dirección: Blas Cuevas 1028, Cerro el Litre, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. Teléfono: +56-32-2507443. Fax: 56-32-25007411. Código postal: 2362735. Correo electrónico: [cecilia.landman@uv.cl](mailto:cecilia.landman@uv.cl)

**Institución donde se realizó la investigación:** Universidad de Valparaíso, Chile.

**Fecha de recepción:** 17 de Octubre de 2015. **Fecha de aceptación:** 4 de Noviembre de 2015.

### Resumen

**Introducción:** Watson establece como fenómeno investigativo al cuidado humanizado, siendo una responsabilidad ética de enfermeras/os, en el contexto de una relación transpersonal que potencie la armonía e integralidad de las personas. El cuidado, hoy se enfrenta a un dilema por la convivencia de diversos modelos axiológicos institucionales, biomédico, administrativo-económico y humanista. **Objetivo** conocer la percepción del cuidado, según experiencia vivida de enfermeras retiradas de atención cerrada. **Metodología:** estudio cualitativo, fenomenológico, describe las experiencias a través relatos auténticos de tres enfermeras retiradas obtenidos por entrevistas en profundidad. Muestra homogénea, criterios selección: enfermeras retiradas pertenecientes a 3 generaciones, amplia experiencia en atención cerrada, participación en formación estudiantes. **Resultados:** se encontraron cuatro categorías concatenadas entre sí, que resignifican la esencia del cuidado, enfatizando el carácter de integralidad de las personas y armonizando la dimensión relacional con la dimensión técnico- científica. Enfermera como ser cuidador; persona como ser de cuidado; esencia del cuidado y formación profesional. **Conclusión:** Conocer la percepción de enfermeras retiradas, respecto al cuidado se constituye en un aporte para la reflexión. Es necesario intencionar el cuidado humanizado, como deber ético de enfermeras/os. La intervención de diversos modelos axiológicos institucionales, debilitan la posibilidad de orientar el cuidado hacia la humanización. Existe riesgo de fragmentar a las personas, dejando de lado cuidados individualizados, cálidos, generados a través de una relación transpersonal.

**Palabras clave:** Enfermeras Clínicas; relaciones enfermero-paciente; rol de la enfermera; empatía; humanización de la atención; atención de enfermería; enfermería. (Fuente: DeCS BIREME)

### Abstract

**Introduction:** Watson established the humanized care as a research phenomenon. It remains an ethical responsibility of nurses in the context of a transpersonal relationship that enhance the harmony and individuals integrity. Humanized care now faces a dilemma for a coexistence of diverse institutional, biomedical, administrative-economist and humanist axiological models. **Objective:** To know the perception of care, according to lived experience of three retired nurses, through authentic stories. **Methodology:** A qualitative, phenomenological study describes the experiences through authentic stories of three retired nurses obtained by in-depth interviews. Homogeneous sample selection criteria: nurses belonging to 3 generations removed extensive experience in closed care, participation in training students. **Results:** four categories were found concatenated with each other, which reconfigure the essence of care, emphasizing the integral character of the people and harmonizing the relational dimension with the technical-scientific dimension. Nurse as a caregiver; person as being of care; essence of care and vocational training. **Conclusion:** Knowing the perception of retired nurses, regarding care is a contribution for reflection. It is necessary to aim for humanized care, as an ethical duty of nurses. The intervention of various institutional axiological models weakens the possibility of guiding care towards humanization. There is a risk of fragmenting people, leaving aside individualized, warmth care, generated through a transpersonal relationship.

**Keywords:** Nurse clinicians; nurse-patients relations; nurse's role; empathy; humanization of assistance; nursing care; nursing. (Source: DeCS BIREME)

Citación: Landman C, Salazar C, González D, Romero F, Conejera N, Gacitúa J, Órdenes Y, Quiroz T. La relación enfermera-paciente: “a veces lo único que necesitas... es tomar la mano de la persona...” Rev. Fac. Cienc. Salud UDES. 2016;3(1): 12-21. <http://dx.doi.org/10.20320/rfcsudes.v3i1.101>

<sup>1</sup> Enfermera-matrona, profesora guía y redactora del artículo, Licenciada en enfermería, Magister en educación, Doctor en educación. Profesor titular, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

<sup>2</sup> Licenciados en enfermería. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

## Introducción

Watson releva como constructo fenomenológico al cuidado humanizado (1), cabe preguntarse, si ¿es qué en algún momento el cuidado no era humano o este se ha deshumanizado a través del tiempo?. Como una forma de aproximarnos a encontrar respuestas a la interrogante, el presente estudio de trayectoria fenomenológica tiene como propósito describir la percepción del cuidado, desde la experiencia vivida por enfermeras retiradas, que laboraron en centros de atención cerrada; con el propósito de iniciar una reflexión desde el pasado con los ojos críticos del presente; para descubrir este ser en el mundo que da cuerpo al fenómeno estudiado (2).

Algunos aspectos contextuales del cuidado que aportan a la discusión; en Chile, la responsabilidad de la enfermería se ha plasmado en normativas legales, que propician un quehacer organizado, sustentado en sólidas bases teóricas y éticas. El rol del profesional de enfermería, definido en el artículo 113 del Código Sanitario, 1997, establece las intervenciones de su responsabilidad, independientes y dependientes (3-4).

El 2007, se dicta la Norma General Administrativa N°19, de Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada, referida al ejercicio profesional sustentado en la disciplina, la ciencia del cuidar, aplicando el juicio profesional para gestionar cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención, sustentados en políticas y lineamientos estratégicos institucionales (3). Esta norma, establece que la gestión clínica se basa en dos pilares, uno corresponde a la gestión médica-clínica, focalizada en el curar y el otro a la gestión de enfermería, orientada al cuidar, según requerimientos de las personas, familia y comunidad (4-5).

Este marco regulatorio determina que la gestión del cuidado es el deber ser del profesional, como compromiso ético y legal, por lo que es fundamental definir el carácter del cuidado brindado, más allá de lo eminentemente técnico y administrativo (1). La comprensión de la enfermería como ciencia del cuidado, marca una diferencia entre la medicina y la enfermería, con directrices claras para la interacción enfermera-paciente, en un contexto de humanización del cuidado (6).

En el ejercicio de su quehacer en las instituciones de salud los enfermeros se encuentran con situaciones que ponen en riesgo la posibilidad de brindar cuidados humanizados, en ocasiones no se atiende a los requerimientos de las personas, en cuanto a brindar cuidados integrales y humanizados, a través de una relación intersubjetiva y transpersonal (7-10). Este hecho se produce por la convivencia de modelos axiológicos institucionales diversos y contrapuestos, biomédico, administrativo-económico y

humanista que al interactuar entre sí, desvían el foco del cuidado (11).

Otro riesgo se produce por la existencia de contradicciones en la etapa de aplicación del modelo de atención en salud chileno, el cual en lo documental y discursivo está orientado específicamente para avanzar en materias de calidad y de seguridad de la atención, respetando los derechos del paciente; asignándoles valor a las personas como sujetos integrales y aptos para tomar sus propias decisiones (12). Sin embargo, nos encontramos con la persistencia del enfoque curativo que subyace en las instituciones, que por su carácter reduccionista, aleja a las enfermeras de la visión holística del hombre. Junto con ello, persiste un fuerte paternalismo decisional por parte del equipo de salud, que excluye a las personas para decidir respecto a su salud. No respetar la autonomía genera desconfianza hacia los profesionales y un sentimiento de ser tratados como objetos (13-15).

Existe riesgo de deshumanización del cuidado por la pérdida del equilibrio entre la persona atendida y la utilización de equipamiento tecnológico, dificultando la comunicación y la relación de la enfermera con las personas. La aplicación de la tecnología debe ser con el mayor humanismo posible, sin olvidar que el centro es la persona, sus valores y sus propias decisiones (16-20).

En la búsqueda del sentido del cuidado, es importante tener información de la percepción de las personas atendidas, quienes señalan que el cuidado, estaría más bien orientado a una atención técnica, que a una relación comunicativa interpersonal, de respeto por su individualidad, de valoración integral, en aspectos psicológicos, emocionales y espirituales, como una forma de planificar las futuras intervenciones (21-23).

Respecto a la atención técnica, Watson postula que esta no sólo es una instancia física simple, en un momento determinado, sino que va más allá, hacia la experiencia intersubjetiva de la enfermera con el paciente (1).

Es importante considerar que el cuidado se desarrolla en el contexto de los servicios de salud, donde existen algunas limitaciones producto de lineamientos regulatorios derivados de los modelos institucionales, la aplicación de la tecnología, la sobrecarga laboral, entre otros, los que afectan las acciones de la enfermera para brindar cuidados humanizados. Razón por la cual este estudio pretende develar como es percibido el cuidado por enfermeras de generaciones pasadas, para comprender la existencia de cambios originados a través del tiempo.

En la revisión bibliográfica realizada, se encontraron perspectivas de pacientes, de familiares y de enfermeras/os

activas, no así desde la experiencia vivida de enfermeras retiradas, por tanto los resultados de este estudio podrán ser un aporte para comprender mejor el fenómeno.

Para develar el fenómeno se plantea la pregunta investigativa ¿Cuál es la percepción del cuidado de enfermería, según la experiencia de enfermeras retiradas que trabajaron en la atención cerrada? como una forma de acercamiento a la duda inicial respecto a si el cuidado se habría deshumanizado en el transcurso del tiempo.

### Metodología

Estudio cualitativo de trayectoria fenomenológica, descriptiva, con el objetivo de conocer la percepción del cuidado, según la experiencia vivida de enfermeras retiradas de atención cerrada, como una manera de aproximarse a la concepción del cuidado con una mirada profunda retrospectiva. Para el rescate de los relatos auténticos se utilizó la entrevista en profundidad, para que las informantes rememoren cómo era comprendido el cuidado, en su pasado y cómo lo visualizan hoy. Este acercamiento tiene el propósito de buscar lo oculto de la “estructura de la cotidianidad” o ser en el mundo, que permite dar cuerpo al fenómeno estudiado, siguiendo los fundamentos filosóficos de Martin Heidegger (2).

La investigación cualitativa fenomenológica tiene una lógica de construcción en que prevalece el sentir de los propios protagonistas, es decir, trabaja con una perspectiva interna, la cual se intenta descubrir de una manera libre de teoría (2). Se establecieron criterios para la selección de los informantes clave, en cuanto a la diversidad y riqueza de los discursos, la amplia experiencia clínica en atención cerrada, la pertenencia a diferentes generaciones y la participación en la formación de estudiantes de enfermería, junto con ello la facilidad para acceder al domicilio de los participantes. (24). (Tabla 1).

**Tabla 1. Caracterización informantes:**  
(criterio de transferibilidad) (25).

cód.	Título profesional	Edad/años	Ejercicio profesional/años
E1	Enfermera Clínica	80	> 40 ejercicio profesional. Retirada hace 20 años
E2	Enfermera Clínica especialista oncología	50	> 25 ejercicio profesional. Retirada hace 2 años, actualmente recontractada como docente
E3	Enfermera Docente	70	40 ejercicio docente. Retirada hace 2 años
Todas han participado en formación de estudiantes. 2 de ellas han ejercido rol docente universitario. Todas con formación enfermera generalista, en la misma universidad, estudios de pos título.			

Fuente: Diseño de las investigadoras según criterios de transferibilidad de Pla M (25).

**Aspectos éticos:** Se consideró el consentimiento informado y firmado por los participantes, sin coacción (26).

### Relación entre participante e investigadores:

Los co-investigadores no tenían relación con las informantes clave. Se cautelo que la perspectiva de los investigadores no interfiriera en la naturaleza de la información, a través de la realización de reuniones analíticas de equipo y triangulación de la información con los informantes y el marco referencial (criterios de credibilidad, confirmabilidad y de dependencia) (25).

**Trabajo de campo:** ejecutado a finales del año 2013, en el domicilio de cada participante, región de Valparaíso, Chile, previa coordinación telefónica. Antes de iniciar las entrevistas, se orientó a las participantes respecto a objetivos, metodología y relevancia del estudio. Luego, se realizó lectura del consentimiento informado, con el fin de disponer autorización para la aplicación de entrevistas, grabación y posterior publicación del estudio. Se resguarda el anonimato, codificando las entrevistas y disposición de grabaciones a recaudo por la investigadora principal. En cada entrevista participaron dos co-investigadores, uno de ellos mantuvo la atención en el relato y el otro realizó los registros gestuales y de énfasis discursivo, en cuaderno de campo. Los registros gestuales fueron de utilidad para aproximarse a las categorías que fueron enfatizadas gestualmente y que le dieron mayor potencia al discurso (criterios de confirmabilidad y dependencia) (25).

### Guión de preguntas:

1. ¿Cómo define desde su experiencia el cuidado de enfermería?
2. ¿Cómo era el cuidado de enfermería en el tiempo que usted ejerció?
3. ¿Cómo percibe que se diferencia el cuidado de enfermería que se ejercía en su época, en relación al cuidado que usted logra percibir hoy?

Durante la entrevista emergieron de manera espontánea otras preguntas que permitieron orientar, aclarar o profundizar en algunos temas significativos de su experiencia profesional.

La duración de la entrevista estuvo determinada por la profundidad, nivel de claridad de la información y su saturación, de acuerdo con la pregunta investigativa. Duración aproximada de 45 minutos (criterios de confirmabilidad y dependencia) (25).

Las entrevistas se codificaron para respetar el anonimato, fueron escuchadas y transcritas textualmente en Word 2007, respaldadas en el computador del investigador principal.

### Plan de análisis de datos

Una vez realizadas las entrevistas y la saturación de los discursos, los investigadores se reunieron para realizar el análisis de la información de las transcripciones textuales.

Los co-investigadores guiados por la investigadora principal, leyeron las entrevistas, luego se destacaron los textos de las unidades de significado que respondían a la pregunta investigativa (criterios de credibilidad y confirmabilidad) (25).

**Decisión de categorías:** se agruparon las unidades de significado en tres categorías principales, enfermera como ser cuidador, persona como ser de cuidado, esencia del cuidado y una cuarta referida a la formación de pregrado, las cuales emergieron del análisis del discurso de las participantes. Las categorías correspondientes, se triangularon con los referentes e informantes (criterio de transferibilidad) (25). Cada categoría se presentó con recortes representativos de discursos que permitieran su comprensión. Finalmente, se realizó un constructo comprensivo del estudio, que concatena todas las categorías.

### Resultados

La información obtenida a partir de las perspectivas de las participantes y el análisis de las investigadoras, develaron categorías y sus definiciones. A cada categoría se le dio una denominación considerando la voz de las enfermeras retiradas, que fuera representativa de una idea comprensiva del cuidado. Lo pretendido es visibilizar el fenómeno, con la mirada del tiempo vivido en el pasado y de la percepción del hoy (2).

**Enfermera como ser cuidador:** *«a veces no necesitas nada más que tomar la mano del enfermo»* se hace referencia a la construcción de las bases para el ser cuidador.

#### Visión del pasado:

*«A veces no necesitas nada más que tomar la mano de un enfermo...(pausa) y con eso santo remedio, como dicen las abuelitas, nada más que eso... porque la enfermería es algo integral como te decía antes, ve el problema del paciente y a veces involucra a la familia también (énfasis)»* (E2: L29 a L36).

*«... nosotras como enfermeras tenemos que programar todos esos cuidados de manera de satisfacer todas las necesidades que el individuo tenga».* (E1: L7 a L8).

*«... porque nosotras siempre estábamos luchando por tratar con respeto al paciente, llamarlo por su nombre, considerando sus gustos...fortalezas y debilidades, y guardar de buena forma el secreto de las cosas que el paciente nos contaba»* (E2: L75 a L77).

*«El cuidado era con mucho respeto tratando a cada persona individualmente,... Antes eso era bastante importante y determinante a la hora de brindarle la atención»* (E2: L60 a L63).

#### Visión del presente:

*«...ahora no poh, tú teni que con la tecnología, dependiendo en qué servicio trabajes, estas a cargo de muchas áreas dentro de tu servicio, estas a cargo de lo que es administrativo, estas a cargo de la parte clínica, estas a cargo a veces de los equipos que tienes ahí, entonces... y armar y desarmar equipos, (...) que antes uno lo hacía al lado del enfermo, conversa con él y todo lo demás, ahora no tengas tiempo para eso ...»* (E2: L13 a L18).

*«... ahí la enfermera se ha alejado un poco de su rol de la enfermería pura, por el tema de que tiene que estar haciendo otras actividades que no... (Pausa), si bien atañen al profesional de enfermería pero no es... »* (E2: L24 a L27).

*«...hace que tú tengas que cumplir con todo porque la enfermera es así, tiene que cumplir con todo, ósea... cantidad, cantidad, cantidad... a veces la calidad se ve mellada en ese sentido, a veces se ve por el tema del tiempo»* (E1: L30 a L33).

*«Hoy en día lamentablemente el técnico paramédico ha ido supliendo esta cualidad de la enfermería»* (nota del investigador: se refiere a la consejería y la comunicación con el paciente por parte del profesional) (E2: L32 a L33).

*«Hoy día, uno muchas veces ve el maltrato y da pena ver como se dan estas situaciones,...hoy a veces eso no se lleva a cabo y eso es una falta de respeto grave a la confidencialidad»* (E2: L78 a L81).

*«...la reforma de salud nos alejó de alguna forma del paciente, porque en este aspecto hemos ganado el dominio y la hegemonía de la subdirección de la gestión del cuidado... pero la desventaja es que esto nos aleja de alguna forma del paciente... »* (E3: L65 a L70).

**Persona como ser de cuidado:** *«No todos los enfermos son iguales»*. Esta categoría describe el cómo las participantes rememoran la manifestación del ser de cuidado, en el sentido del anunciarse por medio de algo que se muestra de manera particular, en estado de dependencia, siendo el profesional responsable de ejecutar aquellas actividades que contribuyen al restablecimiento de su salud (2).

#### Visión del pasado:

*«...no todos los enfermos son iguales, partimos de la base que son personas, individuales, por lo tanto los requerimientos de cada uno, si bien una patología puede tener las mismas necesidades en relación a su tratamiento, no así la parte emocional del paciente...»* (E1: L10 a L14).

*«A veces hay pacientes que no requieren tanto tratamiento como si escucharlo, conversar, solo eso...(pausa) y mejora bastante su posición, su estado de ánimo, mejora hasta su patología dependiendo de lo que tenga el paciente»* (E1: L15- L17).

*«...tanto problema que el enfermo se ve afectado mientras está en su estadía en el hospital que tenemos que solucionárselo nosotros y a veces uno dice, no me corresponde, pero la verdad es que si tú le solucionai (sic) ese problema al paciente el paciente está más.... más tranquilo...»* (E1: L129 a L133).

#### Visión del presente:

*«... el paciente está en desventaja por su estado de salud por lo tanto mucho de sus quehaceres de la vida diaria, de lo normal están en manos del personal de salud...»* (E2: L4 a L6).

*«Muchos de los pacientes... a veces sus patologías se deben a sus problemas que tienen con sus familias, los infartos cosas así, por situaciones emocionales... y a veces uno se ve en el medio de esas dos situaciones: tener que compensar un poco con la familia y con el enfermo»* (E1: L25 a L30).

**Esencia del cuidado de enfermería** *«más de piel con el enfermo, escucharlo, atenderlo, reírnos con él»*. Incorpora lo referente al cuidado psico-emocional, las competencias genéricas del profesional de enfermería y los factores causales del cambio del concepto comprensivo de cuidar/cuidado, a través del tiempo.

#### Visión del pasado:

*«... yo considero que los cuidados de enfermería antes eran más... (Pausa) más... a ver como lo*

*explico... (Pausa) más de piel con el enfermo (énfasis), más cercano en el sentido que teníamos mucho más tiempo para estar al lado del enfermo, escucharlo, atenderlo, reírnos con él, etc.»* (E2: L29- L32).

*«Como siempre el cuidado de enfermería, si bien está definido como un cuidado integral del ser humano, uno como enfermera trata de... (Pausa) de seguir esa misma línea. Los cuidados de enfermería parten tomando en cuenta todas las necesidades del ser humano»* (E1: L1- L4)

*« (...) porque me quedaban todas las curaciones pendientes, porque me quedaban muchas cosas por hacer y era porque ella se dedicaba a todo lo entrecomillas social del paciente (...) y yo no podía entenderla (...) Pero hasta que un día le pregunté (...) qué hacía durante todo su turno, si tenía que cobrar la pensión, ella iba y le cobraba la pensión, ella hacía los tramites con la asistente social (...) yo después logre entender que eso también era válido (pausa) también era válido (énfasis)»* (Nota del investigador: se refiere a una colega que le dejaba tareas pendientes) (E1: L111- L121).

#### Visión del presente:

*«Hoy en día, lamentablemente el técnico paramédico ha ido supliendo esta cualidad de la enfermería...»* (Se refiere a la comunicación)» (E3: L60 a L64).

*«Ahora tu miras una pantalla no más y estay... como que crees que tienes todo bajo control ya, pero en la pantalla estás viendo signos vitales no más, no estás viéndole la cara al enfermo, no le estas mirando que está llorando»* (E3: L60 a L64).

*«...la tecnología ha desfavorecido la relación entre la enfermera y el paciente, transformando a la persona en un ente, llegando a un punto, donde hasta los mismos familiares tienen miedo de acercarse a la persona instrumentalizada...»* (E1: L29 a L30).

*«...se observa más un cuidado técnico que humanizado, aquí no se evidencia una comunicación entre la persona cuidada y la enfermera».* (Silencio y gestualidad de desazón) (E3: L97 a L103).

**Formación-vocación:** *«enseñar el cuidado teñido con los principios que sustentan a la enfermería»*. Se relaciona con la formación académica recibida y su participación en

el pasado, como enfermera clínica colaboradora en la formación de estudiantes y cómo ven hoy a las nuevas generaciones:

**Visión del pasado:**

«...siempre tuvimos presente el cuidado directo y todo este cuidado teñido con los principios que sustentan a la enfermería, el respeto, individualidad y la protección por el paciente...» (E3: L17 a L19)

«...como formadora de estudiantes, nosotras trasparamos una cierta cantidad de conocimientos al alumno, estos a la vez aprenden en la escuela una cierta cantidad de conocimientos teórico- prácticos. Después al aplicarlos en los servicios estos cambian ...» (E3: L73 a L76)

«...Uno empieza con hartos temores, muchos miedos y depende de cada una de las personas, como el desplante que puedan tener como para enfrentar una situación...» (E1: L78 a L80).

«...las definiciones de la literatura van a la par con lo que uno hace, pero la verdad es que la experiencia es diferente (énfasis), o sea los libros te guían (énfasis) pero la verdad es que la enfermería la haces tú en tu desarrollo diario...» (E2: L24 a L28).

«...Nosotras jamás en nuestra época nos hubiésemos atrevido a preguntar cuántos enfermos teníamos que cuidar...» (E2: L124 a L125).

**Visión del presente:**

«... de repente las encuentro displicentes ante errores que han cometido, una levantada de hombros... cero importancia...» (Nota cuaderno de campo: hace referencia las nuevas generaciones) (E1: L81 a L83)

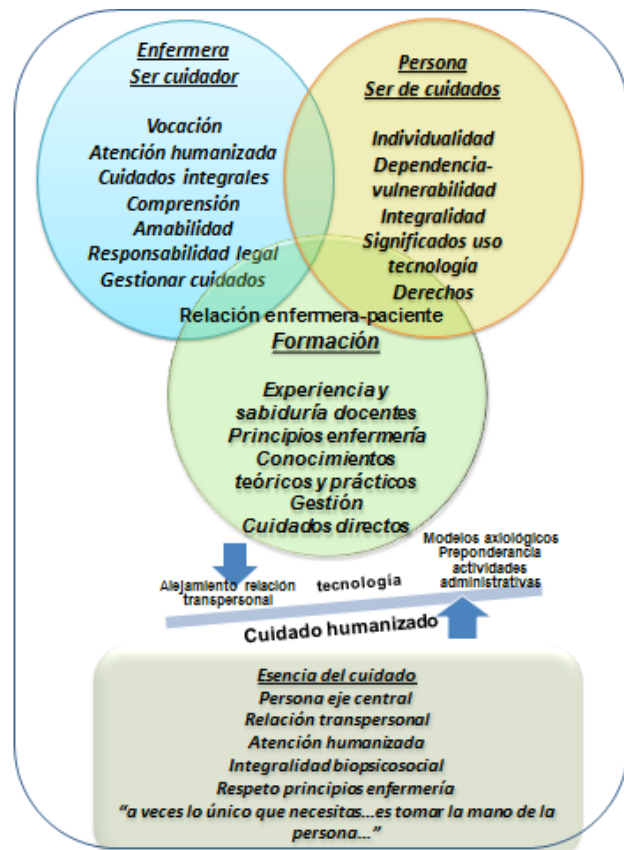
«Yo noto las generaciones actuales, y yo parto de la base que si estudiaron enfermería es porque les gusta ¿ya?, O sea a ver, yo las veo muy preocupadas de la parte monetaria, de la parte cuánto van a ganar y cuántos enfermos tienen que cuidar...» (E2: L120 a L123).

«...Pero hoy día actualmente he escuchado que, son las menos si, hay niñas que abandonan el trabajo porque encuentran que es mucho trabajo y se van porque tendrán mejores expectativas de dinero o porque tienen menos pega, ...y lo otro es que las niñas trabajan en dos partes, tienen dobles trabajos, dobles turnos (...) estoy cansada y va en desmedro del enfermo... » (E1: L189 a L198).

«La atención humanizada tiene muchos componentes, entre ellos puedo mencionar el componente vocacional, de los elementos psicológicos que nosotros aplicando, la comprensión humana y los principios de enfermería (respeto, la individualidad, etc.). Todos estos conceptos son trascendentales para enfermería» . (Silencio) (E2: L1- L2).

**Discusión**

La discusión se construyó a partir de las categorías sacadas a la luz del día de algunos relatos (logo) de los informantes claves, quienes con la experiencia del pasado (ser en el mundo) miran el presente (tiempo). Se realiza la triangulación de las voces con los referentes empíricos, organizada en lo que llamaremos el constructo comprensivo del estudio- el fenómeno- (2) (Figura 1).



**Figura 1: Constructo comprensivo del estudio (fenómeno).** Fuente: Diseño de las investigadoras.

**Enfermera como ser cuidador**

A nivel institucional la existencia de diferentes modelos axiológicos de acercamiento a la realidad, uno de orden hegemónico biomédico, fundamentado en lo biológico, otro administrativo-economicista, en la optimización de recursos y finalmente uno humanista, orientado a responder a las

necesidades de las personas de manera integral. Estos tres modelos subyacen de manera simultánea, generando dificultades en su aplicación por tener entre ellos, una vinculación difusa en la acción. Esta situación ha significado nuevos desafíos para la enfermera, quien debe compatibilizar de manera armónica la gestión administrativa, las exigencias institucionales y la relación con las personas, situación percibida como uno de los principales cambios por las enfermeras del pasado (27-28).

Otro factor relacionado con el anterior, ha sido el reconocimiento tardío del rol profesional. Esto ha dado pie para la permanencia del modelo biomédico, por mucho tiempo, generándose tensiones para que los profesionales asuman sus funciones de manera autónoma. La autonomía, en opinión de las participantes, ha sido positiva, pero también ha significado una desventaja que nos alejaría de los pacientes. Las enfermeras retiradas perciben una contradicción relacionada con la defensa del propio rol y el exceso de funciones burocráticas que les demanda un tiempo, que es restado a la atención directa y a la relación con los pacientes (29-31).

Las informantes, señalan que en la actualidad existe una mayor demanda de tiempo en funciones administrativas, las que irían en desmedro del contacto directo con el paciente. Una amplia gama de funciones, manejo de personal, disposición de insumos, actualización de documentos, atención de familiares, coordinaciones con unidades de apoyo, entre otros, junto con la atención de pacientes, dificultan lograr una mejor calidad comunicativa con las personas atendidas (32-33).

Relacionado directamente con el punto anterior, las enfermeras retiradas perciben que el contacto directo con las personas, se ha ido supliendo de manera natural, por el personal técnico paramédico, siendo ellos quienes se comunican emocionalmente de mejor manera con las personas atendidas. Las personas que acuden a los centros de salud relevan fundamentalmente, la atención segura, de calidad, la comunicación, el trato digno y amable (15; 34-36). El distanciamiento de las personas y la delegación de responsabilidades en personal menos calificado se han descrito como interferencias internas a las cuales hay que poner atención en beneficio de la profesión, para potencializar el rol de cuidador (29).

En cuanto a las diferencias que las entrevistadas encuentran con las generaciones actuales, estas últimas tienen un menor compromiso con su labor y están más preocupadas por el número de pacientes que atenderán y en sus remuneraciones. También observan la presencia de multiempleo, todos estos factores en su época no eran considerados al momento de trabajar.

Destacan que la toma de decisiones para elegir la carrera de las nuevas generaciones, estaría influenciada por factores extrínsecos, como las expectativas del mercado laboral en cuanto a empleabilidad y remuneraciones. En cambio las enfermeras más antiguas, han elegido la carrera por factores intrínsecos, como es la vocación de servicio, posicionando a la enfermería como una carrera de carácter humanitario (37).

### **Persona como ser de cuidado**

Las entrevistadas reconocen la integralidad y la individualidad del paciente, aunque las patologías sean comunes; responden de manera particular en cuanto a sus necesidades físicas y emocionales, las que en la actualidad son menormente atendidas por las nuevas generaciones de profesionales. La orientación hacia la persona significa que el cuidado va dirigido a mantener la salud en todas sus dimensiones, física, social, cultural, espiritual y mental, centrando la atención en la situación presente y utilizando los principios de la relación de ayuda, es decir “actuar con”. Sin embargo, el cubrir todas estas dimensiones, se ve dificultado en la práctica, por la existencia de factores limitantes dentro de las instituciones de salud, tales como el exceso de tiempo demandado por actividades de carácter administrativo, entre otros (32-33).

Las informantes claves consideran al paciente en desventaja por el hecho de estar hospitalizado y depender de otros para resolver actividades de la vida diaria, “quedan en manos del personal de salud” (sic). Actualmente, esta situación se ha profundizado, por el aumento de las edades de las personas ingresadas para la atención en salud y la presencia de alteraciones múltiples (38-39).

Si bien es cierto se reconoce el aporte actual del uso de la tecnología como apoyo para la recuperación de las personas, existe el riesgo de pérdida de su dignidad como ser particular, esta les asusta y muchas veces desconocen su utilidad. La familia también se siente temerosa de acercarse a ellos. Se señala una pérdida de la relación cara a cara con el profesional (16-20).

### **Esencia del Cuidado**

En esta categoría las informantes develan la esencia del cuidado y el riesgo de pérdida de su carácter de humanización.

La persona como eje central: el apoyo para la satisfacción de necesidades, según requerimientos de las propias personas, esto se ve reflejado en el lato relato presentado en los resultados, en el cual se evidencia la complejidad de poder resolver las necesidades con una mirada de las personas, no con lo que los profesionales asumen que el otro necesita. El apoyo para satisfacer las necesidades del paciente, sólo hasta el momento en que las personas

recobren su autonomía. Henderson señala, en uno de sus principios, que el papel de la enfermería es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos. (40).

Según las informantes el cuidado se brinda mediante una relación transpersonal y atención humanizada, con el pasar de los años, existe el riesgo de un alejamiento en la relación transpersonal, producto de los avances acelerados de la ciencia y la tecnología, sumado a los adelantos biomédicos para el diagnóstico y tratamientos de las enfermedades, los que han sido un aporte para la recuperación de la salud de las personas, sin embargo ha significado un incremento en la complejidad de los cuidados y de los roles de los profesionales. Reconocen que la tecnología no necesariamente, se opone a una atención humanizada, más bien, es complementaria, siempre y cuando se enfatice en una atención humana, natural y digna. (41-42)

Las enfermeras rememoran que el cuidado antes era “más de piel”, cercano, disponían de tiempo para estar con los enfermos y sus familias, ahora las actividades administrativas limitan el tiempo.

La tarea pendiente de los profesionales es la búsqueda del punto de equilibrio en las prácticas de cuidado, armonizando la dimensión relacional con la dimensión técnico-científica.

Las informantes coinciden en el carácter del cuidado integral a las personas. Leininger considera al cuidado como parte esencial de la enfermería, el cual se desarrolla a través de las expresiones y modelos de cuidado, los cuales deben ser otorgados considerando una perspectiva holística y teniendo como eje central, al ser humano (43).

El respeto por los principios de enfermería, claramente explicitado por las participantes, responde a la línea argumental de Abdellah, F., quien señala que la enfermería es un arte y una ciencia que une la actitud, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de un profesional, en particular con el deseo y la capacidad de ayudar tanto a enfermos como a sanos. Vinculado con los principios fundamentales de enfermería, respetando la individualidad de las personas, satisfaciendo las necesidades fisiológicas, proteger a las personas de los agentes externos y favorecer su incorporación a la sociedad (44).

Las informantes señalan como relevante que la formación aportada por los docentes debiera orientarse hacia la humanización, respetando de los principios de enfermería, la individualidad y la protección de los pacientes. Reconocimiento de la existencia de una relación entre la

teoría y la práctica. Esto se fundamenta con los supuestos de la teoría de Jean Watson que señalan que " el cuidado sólo puede ser demostrado y practicado", en un marco epistemológico de una relación transpersonal, donde juegan un importante papel los aspectos éticos y espirituales. El contexto epistemológico en el cual se instala el cuidado, se formaliza y desarrolla a través de la formación, de ahí la importancia del modelaje de los docentes, tanto clínicos, como académicos (6).

Leininger en sus estudios transculturales, refleja que “el cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas” (43). Esto último fortalece la idea que el profesional enfermero requiere de la asociación de conocimientos teórico- prácticos y aquel componente humanitario- moral que le permite otorgar cuidados integrales y de calidad.

### Conclusiones

El acercamiento hacia las perspectivas de las enfermeras de generaciones pasadas permitió comprender los cambios que ha sufrido el cuidado a través del tiempo, lo cual puede dar inicio a una reflexión y discusión entre los profesionales de Enfermería sobre la humanización del cuidado y su relación con el quehacer cotidiano en el arte del cuidar.

La enfermera/o como ser cuidador, debe orientarse hacia el establecimiento de relaciones interpersonales auténticas con las personas, poniendo atención en la búsqueda del punto de equilibrio en las prácticas de cuidado, entre la dimensión relacional, con la dimensión técnico-científica, como compromiso ético.

Se debe propiciar que las personas como seres de cuidado, recobren su autonomía, preocupación genuina para que logren un estado máximo de bienestar biopsicosocial y espiritual, a través de la comunicación terapéutica, la comprensión, la aceptación, la tolerancia, la escucha activa, donde los pensamientos y sentimientos se reflejen de manera coherente con las acciones realizadas.

Recuperar la esencia del cuidado, hoy perdida, por diversos modelos axiológicos institucionales que limitan al profesional ejercer un cuidado autentico.

A través de la formación de las nuevas generaciones, se reconoce que el cuidado de enfermería se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica profesional y la relación terapéutica, en la protección del otro de una manera cálida y auténtica, dejando de lado todos los factores extrínsecos, que en algún momento afectan al cuidado humanizado.

Los profesionales y los docentes de enfermería tienen la responsabilidad de ser modelos al interior de los equipos, en



cuanto a cautelar la esencia del cuidado en el trato con las personas, considerando su integralidad biopsicosocial.

### Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de interés alguno.

### Fuentes de financiación

El estudio se realizó con autofinanciamiento por parte de los autores.

### Referencias

1. **Watson J.** Human caring science: a theory of nursing. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012.
2. **Heidegger M.** Ser y tiempo. Traducción, prólogo y notas de Jorge Eduardo Rivera. [Internet]. Disponible en: <http://www.afoiceemartelo.com.br/posfsa/Autores/Heidegger,%20Martin/Heidegger%20-%20Ser%20y%20tiempo.pdf>
3. **Ministerio de Salud de Chile.** Código Sanitario (DFL 725/1967); artículo 113 modificado, por el artículo 7º, letra a) ley N° 19.536 que incorpora la definición de los servicios profesionales de la enfermera en su inciso cuarto. [Internet] [citado 23 Agosto. 2015]. Disponible en: [http://www.minsal.cl/juridicoADFL\\_725\\_DE\\_1969.doc](http://www.minsal.cl/juridicoADFL_725_DE_1969.doc)
4. **Ministerio de Salud.** Norma N° 19, Técnica Administrativa, [Internet] 2007 [citado 23 Ago. 2015]. Disponible en: [http://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION\\_1127\\_07.doc](http://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_1127_07.doc)
5. **Milos P, Bórquez B, Larrain A.** La gestión del cuidado en la legislación chilena (II) estado actual. *Cienc. enferm.* 2011; 17(3): 23-33. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300003>
6. **Lee S, Palmieri P, Watson, J.** Global Advances in human caring literacy. New York: Springer Publishing Company; 2016.
7. **Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S.** Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Rev. Acta paulista enferm.* 2007; 20(4) 499-503. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>
8. **Urra ME, Jana A, García M.** Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc. enferm.* 2011; 17(3): 11-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
9. **Silva-Fhona J, Ramón-Cordova S, Vergaray-Villanueva S, Palacios-Fhonc V, Partezani-Rodriguesa R.** Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enferm Universitaria.* 2015; 12(2):80-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001>
10. **Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al.** La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva.* 2013; 24 (2): 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>
11. **Borré YM, Vega Y.** Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc. enferm.* 2014; 20(3): 81-94. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>
12. **Ministerio de salud.** Ley No. 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario Oficial. (24 de Abril de 2012) [Acceso 23 de Agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
13. **Costa AM, Siurana JC, Almendro C, García S, Ordovás R.** Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Rev clínica Esp.* 2011; 211(11): 581–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2011.01.025>
14. **Quintero MT, Gómez M.** El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan.* 2010; 10(1): 8–18. <https://doi.org/10.5294/aqui.2010.10.1.2>
15. **Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM.** El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan.* 2009; 9(2): 127–34.
16. **Tobo N.** La tecnología y el cuidado de enfermería. En: Pinto N. Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá-Medellín: Universidad Nacional de Colombia; 2000: 244-250. [citado 23 Agosto. 2015]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/11.pdf>
17. **Rodríguez B.** Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enferm Clin.* 2003; 13(3): 164-70. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73800-5](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73800-5)
18. **Palacios-Ceña D.** Modernidad, positivismo y tecnología: Influencia en la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico. *Index Enferm.* 2008; 17(3): 188-92
19. **Pereira CDFD, Pinto DPSR, Tourinho FSV, Santos VEP.** Tecnologías em enfermagem e o impacto na prática assistencial. *Rev Bras Inov Tecnol Saúde.* 2012; 4(2): 29-37.
20. **Arredondo-González CP, Siles-González J.** Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm.* 2009; 18(1): 32-6.
21. **López E, Vargas R.** La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. *Rev Enferm [Internet].* 2002;10 (2): 93-102.
22. **Calero MR, Pedregal, M.** La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal. *Ética Cuid.* 2012; 5(10): Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n10/et7885.php>
23. **Landman C, Cruz MJ, García E, Pérez P, Sandoval P, Serey K, et al.** Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Cienc. enferm.* 2015; 21(1): 91-102. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100009>
24. **Valles M.** Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2007.
25. **Pla M.** El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria.* 1999; 24(5):295-300.
26. **Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.** - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Puntos 25-27. [Internet] [citado 10 Febrero. 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
27. **Neves C, Abbês B.** Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(8):1953-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800023>
28. **Sánchez, B.** El escenario deseado para la enfermería latinoamericana. *Rev Aquichan* 2015; 15(4):459-60.
29. **Tapp D, Stansfield K, Stewart J.** La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichán.* 2005; 5(1): 114-27.
30. **Ferreira A.** La gestión del cuidado en la legislación profesional: algunas consideraciones para su regulación. *Cienc. enferm.* 2013; 19(3): 103-9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300011>
31. **Ugalde A, Homedes N.** Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev. Panam Salud Pública.* 2005; 17(3): 202-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005000300011>
32. **Melita A, Cruz M, Merino JM.** Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Cienc. enferm.* 2008; 14(2): 75-85. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532008000200010>
33. **Ansoleaga E, Toro JP, Godoy L, Stecher A, Blanch JM.** Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Rev. méd. Chile.* 2011; 139(9): 1185-91. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000900011>

34. **Lagos Z, Andruccioli C, Urrutia MT.** Competencias blandas y calidez en Enfermería: Definiciones, concepción y características. *Horiz. Enferm.* 2013; 24(1): 32-41. [http://dx.doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.24.1.32](http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.24.1.32)
35. **Aguirre D.** Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ Med Super* [Internet]. 2005; 19(3):1-1.
36. **Neil C, Azofeifa E, Calderón L.** Intervención del y la profesional de enfermería ante las necesidades religiosas de la persona hospitalizada. *Rev.Enf. Costa Rica.* 2012; 33 (2): 58–65. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art1.pdf>
37. **San Rafael S, Arreciado A, Bernaus E, Vers O.** Factores que influyen en la elección de los estudios de enfermería. *Enf Clin.* 2010; 20 (4): 236-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.04.003>
38. **Alonso-Pérez L, Ezkurra-Loyola A, Amilibia-Garaizabal L, González-Ignacio A, Guridi-Amenabar M.** Nivel de dependencia de los pacientes ingresados. *Metas de Enferm* 2006; 9(8): 18-24.
39. **García-García MA, Tajadura-Albillos MC, Gil-Millán P, Millán-Cuesta B.** Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología. *Enferm. glob.* 2011; 10(4):19-38.
40. **Luis MT.** De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3a. ed. Madrid: Elsevier Masson; 2005.
41. **Watson J.** The philosophy and science of caring. Colorado: University Press of Colorado; 2008.
42. **Ducharme F, Duquette A, Major F, Kérouac S, Pepin J.** El pensamiento enfermero. 1a ed. Barcelona: Masson; 1996.
43. **Leininger M, Mc Farland M.** Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. <https://doi.org/10.1177/104365960201300113>
44. **Marrier Tomey A, Raile Alligood M.** Modelos teorías en enfermería. 4a ed. Madrid: Harcourt; 2000.

© 2016 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto (*Open Access*), distribuido bajo los términos de la licencia *Creative Commons Attribution (CC BY 4.0)*, esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando se adjudique el crédito al autor original y se cite este manuscrito como la fuente de la primera publicación del trabajo.

