



UNIVERSIDAD DE VAPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

SIGNIFICADO QUE LOS ADULTOS MAYORES LE OTORGAN AL  
CUIDADO QUE RECIBEN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN:  
UNA VISIÓN FENOMENOLÓGICA.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA  
MENCION GERONTOGERIATRÍA

AUTOR/A: JOHANA VIDAL ORTEGA  
GUÍA DE TESIS: LORENA BETTANCOURT ORTEGA

VALPARAÍSO-CHILE

NOVIEMBRE 2016

Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

## INFORME DE EVALUACIÓN TESIS DE MAGISTER

La Comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato/a

JOHANA VIDAL ORTEGA

ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día..... del mes....., de año....., como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con Mención en Gerontogeriatría y, para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora

Profesor/a Guía de Tesis: LORENA BETTANCOURT ORTEGA

Firma: \_\_\_\_\_

Profesor/a Corrector/a de Tesis: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Profesor/a Ministro/a de Fe: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTOS**

Dar las gracias es una tarea reconfortante ya que a quienes agradecemos debemos reconocerles lo que nos entregaron en los momentos más significativos.

Por eso agradezco infinitamente a mi familia de origen y a la que he formado, por el apoyo fundamental en la finalización de esta importante tarea.

Sin ustedes no hubiese sido posible.

A mi profesora guía Lorena Bettancourt, por su paciencia y valiosa orientación.

Y finalmente a todas las personas mayores que confiaron en mí, quienes con sus testimonios me permitieron conocer sus vivencias sobre el cuidado que recibieron en momentos difíciles

## **RESUMEN**

El envejecimiento es un proceso lleno de cambios biosicosociales, que se inicia desde el momento del nacimiento hasta el final de la vida. En la vejez las instancias de hospitalización son cada vez más frecuentes debido a la presencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus múltiples posibilidades de descompensación. Es en esta etapa, donde se manifiesta significativamente la vulnerabilidad. En consecuencia, se requiere que el cuidado que otorgamos como profesionales enfermeras, esté basado en un cuidado humanizado.

Este estudio tiene como objetivo comprender el significado que le otorgan los adultos mayores al Cuidado de Enfermería que reciben durante la hospitalización en el Hospital Geriátrico, La Paz de la Tarde de Limache.

Se realizó una investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico mediante entrevistas fenomenológicas a 10 personas mayores hospitalizadas por al menos 72 horas. Se consideró como referente filosófico a Martin Heidegger

Para el análisis fenomenológico, se utilizó el método de fenómeno situado de Martins y Bicudo del cual emergieron cuatro categorías: el cuidado visible, que considera las actividades técnicas e instrumentales y de gestión, el cuidado invisible, las relaciones de cuidado que se ven influenciadas por la entrega de información y el trato recibido, y el proceso de cuidado donde se genera una entrega entre el ser cuidado y el ser cuidador.

En dichas categorías las personas mayores expresan que un gesto afectuoso es más significativo para ellos que la habilidad técnica, puesto que proporciona un recuerdo positivo en las personas, sobretodo en momentos de mayor vulnerabilidad donde necesitan de una mano amiga, de una palabra afectuosa, o simplemente sentirse escuchados, o sea, que se produzca un encuentro durante el proceso de cuidado.

Palabras claves: enfermería, atención de enfermería, humanización de la atención, investigación cualitativa, fenomenología, anciano. (DeCSBireme)

## **ABSTRACT**

Growing old is a process full of biological, psychological and social changes which start at birth and continue to the end of life. During old age hospitalization is more and more frequent due to chronic, non-contagious diseases and the many ways in which they can cause imbalance. It is at this stage that vulnerability becomes most evident. Consequently, the care we provide as professional nurses ought to be based on humane care.

The aim of this study is to understand what the nursing care given to old people during their stay at the Geriatric Hospital, La Paz de la Tarde, Limache means to them.

Qualitative research was carried out using a phenomenological approach by means of interviews with ten old people who were hospitalized for at least 72 hours. Our philosophical point of reference was Martin Heidegger.

In the phenomenological analysis, the 'interpretative phenomenological analysis' by Martin and Bicudo was used. Four categories emerged: 'visible care' which includes technical and practical activities and management, 'invisible care', the 'care relationships' which are influenced by the giving of information and how it is treated (dealt with) and the 'care process', where a two way relationship between patient and care giver is created.

In the categories mentioned above the old people comment that a kind gesture means more than technical skill, since it provides them with a positive memory, especially in moments of greater vulnerability where they need a helping hand, a kind word or simply to feel they have been listened to. In other words, here has been 'connection' during the care process.

Key words: nursing, nursing attention, humane care, qualitative research, phenomenology, old person. (DeCSBireme)

## INDICE DE CONTENIDOS

Capítulo 1 Introducción	1
1.1 Buscando el significado de cuidado	2
1.2 La interrogante	4
1.3 Objetivo del estudio	9
Capítulo 2 Revisión de la literatura	10
2.1 Conceptualizando el cuidado	11
2.1.1 Concepción histórica y epistemológica del cuidado	11
2.1.2 Concepción filosófica del cuidado	14
2.1.3 Concepción ética del cuidado	20
2.1.4 Concepción del cuidado humanizado	24
2.1.5 Cuidado de Enfermería en Chile	32
Capítulo 3 Optando por el referente filosófico	38
3.1 Trayectoria Metodológica de la investigación cualitativa	43
3.2 Momentos de la trayectoria	44
3.3 La entrevista fenomenológica y su proceso	47
3.4 Rigor ético en la investigación	49
3.5 Constitución de la investigación	50
3.5.1 Colección de los discursos	50
3.5.2 Reducción fenomenológica: ejemplo	52
3.5.3 Análisis ideográfico: ejemplo	54
3.5.4 Tabla de convergencias	55

Capítulo 4 Construyendo los resultados	57
4.1 Categoría 1: El cuidado visible de la enfermera	58
4.1.1 Subcategoría 1: La enfermera realizando actividades instrumentales y técnicas	59
4.1.2 Subcategoría 2: La enfermera realizando actividades de gestión o administración	61
4.2 Categoría 2: El cuidado invisible de la enfermera	63
4.3 Categoría 3: Las relaciones de cuidado	69
4.3.1 Subcategoría 1: Recibiendo información del estado de salud	69
4.3.2 Subcategoría 2: Hablando del trato que reciben	72
4.4 Categoría 4: El proceso de cuidado	75
4.4.1 Subcategoría 1: La mirada del adulto mayor sobre el “Ser cuidador”	76
4.4.2 Subcategoría 2: La mirada del adulto mayor como “Ser cuidado”	77
Capítulo 5: Vislumbrando Caminos	80
5.1 Significado del cuidado	81
5.2 Consideraciones finales	84
Capítulo 6: Referencias Bibliográficas	89
Anexos	95

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla N° 1 Reducción fenomenológica – Discurso N° 7.	52
Tabla N° 2 Convergencias de los discursos.	55

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura N° 1 Modelo del significado del cuidado que le otorgan las personas mayores al cuidado que reciben durante la hospitalización.	81
---	----

## **CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN**

## **CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Buscando el significado que le otorgan los adultos mayores al Cuidado de enfermería.**

Durante mis años de ejercicio profesional he tenido la oportunidad de visualizar la Enfermería desde distintas perspectivas, una como Enfermera clínica en unidades de menor y mayor complejidad y otra más profunda y reflexiva, a través del ejercicio de la docencia de pregrado en Enfermería desde hace ya más de una década. En este escenario surge en mí, la necesidad de profundizar en el foco principal de nuestra disciplina, el Cuidado, para iniciar el camino de esta investigación.

El Cuidado ha sido definido como la relación existente entre el cuidador, persona que entrega el cuidado y la persona cuidada, siendo ambos los componentes claves de esta interacción. También es considerado como la acción de hacer algo por una persona, una característica del ser humano, un imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, una forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, permitiendo al otro crecer, realizarse y enfrentar las dificultades propias de la vida, es decir, el cuidado es un proceso recíproco que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado (1).

La naturaleza del Cuidado es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud dejando de lado lo que hasta ahora ha sido visto como el eje del trabajo de enfermería y por muchos como el área que daba sustento al arte de la misma, me refiero a la ejecución de procedimientos técnicos (2).

Me parece importante también señalar que los sujetos de cuidado son las personas y

grupos de personas, sanos o con alguna alteración de la salud. Para establecer una relación interpersonal entre la enfermera y los sujetos de cuidado deben conjugarse los siguientes elementos: la intencionalidad, preocupación, empatía, libertad, opción, responsabilidad y el respeto. Esta conjunción convierte al cuidado en un acto de vida de dos personas en interacción, porque en nuestra interrelación con el otro no nos abstraemos de nuestra vida, sino que influimos recíprocamente en el acto de cuidar (3).

Con frecuencia el cuidado pasa desapercibido o es invisible como lo señala Collière, el hecho de preocuparse por alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud- enfermedad estando presente, son acciones invisibles, sin embargo, estas son fundamentales para la persona que vive una experiencia de salud-enfermedad. La práctica de la enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona (4).

El Cuidado tiene dos esferas distintas que deben guardar un equilibrio para proporcionar cuidados de calidad. Una de ellas, denominada “High tech”, está orientada al cuidado físico, a través de la realización de técnicas, uso de aparatos y medios tecnológicos frecuentemente derivados del modelo biomédico. La segunda dimensión recibe el nombre de “High touch” y se refiere a una dimensión de carácter más subjetivo basada en la sensibilidad, creatividad e intuición para cuidar al otro. Esta dimensión es la que también se conoce como Cuidado Humanizado (5).

Jean Watson, con su “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración

administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los Profesionales Enfermeros (6).

Además la percepción que tiene el sujeto de cuidado de éste, se define como el proceso mental mediante el cual la persona y el equipo de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado, lo cual está relacionado con el cuidado genuino y simultáneo citado por Watson, que permite al adulto mayor y enfermera percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior, para tomar conciencia del mundo que les rodea (7).

El significado del cuidado como objeto de estudio ha generado diversas reflexiones. En especial, se ha considerado el significado que le otorgan los propios Profesionales Enfermeros al cuidado que otorgan. Sin embargo existen otros componentes que giran en torno al cuidado: las personas atendidas, los familiares y el propio equipo de enfermería. Cada uno de ellos podría enriquecer el concepto con sus propias significaciones. Por ello me parece que puede constituir un aporte el conocer el significado que le otorga el adulto mayor al cuidado que recibe, en el contexto de la atención cerrada de salud (8).

## **1.2. La Interrogante**

El Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde de Limache, perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, es un centro especializado en la rehabilitación de personas mayores de 60 años que pertenecen a la red asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, siendo su objetivo principal el evitar la permanencia prolongada de las

personas mayores que poseen déficit funcional, en los hospitales de alta complejidad de dicha red asistencial. Posee un equipo multidisciplinario que otorga tratamientos y cuidados en las modalidades de atención abierta y cerrada, predominando mayoritariamente la última, considerando en ambos ámbitos, consultas odontológicas, valoración y rehabilitación en general como son: kinesioterapia, terapia ocupacional, ergoterapia, nutrición, fonoaudiología, valoración de riesgo social y talleres de apoyo a cuidadores.

El Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde, consta con una dotación de 65 camas, distribuidas en tres sectores: G1 de Hombres con 21 camas, G2 de Mujeres con 20 camas y G3 de Mujeres con 24 camas. Para llevar a cabo el cuidado se dispone de 3 enfermeras cuyo sistema de trabajo es diurno, de 8 a 17 horas y 3 enfermeras que rotan en 3º turno. Para los cuidados básicos se cuenta con 23 técnicos paramédicos que rotan en 3º turno y 3 técnicos más en horario diurno, a cargo de farmacia y esterilización.

Por otro lado nuestro país se encuentra demográficamente en un proceso de transición avanzada hacia el envejecimiento poblacional, caracterizándose por una disminución de la población joven y un aumento significativo de las personas mayores de 60 años y lo más significativo para las políticas de salud es el aumento del segmento etario de 80 años y más, quienes tienen mayor incidencia de Enfermedades crónicas no transmisibles, polifarmacia, riesgos de caídas, mayor número de episodios de hospitalización y por ende mayor riesgo de dependencia.

Actualmente, en Chile, existe un adulto mayor de 60 años por cada 10 habitantes, proyectándose que para el año 2030 esta cifra sea uno de cada cinco. Más importante aún es la estimación de que para la misma década el grupo de mayores de 80 años se igualará

a la población menor de 5 años. Esto ha significado un gran éxito en el desarrollo del país, pero a su vez un tremendo desafío en las políticas sociosanitarias (9). Es por esto que el Estado de Chile, en la década de los 90 comienza a adoptar las prácticas y recomendaciones internacionales, en cuanto a políticas dirigidas hacia las personas mayores, transitando de un enfoque meramente existencialista hacia uno enfoque de derechos y protección social (10). En el año 2002 se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, otorgando mayor visibilidad al envejecimiento y la vejez, a través de la creación de programas específicamente dirigidos a dicho grupo etario. Actualmente y acorde a las directrices internacionales se encuentra vigente la Política Integral de Envejecimiento Positivo, que pretende a través de sus tres grandes objetivos: proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo (10).

He tenido la oportunidad de visitar el Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde, durante mi estadía gestionada por la Mención de Gerontología del Programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Chile. Al ser un hospital cuyos destinatarios son adultos mayores que requieren rehabilitación, ya sea por Accidentes Cerebro-Vasculares o posterior a cirugía de cadera por fracturas, he visualizado un trabajo interdisciplinario efectivo, pero con una escasa visibilidad del Profesional Enfermero (11).

Al realizar una visita exploratoria con el fin de evaluar la factibilidad de realizar mi investigación allí, observo que no existe una Subdirección de Gestión del Cuidado, ya que al no ser un hospital de mediana o gran complejidad no tienen la obligación de constituirla, por ende el cuidado está aún centrado en el modelo biomédico y puramente

biologicista, en donde se busca dar solución al problema de salud puntual que presentan las personas, sin considerarlo como una persona con necesidades biosicosociales (12).

Por lo anterior, el conocer el significado que los adultos mayores le otorgan al cuidado de enfermería que reciben durante la hospitalización y cómo vivencian este cuidado, me parece que puede constituir un aporte al modelo de salud aplicado en el Hospital Geriátrico, ya que la “Gestión del Cuidado de Enfermería” es uno de los componentes básicos que contribuyen al desarrollo de la Gestión Clínica Hospitalaria, entendida como el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las personas (13).

Por lo tanto, su fin último es ofrecer a las personas los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (14).

Ahora bien, desde el punto de vista disciplinar no deja de ser fundamental el conocer la percepción que tienen las personas del cuidado que otorgamos como Profesionales Enfermeros para así poder visualizar nuestro quehacer desde la perspectiva del otro. Ese otro, ha sido escasamente considerado desde la visión que tiene del cuidado que recibe; todo esto sumado a que como país nos encontramos en una etapa de transición demográfica avanzada, fundamenta la importancia de conocer como visualizan el cuidado de enfermería los adultos mayores, toda vez que las proyecciones demográficas para el 2020 indican que la población adulta mayor seguirá aumentando llegando a un 17,3% de personas mayores de 60 años, aumentando por tanto las necesidades de

cuidado en todos los ámbitos de la atención de salud. Por ello el desafío de mantener a esta población sana, funcionalmente activa, retrasando la dependencia y la discapacidad está radicada no sólo en el ámbito de la salud sino también se debe propender hacia un cambio sociocultural para mejorar la percepción del envejecimiento y la vejez.

Considerando además que hoy día presenciamos un envejecimiento de la vejez, reflejado en el aumento de los mayores de 80 años, éstos presentan un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), lo cual genera una disminución de sus reservas fisiológicas, manifestándose como descompensaciones de las ECNT o bien desarrollando nuevas enfermedades agudas. Éstas complejizan las hospitalizaciones aumentando el riesgo de fragilidad y dependencia.

En este contexto, surge la necesidad de conocer, profundizar y comprender el significado que le otorga el adulto mayor hospitalizado al cuidado que recibe y es por ello que me planteé la siguiente interrogante de estudio:

**¿Qué significado le otorga el adulto mayor al cuidado que recibe durante la hospitalización?**

Pretendo observar la manifestación del fenómeno a través de los discursos de los propios adultos mayores hospitalizados en el Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde de Limache.

### **1.3. Objetivo del estudio**

Comprender el significado que le otorgan los adultos mayores al Cuidado de Enfermería que reciben durante la hospitalización en el Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde, Limache.

Se utilizarán dos preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo ha sido su experiencia durante la hospitalización?
2. ¿Cuáles han sido sus vivencias más significativas con respecto al cuidado que le otorga el Profesional Enfermera?

## **CAPÍTULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA**

## **CAPÍTULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **2.1 Conceptualizando el cuidado.**

#### **2.1.1 Concepción histórica y epistemológica del cuidado.**

La palabra cuidado proviene del latín, *cogitatus*, que significa pensamiento, reflexión, atención, desvelo cautela, celo. La palabra cuidar que también proveniente del latín *cogitare* significa imaginar, pensar, tener cuidado consigo mismo. En cuanto al griego el término que más se aproxima es *ἐπιμέλεια* (Epimeleia), que se ha traducido como *cuidado, solicitud, atención*, de aquí aparece la palabra *ἐπιμελεῖσθαι* (Epimeleonai) que se traduce también como cuidado y como preocupación (15). Hoy en día hablar del cuidado nos hace pensar inmediatamente en el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo el origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, constituyéndose este acto, en una garantía para la continuidad de la especie humana, a través del mantenimiento de la vida y la supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad (4).

El cuidado, por lo tanto, ha estado presente en toda la historia de la humanidad. Al comienzo se basaba en la alimentación, la reproducción y la preservación de la especie. Se caracterizaba porque se realizaba de forma empírica, se otorgaba y se recibía sin un conocimiento previo (16).

El hombre tenía un rol de proveedor a través de la caza, de defensa y de curación de las heridas causadas por las guerras. Por su parte, las mujeres realizaban el cuidado relacionado con el parto y el recién nacido; la promoción y la mantención de la salud de los niños y los mayores, al proveyendo alimentos a través de la agricultura, previniendo

problemas, curando de enfermedades, por medio del cultivo de hierbas, además de ser parte de los rituales presente en los rituales de paso como el nacimiento y la muerte (17).

Desde los inicios de la humanidad, las prácticas de cuidado se centraban en la familia, los hijos, la tierra, y luego fueron derivando hacia los enfermos, desvalidos y ancianos. Dichas prácticas se asociaban con una función biológica, y con una vocación de servicio y altruismo hacia el prójimo (18).

A medida que el hombre evoluciona, también lo hace la forma de expresar el cuidado. Se hizo, por lo tanto, necesario que dejara de ser un conocimiento eminentemente empírico para convertirse en un conocimiento científico.

El cuidado también deja de ser colectivo para pasar a ser responsabilidad de un miembro de la comunidad o de la sociedad.

La figura del cuidador según la cultura y las creencias de los pueblos, se fue manifestando a través de chamanes, hechiceros(as), mujeres de virtud, parteras, guardianas de prisiones, mujeres consagradas, sacerdotes, barberos y luego por médicos y cirujanos en la Edad Media.

Como vemos, la historia del cuidado humano es tan extensa como la historia de la humanidad, sin embargo, el proceso de profesionalización del cuidado se liga a la historia de la atención de la enfermedad, más específicamente al desarrollo de las instituciones de atención médica y al de la medicina como ciencia (19).

La enfermería ha tenido a través del tiempo la responsabilidad del cuidado. Las actitudes y las prácticas de los cuidados son lo único que distingue a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas (16).

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado definir un área propia de

investigación y de práctica para delimitar así el campo disciplinar, haciendo esfuerzos en buscar palabras que describan la actividad del cuidado (20).

Con el fin de precisar las características de la disciplina Enfermera diferentes escritos han precisado la relación entre los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno. Es imposible dejar de mencionar los contextos en que ha evolucionado la enfermería, es decir, las grandes corrientes de pensamiento o maneras de ver el mundo, denominados paradigmas, que sustentan los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

En Enfermería, por lo tanto, hablamos de tres paradigmas:

- Paradigma de la Categorización:

Concibe los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad, y una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. La teorista más representativa de este paradigma es Florence Nightingale (20).

- Paradigma de la Integración:

Es una prolongación del paradigma anterior, reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno y lo integra al contexto específico en que se sitúa el fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta orientación se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la

disciplina médica (20).

- **Paradigma de la Transformación:**

Presenta un cambio de mentalidad, según este paradigma un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina enfermera. A partir del surgimiento de esta corriente de pensamiento las enfermeras han manifestado gran preocupación por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado (20).

### **2.1.2 Concepción filosófica del cuidado.**

La Filosofía es la ciencia que trata de la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas. El concepto de cuidado posee una raíz filosófica fundamental ya que ésta permite el análisis del propósito de la vida humana, de la naturaleza del ser y de la realidad, de los valores presentes en el cuidado y el discernimiento intelectual para el bienestar de la persona, contribuyendo así en el desarrollo disciplinar (21).

Por lo anterior me parece fundamental hacer una revisión de la visión de algunos filósofos que han teorizado sobre el cuidado.

Para Milton Mayeroff, desde su mirada existencialista, los valores morales están inmersos en el proceso de cuidar y crecer, cuando se cuida a otro, se crece, quien cuida se autodetermina, al seleccionar los valores e ideales que fundamentan su experiencia. La característica fundamental del cuidado es el origen de la vida, la dignidad de la misma,

que conlleva al respeto y a la búsqueda del bienestar, por ello el cuidado humano es ayudar a otro a crecer, independientemente de quien sea (21).

Según Mayeroff el cuidado significa compasión, aprecio, empatía, conocimiento de sí y de otros, significa ser capaz de sentir desde adentro, lo que la otra persona siente, y determinar qué requiere para crecer. Para él, el alcance moral del cuidado es la ética de la responsabilidad. Enfatiza que los valores se descubren en el cuidado y se articulan con las respuestas humanas del ser (21).

Por otro lado, Michel Foucault, sustenta que el cuidado de sí se inicia desde el pensamiento griego en el decir: “cuidate a ti mismo” representa una visión ética ontológica en donde la reflexión de la libertad implica el cuidado de sí, además de ser manifestación y constitución del ser; cuidar de sí es conocerse, formarse y superarse a sí mismo para poder asumir ciertas reglas y principios establecidos en la moral que conducen a la verdad. El cuidado de sí, es ético en sí mismo e implica relaciones complejas con los otros, ya que el ethos de la libertad conlleva una manera de relacionarse y ocuparse de los otros pues, para cuidar bien de sí, hay que escuchar las lecciones de un maestro, consejero o amigo que oriente y guíe, sin anteponer el cuidado de los otros al cuidado de sí, ya que éticamente es primordial y ontológicamente la primera filosofía en la relación consigo mismo (21).

La idea de cuidado también se encuentra expresada en el pensamiento contemporáneo de Emmanuel Lévinas, quien propone una filosofía de la persona por encima del ser, la supremacía de la persona es la ética, se basa en la relación con el otro, su cercanía no es

para conocerlo, porque no es una relación cognoscitiva, sino una relación eminentemente ética, en el sentido de que el *otro* me conmueva y me importe (22).

Lévinas propone que la filosofía primera ha de ser una ética de la alteridad, que encuentra su fundamento en el encuentro cara a cara con el otro, donde el sujeto es responsable del otro, incluso antes de ser consciente de su propia existencia. La autonomía del yo es posterior a la configuración del otro, se da a través de los elementos de proximidad, responsabilidad y sustitución.

Lévinas rompe con el esquema sujeto-objeto expresado por la metafísica de la filosofía occidental y propone un nuevo esquema yo-otro, en donde hay una nueva posibilidad de acceso a una verdadera trascendencia, que no significa el dominio del otro, sino el respeto del otro, el punto de partida para pensar no es para sí mismo, sino para el otro (23).

También Leonardo Boff encuentra distintos significados sobre el cuidado, desde el estudio de los filósofos griegos, romanos, pasando por San Agustín y culminando en Martin Heidegger, quienes ven en el cuidado la esencia misma del ser humano en el mundo y le da significación al cuidado a partir de estos referentes.

Boff establece cuatro grandes proposiciones que le dan sentido al cuidado (24) y se constituyen en referentes filosóficos para la disciplina enfermera:

1. El cuidado es una actitud de relación amorosa, suave, amigable, armoniosa y protectora de la realidad, personal, social y ambiental; es la mano abierta que se extiende para la caricia esencial, para el apretón de manos, dedos que se enlazan con otros dedos para formar una alianza de cooperación y unión de fuerzas. Es lo

contrario a la mano cerrada y al puño cerrado que somete y domina al otro.

2. El cuidado es todo tipo de preocupación, inquietud, desasosiego, malestar y hasta miedo por personas y realidades con las cuales se está afectivamente involucrado, y por eso son significativas. Este tipo de cuidado acompaña en todo momento y en cada etapa de la vida. Es comprometerse con las situaciones y las personas que se quieren, estas dan cuidados y con ello se vive el cuidado esencial.
3. El cuidado es la vivencia de la relación entre la necesidad de ser cuidado, la voluntad y la predisposición a cuidar, creando un conjunto de apoyos y protecciones que hacen posible esta relación indisociable a nivel personal, social y con todos los seres vivos. El cuidado amoroso, el cuidado-preocupación y el cuidado-protección-apoyo son existenciales, es decir, datos objetivos de la estructura del ser en el tiempo, en el espacio y en la historia, son previos a cualquier otro acto y subyacen a todo lo que se emprende. Por eso pertenecen a la esencia de lo humano protecciones que hacen posible esta relación indisociable a nivel personal, social y con todos los seres vivos.
4. El cuidado-precaución y cuidado-prevención se refieren a aquellas actitudes y comportamientos que deben ser evitados por sus consecuencias dañinas previsibles e imprevisibles, que son debidas a veces a la inseguridad de los datos científicos y a lo imprevisible de los efectos perjudiciales al sistema-vida y al sistema-tierra. El cuidado-prevención y el cuidado-precaución nacen de la misión de cuidadores de todo ser. Se es ético y responsable de las consecuencias, es decir, se reconocen las consecuencias benéficas o perjudiciales de los actos propios, las actitudes y comportamientos (21).

A su vez, Martin Heidegger, es el filósofo que mejor significación le ha dado al cuidado, lo encontramos en la interpretación del “Dasein” como cuidado, donde su objetivo es explicar el sentido ontológico del ser del Dasein como temporalidad. El análisis preparatorio es saber, la determinación del sentido existencial de la estructura fundamental del Dasein como cuidado (25).

Los caracteres ontológicos fundamentales del Dasein son: la existencialidad, la facticidad y el ser caído. Estas tres determinaciones existenciales son el resultado del análisis del ser cotidiano del Dasein, cuya estructura fundamental es el *ser en el mundo*, su esencia reside en su tener que ser, es decir, en su existencia. No debe confundirse con una cosa extra mundana que ya ha sido dada (vorhanden). Razón por la cual el mundo no está en una relación de exterioridad con el Dasein, sino que es un constituyente de este (25).

Las tres estructuras del *ser en el mundo* arrojado, serán comprendidas como estructuras de cuidado. Porque el Dasein no es indiferente a su propio ser y lo “comprende”, existe en el modo de proyección de su propio ser, él es en vista de su propio *poder ser*, lo mismo que en cada una de sus tareas mundanas, a si mismo su propia finalidad, es lo que Heidegger llama “el objetivo de su querer” (26).

Sin embargo, lo que problematiza es que en las estructuras del cuidado junto a la facticidad y la existencialidad, está el ser caído, que solo caracteriza la preocupación cotidiana del ser en el mundo e inauténtico.

La fórmula por la cual Heidegger explicita el ser del Dasein como cuidado “ser-ante- sí mismo-ya-en-(el-mundo), este en el mundo, no consiste de ningún modo en una pura relación consigo mismo que haga abstracción del mundo sino en otra manera de *ser en el*

*mundo*. Es lo que subraya Heidegger cuando precisa que el cuidado no designa un comportamiento aislado del yo a la vista de sí mismo porque los otros dos momentos estructurales, el-ser-ya-en...y el-ser-cabe...están siempre conjuntamente incluidos. A esta estructura que articula los tres existenciales de un fenómeno unitario, Heidegger le da el nombre de cuidado, en alemán Sorge, pero con la voluntad de darle una connotación exclusivamente ontológica y existencial (26).

Esta elección no es arbitraria ya que el Dasein se considera a sí mismo como cuidado por fuera de toda interpretación teórica. Para ello, Heidegger se basa en la Fábula de Higino, donde el cuidado es considerado no solamente como lo que posee el hombre durante toda su vida, sino donde aparece también en conexión con la concepción de que en el hombre hay un compuesto de materia (de tierra) y de espíritu. Además, el latín cura presenta el mismo doble sentido de cuidado y de cura que el alemán Sorge. Heidegger ve aquí en la designación de la constitución una estructura esencialmente doble de proyecto arrojado (25).

En este testimonio pre ontológico, la definición tradicional de hombre como animal racional no es originaria, ya que Heidegger concibe al hombre como un compuesto de lo sensible y lo inteligible y no como un “todo”. Heidegger, se propone mostrar que el cuidado es pre ontológicamente anterior al querer, al desear, al impulso y a la inclinación, a estas funciones características del viviente en general.

El resultado del análisis fundamental del Dasein es la interpretación del ser del Dasein como cuidado. La resolución precursora en tanto modo de “cuidado auténtico”, no se vuelve posible si no es por la temporalidad, lo que implica que el cuidado en general se funda en la temporalidad y esta constituye el sentido ontológico del cuidado. La

temporalidad es la que hace posible la unidad de la existencialidad, la facticidad y la caída, en tanto, estas constituyen esos momentos estructurados del cuidado (26).

### **2.1.3 Concepción ética del cuidado.**

El filósofo Español Francesc Torralba, hace referencia al Cuidado desde la mirada ética, sosteniendo que es fundamental analizarlo desde lo trascendental, lo categorial y lo esencial (27).

Lo *trascendental* del cuidado se refiere a las condiciones que deben existir al momento de cuidar, a saber, el binomio antropológico, posibilidad-necesidad, basándose en Kierkegaard quien señala que somos un binomio de múltiples necesidades físicas, psicológicas, emocionales, espirituales con múltiples posibilidades que le otorgan la libertad y el futuro.

La apertura, encuentro y comprensión, nos hacen comprender que el ser humano no es indiferente al otro, es capaz de mostrar su interior al otro, no sólo a través de palabras, sino que también a través de gestos y actitudes que permiten el encuentro, entendido como vínculo existencial, que finalmente permite ejercer la acción de cuidar.

La Silenciosidad y el habla, esta condición hace referencia al uso del lenguaje, entendiéndolo no solo como palabras sino también como los gestos y los silencios que en el momento de cuidar se producen. Destaca que la silenciosidad permite la escucha activa, la reflexión procurando hablar con sentido y no hablar por hablar ya que el que sufre atesorará los momentos de silencio.

La historicidad e identidad, hace referencia al conocer al otro desde la vivencia de la enfermedad o del sufrimiento, esta historia y su contexto permitirán conocer la identidad

de la persona que otorgando un cuidado auténtico y no en serie.

Desde el punto de vista *categorial* (27), Torralba se refiere a lo que se visualiza en el acto de cuidar, como rasgos éticos, actos que deben hacerse al momento de cuidar como son el tacto, la escucha atenta y el sentido del humor.

Para que se produzca el acto de cuidar es imprescindible la presencia, es imposible el cuidado virtual, ya que el tacto significa atención, respeto y preocupación por el otro. Solo la proximidad permite al ser vulnerable sentir que está protegido.

La escucha atenta, a su vez, denota interés, preocupación y afecto por el otro, para ello es necesario estar atento a las señales de ese otro, dedicando tiempo y evitando preocupaciones propias del ser cuidador que interfieran en el acto de cuidar. La escucha debe ser entendida como un aspecto ético básico y por ende parte del *deber ser* Enfermero.

El sentido del humor, en contexto del acto de cuidar, no significa banalizar el sufrimiento y la vulnerabilidad, sino que permite aliviar la experiencia de la enfermedad, permitiendo la aceptación, disminuyendo el nivel de angustia y ansiedad bajo el criterio del momento adecuado.

Lo *esencial* de cuidado (27) está dado por dejar que el otro sea, estando, acompañándolo en la vulnerabilidad, preservando su identidad, a través de la preocupación, dedicación y velando por la satisfacción de sus necesidades continuamente para que pueda desarrollarse. Dejar que el otro sea el mismo, que exprese su identidad, por lo que al cuidar no se debe transformar al otro, se debe permitir su autenticidad y su autonomía moral, potenciando lo que el otro es en sí mismo, dejando de lado el paternalismo, excepto cuando el ser cuidado, dentro de su vulnerabilidad, entregue la capacidad de

razonar y decidir sobre su vida al ser que cuida, entonces se le denomina paternalismo reclamado. Dejar que el otro sea lo que está llamado a ser, entendiendo que el ser humano es inacabado, está en constante evolución en su proyecto de vida para lo cual necesita de dedicación y preocupación, es decir, reflexionar en los momentos de sufrimiento y vulnerabilidad. Procurar por el otro, entendiéndose que para que se lleve a cabo el acto de cuidar, es necesaria la interacción humana, la relación con otros para lograr un proyecto de vida, logrando un desarrollo en libertad manteniendo la autonomía y la autenticidad.

Así mismo Torralba, basándose en el trabajo de Roach, Brykczynska y Benner, desarrolla la teoría de la *Ética del Cuidar*, que busca plantear los parámetros morales que regulan la acción de cuidar, a través de las cinco virtudes o *Constructos del cuidar* (28), que *deben* estar presentes en el acto de cuidar: compasión, competencia, confianza, confidencialidad y conciencia.

1. La compasión: constituye la primera y más fundamental de las virtudes, sin ella no es factible otorgar cuidados de calidad. Según G. Bryczynska constituye la raíz del cuidado, ya que consiste en percibir como propio el sufrimiento del otro, sufrimiento que va desde lo físico, a lo emocional y/o espiritual. Para ello es necesario salirse del propio yo para comprender al otro en su contexto, asumiendo el dolor del otro.

Para que se constituya en una virtud debe existir necesariamente a posterior, un acto de cuidado, es decir no basta sólo comprender el sufrimiento, sino que se debe hacer cargo de éste a través de una acción que permita aliviar el sufrimiento del otro.

La compasión se relaciona con la experiencia de la alteridad y de la vulnerabilidad, es necesaria, por lo tanto, la percepción de vulnerabilidad del otro, mediante la relación con

el otro, en un encuentro interpersonal. El modelo biomédico imperante, junto a la excesiva burocratización y tecnologización de los cuidados, entorpecen el encuentro interpersonal y por lo tanto la compasión.

2. La competencia: virtud que exige al profesional contar con la capacitación pertinente para ejercer el cuidado de forma adecuada. Se requiere, por lo tanto, del conocimiento del ser humano en forma global para poder llevar a cabo el acto de cuidar (28).

3. La confidencialidad: virtud que se relaciona con la capacidad de generar una relación interpersonal, a través de la capacidad de escuchar, la discreción, la buena educación, el respeto por el otro, de su vida íntima, su privacidad.

La vulnerabilidad de la persona puede obligarlo a exponer lo que es, desde lo físico hasta lo emocional por lo tanto esta virtud obliga a la protección de la persona frente a dicha exposición (28).

La confidencialidad también debe ser considerada hacia sí, a través del respeto hacia uno mismo, el reconocimiento de los propios límites, carencias y deseos; también debe considerarse como el respeto por la profesión.

4. La confianza: es fundamental la relación de confianza en el acto de cuidar, el establecimiento de un vínculo que le permita al otro entregarse. Para que ese otro se entregue a una relación de confianza, no basta sólo la competencia técnica sino también con una competencia moral. Para ello se debe demostrar eficacia y eficiencia en el actuar. El desarrollo de la confianza requiere de tiempo y de un contexto para que se produzca el encuentro que permita el desarrollo del cuidado.

5. La conciencia: virtud que tiene que ver con la reflexión, la prudencia y la cautela. Consiste en estar consciente de las consecuencias del acto de cuidar, sin olvidar que el

“ser cuidado” es un ser humano que tiene dignidad intrínseca (por el sólo hecho de ser persona), reconociendo las limitaciones y las dificultades que interfieren en el momento cuidar (28).

#### **2.1.4 Concepción del cuidado humanizado.**

El concepto de humanización del cuidado, surge en la denominada escuela del *caring*. Escuela que tiene como conceptos centrales el cuidado transpersonal y transcultural, a través de la apertura hacia el mundo, ubicándose en el paradigma de la transformación.

Las grandes exponentes de esta escuela son las teoristas Madeleine Leininger y Jean Watson. La escuela del *caring* entiende el cuidado como el conjunto de acciones que permiten a la enfermera descubrir los signos de mejora o deterioro de la persona al tiempo que la ayudan respetando sus valores, sus creencias, su forma de vida y su cultura (20).

Leininger mediante su Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales, manifiesta que el cuidado está relacionado con experiencias de asistencia, apoyo y autorización, o con conductas para con los demás, que reflejan la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida para afrontar discapacidades o la muerte. Otro concepto central de su teoría es el de los cuidados culturales, descritos desde la perspectiva humanista, como actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar de la persona o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas (29).

A su vez Watson a través de su filosofía del cuidado transpersonal, reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para *llegar a ser*, un *ser en relación a otro que lo invoca*. Este llamado desde el otro, *absolutamente otro*, es la base del cuidado en general y, a la vez, del cuidado de enfermería (30). Éste es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud, a través de metas específicas y con una base epistemológica.

Watson hace énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, manifestando que cuidar implica la expresión de valores, voluntad, compromiso y conocimientos. A su vez, refiere que el cuidado requiere de la combinación de las ciencias humanas, dando paso a la aparición de emociones humanas como dolor, disfrute, sufrimiento, miedo, ayuda, confianza, sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.

Watson afirma que cuidar comienza cuando la enfermera entra al campo fenomenológico del paciente, es decir, en su realidad subjetiva y responde al estado del ser del paciente, que está condicionado por su cuerpo y por su espíritu o alma, haciendo posible que dicho paciente libere los sentimientos o pensamientos subjetivos que anhelaba liberar.

En esta interrelación con el otro, la enfermera debe ayudar al otro a adoptar conductas de búsqueda de la salud, usando otros aspectos que apoyen el cuidar como son: el silencio, el canto, la música, la poesía, el tocar, estar “presente” a través del arte, de expresiones no verbales, de afirmaciones llenas de espiritualidad y energía que permitan la tranquilidad y la sanación.

Watson basa su teoría en siete supuestos (31). Éstos son premisas asumidas como verdad,

pero sin comprobación:

1. El cuidado solo se puede manifestar y practicar de manera eficaz a través de una relación interpersonal.
2. El cuidado comprende factores del cuidado, que son resultados de la satisfacción de las necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal y familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “*generador de salud*” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biológico al conocimiento de la conducta humana para mantener y promover la salud.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Watson en los orígenes de su teoría, estructura los diez Factores de Cuidados (FC) para luego corregirlos y complementarlos con el de Proceso *Caritas* o Proceso de Cuidar (PC) en donde afirma que expande los aspectos filosóficos y transpersonales del “*momento de cuidados*” como su marco de referencia dejando patente los aspectos éticos, estéticos y espirituales-metafísicos (30).

Los diez Factores de Cuidado que después Watson denomina Proceso Caritas de Cuidados (PCC), corresponden a una extensión y profundización de los anteriores, a través de un lenguaje más fluido, que permita entender en un nivel más profundo las

dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas. Estos son:

1. *“Formación humanista-altruista en un sistema de valores”*, se convierte luego en la *“práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”* (30). Watson asume que la práctica profesional requiere que la enfermera evolucione en su desarrollo moral, a través de una acabada reflexión sobre su propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. Será útil, por lo tanto, la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo.

Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros.

2. *“Incorporación de la fe - esperanza”*, se convierte luego en *“Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”* (30). Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia como especie humana. Así, el cultivar un sistema de creencias y ejecutar rituales que permitan mantener la fe, contribuirá a la sanación o mantención de la salud.
3. *“El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros”* será redactado más tarde como *“El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”*

(30). Para Watson el ser humano es en primer lugar un *ser sintiente*. En la práctica sanitaria es habitual que se separe el desarrollo profesional de la sensibilidad, por ello las enfermeras tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Una persona que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará empatizar con los de los otros. Así mismo es frecuente proteger a la persona atendida de los sentimientos negativos, para evitar que llore o que demuestre ansiedad, siendo que son parte de la vida. Por lo tanto el mantener silencio, respetar y dar un abrazo será más útil; y por cierto, más humano. Las conductas de evitación como la aprensión a contestar preguntas o el temor a enfrentar a un paciente que va a morir, tienden a ser habituales, están presentes en el día a día. Por ello, el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros, adquiere relevancia, porque le permite ser un *ser auténtico* y *honesto* que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor del otro. Esta sensibilidad estará reforzada según sea la formación valórica que posea la enfermera.

4. “*El desarrollo de una relación de ayuda y confianza*” . El cuidar la relación humana se convierte en “*Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza*” (30). La relación de confianza que se establece, va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos, a través de la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también de la congruencia, la honestidad, la percepción de realidad y el apego a la verdad. Watson menciona que para evitar la incongruencia las enfermeras no deben jugar roles estereotipados ni emitir discursos programados, ya que esto aleja a la persona atendida; también que la enfermera debe ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros mediante el entendimiento de que toda relación, al menos, tiene dos emisores y

dos receptores; y por último, que las experiencias que otorgan las personas atendidas son vitales, al igual que lo son las propias experiencias, convirtiéndose en un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental.

5. *“La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos”*. Watson la enuncia más tarde como un *“estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”* (30). Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana. Es sabido que la comprensión intelectual y la emocional de una misma información son bastante diferentes, en especial en aquellas situaciones que conllevan un efecto negativo como por ejemplo, en presencia de ansiedad, estrés, confusión e incluso temor. La libre expresión de sentimientos evita la elaboración de sentimientos defensivos, de negación o aumento del estrés.
6. *“El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial”* se convierte en: *“el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”* (30). Watson manifiesta que la sistematización excesiva de normativas impiden el desarrollo creativo de la enfermería. Esta sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas. El realizar acciones mecánicamente, enfocadas en la enfermedad, impide visualizar la profundidad del fondo, ello es lo que distingue a un técnico de un profesional. A esto se puede agregar la falta de reconocimiento por parte de la sociedad de nuestra disciplina, la autopercepción de sacrificio y sumisión, que nos lleva a mostrarnos con una posición rígida, autocontrolada, y autodestructiva, que

daña profundamente a la enfermera y dificulta el establecimiento de una relación terapéutica.

Según Watson, para brindar cuidados efectivos es indispensable lograr un cambio de imagen, a través de la autoconfianza y el ejercicio de la autonomía; utilizando la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, elaborando nuevas teorías y mejorando las existentes.

7. *“La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”* . Luego deriva a: *“Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”* (30).  
Factor de cuidado que permite la persona atendida ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es, ante todo, *información*, es decir, una lista de acciones a realizar o a evitar. Ella manifiesta que la educación en salud, efectuada por la enfermera, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida, que consiga un cambio positivo y proactivo de personas. La escasez de tiempo, o de motivación, hace seguir informando a las personas atendidas, sin educarlos, y sin lograr una retroalimentación entre ambas partes.
8. *“La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural”* se convierte en: *“creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia)*

*ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz*” (30). Watson divide este ambiente en externo e interno, siendo ellos interdependientes entre sí. El medio ambiente externo contiene variable como seguridad, confort, abrigo; y en el medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de dichas variables emergen las necesidades, que Watson define como requerimientos, que de ser satisfechos, alivian o disminuyen la angustia o el dolor, o bien mejora el sentido de adecuación y bienestar de la persona.

9. *“La asistencia con la gratificación de necesidades humanas”*. Las que posteriormente llama: *“La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”* (30). Según Watson, en el primer nivel de las necesidades se encuentran las de supervivencia o necesidades biofísicas, a saber: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, como la de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales, como la necesidad de realización de sí mismo.

El cuidado es, por tanto, contribuir al logro de las necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, de manera integral y holística, abarcando los diferentes niveles de las necesidades.

10. *“El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”*. Este último factor de cuidado es el método para que permite lograr la satisfacción de las necesidades humanas. Para ello Watson define la fenomenología, como: *“énfasis en la*

*comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión (30).* Esta orientación es útil para la enfermera, ya que la ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades” .

### **2.1.5 Cuidado de Enfermería en Chile.**

Desde el periodo Precolombino, la cultura Mapuche, predominante en nuestro territorio, poseía creencias y rituales religiosos, presentes en la vida cotidiana e íntimamente ligados con el cuidado de la salud.

Dentro de ellos se encuentra presente la figura de la *machi* quien utiliza procedimientos mágicos o adivinatorios y procedimientos empíricos, como el examen físico, en el que a través de la palpación y la observación visual, sumado a la anamnesis, el pulso y la observación de la orina le permiten hacer el diagnóstico de las enfermedades. En la cultura Mapuche están presentes también las figuras de la *lawentufe* (yerbatera) y *dafêche* (dueña de casa) quienes tratan las enfermedades a través de infusiones, masajes, compresas, enemas, etc. (32).

Todos los conocimientos relacionados al cuidado de salud han sido transmitidos de generación en generación hasta nuestros días.

Una vez llegados los Conquistadores Españoles se introdujeron nuevas formas de cuidado. Es así como se reconoce a Doña Inés de Suarez, como la primera *enfermera-médica* de la recién fundada Colonia, quien, según manifestó Don Pedro de Valdivia, “la

*recogió en su casa para servirse de ella por ser mujer honrada, para que tuviese cargo de su servicio y limpieza, y para sus enfermedades”*. Doña Inés, además de sus emplastos aprendidos en España, aprendió mucho de la naturaleza indígena y de la ciencia eficaz de los pobladores de la tierra (32).

En 1552 se funda el Hospital San Juan de Dios a cargo de los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios, primer establecimiento de salud del país, lo cual produjo un cambio extraordinariamente favorable en cuanto a la atención de salud. Durante la época colonial existía alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas, condicionado por el bajo nivel socioeconómico de la población, el escaso saneamiento ambiental, la ruralidad y la falta de acceso a los escasos establecimientos asistenciales.

Luego con el pasar de los siglos se produce un fortalecimiento de las políticas públicas en salud, en donde se observa el paso de una política asistencial y caritativa a cargo de la Iglesia y los grupos enriquecidos del país, a una política general de salud, liderada por el Estado, que busca la universalidad en el acceso a la salud.

Para ello se crean inicialmente, escuelas de enfermeras pertenecientes a los hospitales; gracias a los viajes realizados por médicos y filántropos enviados por la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social a Inglaterra, desde donde finalmente llegan enfermeras que formadas bajo el Modelo de Nightingale (33).

En el año 1933 se crea la segunda Escuela de Enfermería del país en la ciudad de Valparaíso, gracias al benefactor Carlos Van Buren, el objetivo de ésta fue proveer de enfermeras al Hospital San Juan de Dios, de la misma ciudad, a través de la formación tradicional del modelo inglés. La escuela dependía administrativamente de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social (34).

En aquel momento, la disciplina Enfermera poseía un carácter eminentemente técnico con una profunda vocación de servicio subordinada a la autoridad del médico. Durante este periodo, las enfermeras se enfocaban en acciones de amparo y socorro, con el fin de mejorar así el estado de vida de los más necesitados. Por lo tanto el cuidado se evidenciaba como una práctica más curativa que preventiva (33).

El paso de la enseñanza de Enfermería a la Universidad marcó una importante época, ya que obligó por un lado, a mejorar la formación profesional, al aumentar los años del plan curricular y por otro, elevar los requisitos de ingreso, ya que no sólo bastaba con terminar la Educación Media sino que además fue necesario rendir el Bachillerato en Humanidades como prueba específica; todo esto con el fin de mejorar cuidado profesional (34).

En el año 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS) lo que generó un importante impulso al fomento y protección de la salud. También ese año se organizan los Servicios de Enfermería, lo cual significa tener una estructura de Enfermería, donde el cargo de Enfermera Jefa del Hospital adquiere gran importancia; contradictoriamente las tareas administrativas fueron vistas como no propias de la enfermera, centrándose en la solución de problemas de tipo domésticos y en el manejo de recursos humanos, principalmente orientando la supervisión como una estrategia de vigilancia directa de los trabajadores subalternos, verificando así su actuar en el lugar de trabajo y no la calidad de cuidados brindadas por éstos (35).

En 1976 la Enfermería en Chile se transforma de un enfoque centrado en el cuidado individual e institucionalizado a lo familiar y comunitario, debido al inicio de cambios demográficos, como el hecho de que la población tuviera una mayor expectativa de vida

(62 y 67 años), con una alta incidencia de enfermedades circulatorias, degenerativas e infecciosas.

Este periodo caracterizado por fuertes presiones políticas, genera apremios al interior de la profesión, al imponer la extensión de las jornadas de trabajo y cierre de plantas estratégicas en los hospitales, lo que dificulta la capacidad de incorporar nuevas enfermeras. Es por ello que se observa un escaso desarrollo profesional, conformidad en el actuar, cooperación ciega y carencia de análisis debido a la gran demanda de atención (35).

En este periodo se destaca , la implementación del Proceso de Atención de Enfermería, herramienta exclusiva de las enfermeras, que queda plasmada a través de los Planes de Atención registrados en las Hojas de Enfermería (35).

En 1979 se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), descentralizando el Sistema de Salud. A partir de ese momento se implementa una fuerte política de desarrollo económico, financiero y administrativo en los hospitales pertenecientes al Ministerios de Salud, introduciendo profundos cambios en la estructura del sistema hospitalario como fue la desaparición de los Servicios de Enfermería, lo que se traduce en la pérdida de la Organización de Enfermería en el área estatal (35).

En la década de los 80 acontece una gran reestructuración en salud, con énfasis en la Supervisión de Personal, aparecen así las Normas de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias, insinuándose las bases de los actuales Modelos de Gestión relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

Posterior a la desaparición de los Servicios de Enfermería, se hace evidente la dificultad de la toma de decisiones para un mismo problema de enfermería, debido a la

desorientación que generó la doble dependencia jerárquica del personal, en lo formal del médico y en lo cotidiano inevitablemente de la enfermera (36).

Es así como esto genera que a nivel gremial se trabaje de manera constante en el reconocimiento de la profesión de enfermería, como agente responsable y proveedora de cuidados. Gracias a ello, en el año 1997, se incorpora la profesión de enfermería en el Código Sanitario, definiendo los servicios profesionales de la enfermera como gestora de los cuidados:

“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (37).

Posteriormente, en el año 2004 se incorpora la “gestión del cuidado”, en el nuevo marco de la atención en salud con la Ley N° 19.937 de la Autoridad Sanitaria (38). Entendiéndose como Gestión del Cuidado “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados: directos, oportunos, seguros, integrales, continuos y personalizados; en el marco de las políticas del servicio, de la institución o de la empresa” (14).

En nuestro país, el cuidado de enfermería se ha convertido en un elemento dinámico y movilizador de la profesión y la disciplina, ya que, se constituye en un constructo sobre el cual no existe consenso en definiciones únicas que faciliten su evaluación (39).

A pesar del desarrollo legislativo, en la práctica, señalar el sentido y alcance de la Gestión del Cuidado ha presentado dificultades interpretativas y una confusa

socialización del término, que se ha traducido, en algunos casos, en una errónea delimitación del ámbito profesional, lo que dificulta encontrar su sentido epistemológico más profundo (40).

En la actualidad, el excesivo uso de la tecnología ha alejado a la/el enfermera/o del cuidado, ya que se sigue dando relevancia a técnicas y procedimientos, además de las innumerables tareas asociadas a los compromisos administrativos y de gestión que impone el modelo de salud vigente, organizado aún en base al modelo biomédico hegemónico, centrandose su actuar en el paradigma orgánico fundamentalista de dicho saber, sin considerar al ser humano como a un todo.

## **CAPÍTULO 3 OPTANDO POR EL REFERENTE FILOSÓFICO**

### **CAPÍTULO 3 OPTANDO POR EL REFERENTE FILOSÓFICO**

La necesidad de obtener respuestas sobre este fenómeno, me hizo querer indagar en la profundidad de la vivencia de las personas mayores durante su hospitalización. Pretendo, por lo tanto, alejarme de la influencia del positivismo que posee esa visión centrada en la enfermedad, fragmentando a la persona y reduciéndolo al aspecto biológico (41).

Así, considerando que la mayor parte de los estudios realizados desde la perspectiva de nuestra disciplina tienden a dividir en fragmentos a las personas conduciendo a un reduccionismo que en realidad sirve de poca utilidad, es por lo que la fenomenología presenta un gran atractivo para mí, ya que a través del discurso, de las personas mayores, es decir, desde lo personal y desde su individualidad, me permitirá comprender, a través del todo, las estructuras del significado de las experiencias vividas durante la hospitalización, como núcleo principal para generar en el futuro acciones de cuidados tendientes a mejorar en pro de calidad de éstos.

La Fenomenología es una corriente filosófica, desarrollada por Edmund Husserl, quien consideraba la fenomenología como una filosofía, un enfoque y un método.

Husserl se propone la misión de superar la crisis de la ciencia positivista que había dominado casi sin contrapeso la escena cultural europea durante gran parte de la segunda mitad del siglo XIX. El sentido de esta crisis consiste, para Husserl, en que la ciencia ha dejado de tener significado para el hombre, pues no le proporciona orientación sobre los problemas acuciantes del presente, ni criterios rigurosos para guiar su conducta. La fenomenología se presenta como una reflexión filosófica que quiere fundamentar firmemente la objetividad del saber mediante un método, cuya principal regla es dejar

que las cosas mismas se hagan patentes en su contenido esencial, a través de una mirada intuitiva que haga presente las cosas tal como se dan inmediatamente para el que las vive y poniendo entre paréntesis el juicio sobre la validez de los presupuestos, opiniones o interpretaciones acerca de ellas (42).

La conciencia no es para la fenomenología algo cerrado en sí mismo, sino que está definida por la intencionalidad, es decir, por la particularidad de estar siempre abierta y referida a algo como su correlato objetivo. El análisis fenomenológico muestra, además, que los objetos no se dan a la conciencia aisladamente, sino insertos en un contexto mayor, en el que se destacan como lo que son. Este contexto es el mundo, horizonte general de todo lo que es y puede llegar a ser contenido de la experiencia. Husserl distingue dos formas de relación de la conciencia con el mundo. La primera es la forma natural o ingenua en que todos nos desenvolvemos en el mundo en el que nacemos, trabajamos, pensamos y morimos, y que por lo tanto se nos presenta como realmente existente. La segunda se refiere al mundo visto con la perspectiva del fenomenólogo, que ya no da por supuesta su existencia, sino que la tematiza en forma crítica y reflexiva como instituida por actos intencionales de una conciencia pura. En la fenomenología de Husserl, el concepto de *epoché* (del griego «suspensión»), se redefine de una manera más radical, como un cambio fundamental de actitud no sólo respecto al conocimiento y a las teorías ya existentes, (lo que se aparenta a la suspensión del juicio) sino también frente a la realidad misma, cambio de actitud que Husserl describe con las imágenes de poner entre paréntesis la existencia del mundo y de los sujetos y objetos reales para quedarse únicamente con la experiencia de la conciencia pura, analizable por un observador

desinteresado, lo que Heidegger, asistente y discípulo de Husserl a partir de 1918, terminaría por rechazar para orientar la fenomenología hacia la hermenéutica.

Por ello, me hace sentido la opción de develar el fenómeno a través de la mirada existencialista que nos presenta el enfoque de la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger, discípulo y uno de sus mayores críticos de Husserl; plantea la búsqueda del significado de los fenómenos en la existencia, en la facticidad a partir del **ser-ahí**; preocupándose del cuestionamiento del ser (41).

Dentro de la fenomenología, la hermenéutica, etimológicamente, quiere decir, que también es una interpretación, una explicación del sentido del ser (43). Asume que los seres humanos experimentamos el mundo a través del lenguaje, proporcionándonos a través de éste, la comprensión y el conocimiento de las personas.

Para entender bien el enfoque fenomenológico, me parece importante profundizar en la raíz filosófica de éste, resultando prioritario comprender su origen. La palabra fenomenología está compuesta por dos vocablos griegos como son: “*phainomenon*” y “*logos*”. “*Fenomenon*” deriva de “*faineszai*” que significa mostrarse, sacar a la luz, hacer patente y visible en sí mismo. Por otro lado “*logos*” significa discurso, ciencia. Entonces se entiende por fenomenología la ciencia que busca revelar y hacer visibles las realidades.

Ahora bien, el término *hermenéutica* proviene del griego “*hermnéia*” e indica la eficacia de la expresión lingüística, al principio estuvo relacionada con la experiencia de transmitir mensajes (*Hermes*, el mensajero de los Dioses) con mucho auge en el Renacimiento debido a que permitía la interpretación de textos bíblicos y otros (43).

La tradición fenomenológica-hermenéutica se consigue como una manera de ser en el mundo sociohistórico donde la dimensión fundamental que toda conciencia humana es histórica y sociocultural y se expresa por medio del lenguaje (Texto). Heidegger consideró que el enfoque primario de la filosofía es la naturaleza del existencia (ontología), mientras que para Husserl su enfoque fue sobre la naturaleza el conocimiento (Epistemología), por ello para Heidegger las presuposiciones no deben ser eliminadas o suspendidas ya que constituyen la posibilidad de la comprensión (43). Es por ello que la hermenéutica es interpretativa y tiene como objetivo el comprender una experiencia. Entiende que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador participe.

El lenguaje hace posible las diferentes formas de relacionarse, haciendo sentir que las personas tienen valor, habilidades, significados y prácticas, que tienen sentido gracias al mundo compartido dado por la propia cultura y articulado por el lenguaje. Este conocimiento o familiaridad es lo que Heidegger llama *mundo* y que para nosotras como enfermeras, es de vital importancia para situar el fenómeno de estudio (mundo personal, de relaciones o circundante), porque lo que interesa fundamentalmente indagar no se limita a lo que son los “datos”, término tradicional, a reunir sólo trozos de información desligados, sino se buscan temas o historias interrelacionadas, de ahí la denominación del “mundo de la vida cotidiana” (44).

### **3.1 Trayectoria metodológica de la investigación cualitativa.**

La profesión de Enfermería, además de contemplar el componente biológico del individuo, está basada y enfocada en aspectos psicosociales, culturales y humanísticos, lo que ha conllevado a que su práctica se caracterice por la mirada integral del ser humano y a que cada día se interese más por los estudios cualitativos, puesto que este tipo de investigaciones son holísticas; es decir, abordan el estudio de los seres humanos y su entorno en toda su complejidad y reconocen que cada individuo es único en cuanto a su personalidad, su comportamiento, cultura, entorno social, capacidades mentales, valores, creencias, su estilo de vida y la visión que tiene del mundo que le rodea, entre otros aspectos.

Es interesante comprender que, desde la perspectiva cualitativa, Enfermería, al igual que otras ciencias sociales, puede estudiar los fenómenos en su contexto, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos, a partir de los significados que las personas les conceden. El foco de atención se dirige por tanto, a la multidimensionalidad propia de la realidad social.

La metodología de la Investigación cualitativa es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social, con el cuidado como objeto de estudio y de trabajo y, con el ser humano, en sus dimensiones individual y colectiva, como sujeto de este cuidado” (45).

El método fenomenológico viene conquistando cada vez más el reconocimiento en las investigaciones cualitativas, principalmente en el área de la salud, con destaque en la enfermería. El referencial fenomenológico busca el significado de la experiencia vivida,

contribuye a la búsqueda de la comprensión del hombre, sujeto del cuidado, y viene, por tanto, al encuentro de los propósitos de la enfermería (46).

### **3.2 Momentos de la trayectoria.**

Martins y Bicudo proponen tres modalidades para la comprensión de un fenómeno: análisis

interpretativo también denominado análisis complejo de fenómeno de estudio, un análisis de estructura del fenómeno situado también denominado fenomenología existencial, que describe una estructura de contenido total del fenómeno (la esencia) y envuelve un fundamento filosófico; es un análisis reticular, también denominado de lingüística, que se fundamenta en una red compleja de proposiciones, a partir de los contenidos empíricos del fenómeno.

En la fenomenología, el fenómeno situado según Martins (47) busca una comprensión particular de aquello que estudia. No pretende como el positivismo llegar generalizaciones, principios y leyes. En ese sentido Martins y Bicudo subliman que las descripciones son las mejores formas de tener acceso al mundo-vida de los sujetos.

En la modalidad denominada estructura del fenómeno situado del investigador no necesita de presupuestos o pre conceptos de la naturaleza del fenómeno investigado. Se hace necesario buscar las descripciones de las experiencias de los sujetos para que pueda mostrar la esencia de este fenómeno delante de los ojos de los lectores, es decir, para que el lector pueda comprender como está el sujeto viviendo la experiencia de determinada situación de vida (47).

El fenómeno situado tiene tres momentos: la descripción de los relatos, la reducción y por último la interpretación fenomenológica distribuida entre el análisis ideográfico y nomotético.

La **descripción** de los relatos retrata a través del discurso todas aquellas experiencias de las personas mayores hospitalizadas que parten de su mundo real vivido. Mi objetivo es descubrir la esencia del fenómeno, a través de las descripciones que se evidencian en los discursos en su propio lenguaje, de acuerdo a su propia vivencia permitiéndome así comprender el significado que le otorgan.

La experiencia de cada persona mayor fue relatada de diferentes maneras pues los significados expresados por cada uno de ellos eran distintos, debiendo enfrentarme a un sinnúmero de significados.

Renunciando a mi idea preconcebida del cuidado y familiarizándome con los discursos a través de la lectura reiterada de ellos, pude dar luz a las Unidades de Significado, que son aquellas frases que me impresionaron como investigador y con las que logré ir distinguiendo el fenómeno. Estas unidades de significado las subrayé, anteponiéndoles un número arábico para identificarlas.

A medida que comencé a comprender el fenómeno, fueron apareciendo los significados, a través de la estructura fundamental, es decir, la esencia del fenómeno.

La **reducción fenomenológica**, la comencé haciendo una limpieza de los discursos, redactando en primera persona cada unidad encontrada, para lograr esclarecer más el fenómeno.

En este momento, me fui introduciendo en la experiencia vivida a través de los discursos, colocándome en el lugar del sujeto, para poder entender la experiencia vivida por éste.

En la reducción ubiqué al fenómeno en supresión, es decir, busqué todo el fenómeno y sólo el fenómeno en las descripciones de los sujetos.

Para poder realizarla fue necesario desconectarme del mundo natural, físico y psíquico de toda clase de productos de la cultura, valores, realidades de índole del estado, costumbres, el derecho y la religión.

Esta mirada es lo que Husserl llama *epoché*: suspendido o detenido, dejando el camino común, los prejuicios y supuestos sobre él; asumiendo una postura neutral, no negando el mundo o sus experiencias, sino más bien reflexionando y haciendo preguntas. Esto permite la aparición sentida de los hechos que no habían sido observados (48).

Para la **Comprensión**, el tercer momento de la trayectoria, indagué y reuní las convergencias o aspectos comunes dentro de cada discurso, para luego transformarlas a *unidades de significados interpretadas* en mi lenguaje como investigador, es decir, en tercera persona, siguiendo con un análisis ideográfico de cada uno de ellos, resultando del paso anterior, en que se me muestra la esencia de cada entrevista, lo que me ayudó a esclarecer el fenómeno, mostrándome la experiencia de cada persona pudiendo así comparar las experiencias, para lograr vislumbrar la vivencia que comparten, por medio de la reflexión.

El análisis nomotético me permitió identificar las convergencias que caracterizan la estructura general del fenómeno, considerándolas como los aspectos comunes; por otro lado las divergencias e idiosincrasias reflejaron los aspectos individuales y disímiles entre las personas mayores, demostrando las percepciones individuales resultantes del fenómeno vivenciado.

### **3.3 La entrevista fenomenológica y su proceso.**

La fenomenología hace énfasis en el “significado” que la gente da a las cosas y a la vida. Dichos significados se obtienen gracias a las descripciones que realizan las personas y para ello, resulta fundamental el abordaje a través de la entrevista fenomenológica, que según Martins & Bicudo es un encuentro social, con características peculiares como la empatía y la intersubjetividad, produciéndose una penetración mutua de las percepciones, es decir, colocándose en el lugar del otro.

La entrevista fenomenológica, es el estudio de experiencias vividas y de las formas cómo nosotros comprendemos ese mundo vivido, es la esencia y nos sirve para formar modos de vida que pueden ser narradas.

Previo a la realización de la entrevista, es útil entregar material introductorio para que el informante pueda preparar su discurso con narraciones significativas en donde describa como única la experiencia en estudio.

Para llevar a cabo esta investigación, realicé las entrevistas a diez adultos mayores Hospitalizados tanto en el sector de hombre como de mujeres del Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde de Limache, perteneciente a la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Los participantes fueron adultos mayores hospitalizados, 6 mujeres y cuatro hombres de entre 65 a 84 años, que llevaban al menos 72 horas de hospitalización, ya que así podrían reconocer a los distintos componentes del equipo de salud e identificar claramente a la Profesional Enfermera/o.

Antes de comenzar la entrevista, conversé con cada uno de los adultos mayores,

solicitándoles su consentimiento, para ello procedí a leer conjuntamente el consentimiento informado, aclarando sus dudas y obteniendo sus firmas, se les entregó el documento respectivo y yo procedí a conservar en bajo mi resguardo la Ficha de Consentimiento Informado.

La realización de las entrevistas se llevó a cabo durante el segundo semestre de 2014, en la sala de hospitalización y/o el jardín respetando la intimidad y la privacidad en todo momento para que los discurso expresaran fidedignamente lo que estaban viviendo.

En acuerdo con la encargada de relación asistencial docente del Hospital, consideramos que el horario más adecuado sería posterior a las visitas, es decir, después de las 16:30 horas, para así no restar tiempo a sus familiares.

En el momento de realizar la entrevista, les expliqué las líneas generales del estudio, considerando los fundamentos de la entrevista fenomenológica, con el objeto de no inducir sus respuestas.

La duración de las entrevistas fue de entre diez a veinte minutos, finalizando cuando los adultos mayores expresaron no tener nada más que decir acerca de la experiencia que estaban viviendo.

Ninguno de los entrevistados manifestó deseos de suspender la entrevista antes de que ésta llegara a su fin; por el contrario, tuvieron una gran disposición para conversar.

Los discursos fueron guardados, en una grabadora digital SONY ICD-UX512F, en las condiciones de privacidad, anteriormente mencionadas, en el horario acordado con la encargada de relación asistencial docente. A continuación procedí a su transcripción fielmente.

Consideré que la saturación de los datos, obtenidos a través de las entrevistas se produjo

una vez que comenzaron a repetirse elementos en los discursos y ya no me permitían obtener nuevos aportes para la comprensión del fenómeno.

### **3.4 Rigor ético en la investigación.**

Para poder dar inicio a la investigación, presenté el proyecto de investigación al Comité de Ética y Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, obteniendo la certificación mediante el Acta de Aprobación N°2/2014 (ANEXO). Una vez obtenida ésta, se solicitó, a través de la Unidad de Campos Clínicos de la Universidad de Valparaíso, el permiso al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y al Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde de Limache. Una vez obtenidos se realizaron reuniones de coordinación con la encargada de la relación asistencial docente, Químico Farmacéutico, Sra. Silvana Jaime Ibarra y el director del Hospital, Dr. Franklin Sánchez García, para establecer el plan de acción en cuanto a la realización de las entrevistas.

Como Profesional Enfermera y en consideración a los principios éticos que rigen nuestra disciplina, reconozco la importancia de respetar el principio de autonomía, teniendo, las personas mayores, consideradas vulnerables, la libertad de elegir si querían o no participar y, si lo deseaban, poder rechazar su participación en el momento mismo de la entrevista, tanto al inicio como en el transcurso de ésta.

También resulta fundamental mantener en todo momento la confidencialidad de la información proporcionada por las personas, con el fin de que no vaya en perjuicio del entrevistado, es por eso que resguardé las identidades de las personas participantes, durante la entrevista y la transcripción de ésta, identificando cada entrevista con un código

de identificación para cada una. Dichas entrevistas fueron archivadas en un computador con clave personal. Los archivos serán eliminados después de 5 años, a contar de la fecha de realización.

### **3.5 Constitución de la investigación**

#### **3.5.1 Colección de los discursos**

La metodología utilizada para realizar la Investigación Cualitativa de tipo Fenomenológica fue la entrevista, permitiéndome develar el fenómeno que buscaba en las personas mayores, mediante la expresión de cuál era el significado que ellos le otorgaban al cuidado recibido durante la hospitalización.

Las entrevistas las realicé a personas mayores hospitalizadas en el Hospital Geriátrico La Paz de La Tarde de Limache, perteneciente a la red del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Se realizó el contacto con la encargada de la relación docente asistencial Químico Farmacéutico Silvana Jaime quien coordinó entrevista con el Director Médico del centro, Dr. Franklin Sánchez, ambos me presentaron con el equipo de Profesionales Enfermeras y se estableció que el mejor horario para realizar las entrevistas sería después de las 16:30, horario en que las personas mayores hospitalizadas se encontraban ya en sus respectivas unidades, después de las vistas y terapias correspondientes.

Se estableció un cronograma para realizar las entrevistas considerando que los días lunes y jueves, eran días de ingreso al hospital por lo tanto era poco conveniente realizar entrevistas en esos días.

Utilicé para determinar el tamaño del grupo en estudio el criterio clásico de saturación

de los significados emergentes según Streubert y Rinaldi (48). El número de personas entrevistadas fueron diez, considerando suficiente lo aportado ya que me permitía obtener la información requerida para poder así comprender el fenómeno estudiado. En el momento de establecer el contacto con la persona entrevistada y posterior al cumplimiento de la obtención de la firma del consentimiento y ficha de consentimiento informado solicité a las personas responder la pregunta orientadora y así obtener la narración de su experiencia.

Los discursos los transcribí íntegramente, identificándolos como Discurso 1 (D1), Discurso 2 (D2) y así sucesivamente.

Con el fin de asegurar el rigor metodológico durante la recolección y la transcripción de la información en las entrevistas y el análisis, consideré el punto de vista de los participantes a quienes expresaron su experiencia en su propio lenguaje, para así hacerla visible. La transcripción de las entrevistas las realicé inmediatamente para conservar la fidelidad en los datos, teniendo en cuenta, lo que las personas dijeron y como lo dijeron. La confiabilidad interna la llevé a cabo con una segunda transcripción, realizada por un profesional no perteneciente al área de la salud. No se efectuó confiabilidad externa.

A su vez solicité que las personas participantes leyeran las entrevistas transcritas, para así determinar la total correspondencia con lo que ellos querían decir.

Para lograr el análisis comprensivo del fenómeno comencé desde la transcripción de los discursos, realizando un sinnúmero de lecturas para lograr dar sentido a un todo, a través de la indagación de los discursos, definiendo las unidades de significado, asignándoles un orden correlativo.

La reducción fenomenológica la realicé a través de una tabla, con dos columnas, la de la

izquierda contempló las unidades de significado en el orden en que fueron relatadas y en la columna de la derecha su respectiva reducción, posteriormente confeccioné una nueva tabla con dos columnas que consideró las convergencias para así obtener las unidades de significado interpretadas, que son finalmente las expresiones que como investigadora realicé de las experiencias vivenciadas por las personas mayores.

Prontamente realicé el análisis ideográfico considerando la esencia misma de los discursos. Esto, a través de la categorización y agrupamiento previo de las unidades de significado, captando la presencia de aspectos comunes en las descripciones, convergencias y divergencias; y por medio de este agrupamiento, surgieron las categorías.

### 3.5.2 Reducción fenomenológica: ejemplo

**Tabla N° 1 Reducción Fenomenológica- Discurso N° 7**

<b>UNIDADES DE SIGNIFICADO</b>	<b>REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA</b>
1) me he sentido tan acogida, me han tratado tan bien, las personas son más amables...tranquilas que en el hospital de viña, de allá me mandaron para acá.	Se ha sentido acogida, encuentra amables y tranquilas a las personas que trabajan.
2) Aquí no solo nos cuidan, nos animan y nos dan fuerzas para seguir todos los tratamientos que se nos hacen	Dice que no sólo les cuidan sino que también les animan y les dan fuerza para seguir los tratamientos.
3) eso hace que uno confíe	Le da confianza.
4) nosotros estamos más tiempo con las de celeste que con las de azul,	Están más tiempo con las auxiliares que con las enfermeras.

5) ellas están poco, son las jefas, están menos, más que los doctores si	Las enfermeras son las jefas y están menos tiempo que las auxiliares pero más que los médicos con ellos.
6) Uno comparte más con las de celeste	Comparten más con las auxiliares.
7) las de azul mandan, escriben y hacen cosas de jefas	Las enfermeras mandan, escriben, hacen cosas de jefaturas.
8) cuando uno lleva más tiempo las logra conocer más, porque está más enfermo entonces ellas están más tiempo con uno...atienden a los más enfermos	Al pasar más tiempo hospitalizado logra conocer más a las enfermeras, ya que ellas están más pendientes de quienes más lo requieren.
9) siempre veo que conversan con los doctores y con la familia de uno	Ve que las enfermeras conversan con los médicos y con los familiares.
10) a mí no me hacen nada yo estoy en terapia por mi cadera.	La enfermera no le hace procedimientos ya que está en rehabilitación kinésica post fractura de cadera.
11) para salir por el fin de semana mi hija habló con la señorita de azul...le firmó unos papeles para mmmm...el permiso era parece	La enfermera le firmó los papeles para el permiso por el fin de semana.
12) le dijo a mi hija cómo hacer para después volver a hospitalizarme, nosotros teníamos miedo de perder el cupo...pero ella nos dijo qué hacer.	La enfermera informa cómo hacer para volver a hospitalizarse.
13) Yo las veo más lejanas, hacen más papeleo...parece...eso he visto en el tiempo que llevo acá	Ve a las enfermeras más lejanas, haciendo papeleo.
14) las señoritas de celestes hacen las cosas, nos bañan, nos pasan los remedios, nos toman la presión	Las auxiliares otorgan los cuidados básicos.
15) las jefas hacen papeles, hablan por teléfono y a veces se enojan con los doctores...parece que no se ponen de acuerdo...algunas veces...uno se da	Las enfermeras llenan papeles, conversan por teléfono y se molestan con los médicos, no se ponen de acuerdo.

cuenta...ehhhh bueno se escucha todo acá	
---	--

**Fuente: Elaboración propia.**

### **3.5.3 Análisis ideográfico:**

#### **Discurso N° 07**

Existe una percepción de una buena acogida y trato amable por parte de quienes otorgan cuidados, a través de la entrega apoyo constante.

Esto genera el establecimiento de un lazo de confianza entre quien recibe y otorga cuidados.

Las Enfermas realizan labores de gestión y liderazgo, deben cumplimentar los documentos propios de las rutinas hospitalarias y además gestionar los permisos transitorios por fin de semana.

Son los TENS quienes otorgan los cuidados básicos y permanecen la mayor parte del tiempo con las personas mayores hospitalizadas. A pesar de ello, la presencia de la Enfermera es mayor que la de los médicos.

El transcurrir del tiempo permite que las personas hospitalizadas logren conocer a las Enfermeras, toda vez que quienes permanecen más tiempo hospitalizados son quienes requieren de cuidados de mayor complejidad, cuidados que si otorgan las Enfermeras.

Las enfermeras establecen comunicación tanto con los médicos como con las familias de las personas hospitalizadas. La relación entre médicos y enfermeras es a ratos dificultosa.

### 3.5.4 Tabla de convergencias

**Tabla N° 2 Convergencias de los discursos.**

CATEGORÍAS		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
1. El cuidado visible de la enfermera	1. Actividades técnicas	E1(1) E1(4) E1(7)	E2(4)	E3(9)			E6(12)	E7(8)	E8(3)	E9(8) E9(9) E9(10)	E10(6)
	2. Actividades de gestión	E1(3) E1(5) E1(7) E1(9)	E2(5)	E3(3)	E4(6)		E6(6) E6(12) E6(13)	E7(5) E7(7) E7(11) E7(12) E7(13) E7(15)		E9(2) E9(4) E9(7) E9(8)	E10(5)
2. El cuidado invisible		E1(10)		E3(2)		E5(2) E5(3)		E7(2) E7(3)	E8(13)		
3. Las relaciones de cuidado	1. Información	E1(8)	E2(2) E2(3) E2(13)	E3(4) E3(5) E3(10) E3(11)	E4(2)	E5(4) E5(6)	E6(6)	E7(9)	E8(4) E8(7) E8(8) E8(9) E8(11)		E10(7) E10(10) E10(11)
	2. Trato	E1(6) E1(11)	E2(1) E2(10)	E3(8)	E4(3) E4(7)	E5(1) E5(5)	E6(3) E6(8) E6(10)	E7(1)	E8(1) E8(2) E8(6)	E9(12)	E10(2) E10(8)

<b>4. Proceso de cuidado</b>	<b>1. Ser cuidador</b>	<b>E1(12)</b>	<b>E2(13)</b>	<b>E3(6)</b>	<b>E4(5)</b> <b>E4(6)</b>	<b>E5(6)</b> <b>E5(7)</b>	<b>E6(4)</b> <b>E6(9)</b>	<b>E7(5)</b>	<b>E8(5)</b>		
	<b>2. Ser cuidado</b>	<b>E1(13)</b>	<b>E2(10)</b>		<b>E4(5)</b> <b>E4(8)</b>		<b>E6(1)</b> <b>E6(2)</b>		<b>E8(12)</b>		<b>E10(13)</b>

**Fuente: Elaboración propia.**

## **CAPÍTULO 4 CONSTRUYENDO LOS RESULTADOS**

## **CAPÍTULO 4 CONSTRUYENDO LOS RESULTADOS**

A partir de las vivencias de las personas mayores hospitalizadas en los sectores de hombres y mujeres del Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde de Limache, se develó el fenómeno del significado que para ellos tiene el cuidado de enfermería que reciben durante la hospitalización. De esto, se desprenden cuatro categorías, pero además en tres de ellas se aprecian dos subcategorías, las que corresponden a:

### **4.1 Categoría 1: El cuidado visible de la Enfermera.**

En la categoría del cuidado visible podemos observar que las personas mayores identifican las actividades y las rutinas de cuidado que realizan las Enfermeras durante la práctica clínica o asistencial, orientadas hacia lo instrumental o técnico o bien, hacia la gestión o administración, representando esta primera categoría una de las dimensiones que menciona Watson que constituye la manera de expresión de la Enfermera en su práctica de cuidado; me refiero a la dimensión instrumental-técnica (50) que se encuentra directamente relacionada con los conocimientos, destrezas y habilidades, por otro lado la dimensión expresiva o afectiva guarda relación con las actitudes, sentimientos y expresiones, surge otras de las categorías que se pueden desprender de los discursos de los sujetos del estudio.

#### **4.1.1.Subcategoría 1: La Enfermera realizando actividades instrumentales o técnicas.**

Dentro del cuidado visible, las personas mayores, logran identificar que el foco de las enfermeras es realizar gran parte del día técnicas o procedimientos, en especial en quienes permanecen en situaciones de salud más complejas.

*“...la enfermera está más con quienes están más enfermos...a ellos los pinchan, les hacen curaciones... cosas...” E3 (9)*

*“...he visto que hace curaciones y pone los sueros...” E9 (9)*

En la práctica del cuidado se da un enfoque orientado *al hacer*, esto es mencionado como uno de los factores responsables de que la Enfermería sea mayoritariamente vista como un oficio y no como una profesión, convirtiéndose en una lucha reivindicatoria histórica para nuestra disciplina. Esto desde una mirada teórica basada en la visión socioantropológica que hacemos desde la academia, pero en la práctica, numerosos estudios, como afirma Bautista, sobre percepciones de calidad y comportamientos de cuidado, refieren que uno de los aspectos mejor evaluados es que la Enfermera posea habilidades y conocimientos que favorezcan el cuidado, específicamente en acciones técnicas que den cumplimiento a órdenes médicas, y respuesta a algunas necesidades sentidas por el usuario (51). En este sentido, como menciona Zavala, las enfermeras pensamos que las técnicas son lo que más necesitan los pacientes y por ende nos enfocamos en ellas, dejando que éstas sean las protagonistas y menospreciando el poder sanador de la interrelación humano-humano, edificando así un error que se traduce en la

no aceptación de la persona por falta de comprensión a sus emociones y pensamientos (52).

Resulta importante no desconocer que, según menciona Ceballos, el realizar un procedimiento con altos estándares de calidad, es otra manera de cuidar con respeto, pero según los mismos usuarios, el hacerlo bien no es tan importante para ellos como hacerlo con entrega y empatía (53).

Otro aspecto del cuidado visible que los adultos mayores refieren como actividades asociadas al cuidado directo de las personas atendidas, son las rondas que la Enfermera realiza durante los turnos, por los diferentes sectores del hospital, dedicándoles la mayor parte del tiempo a las personas que requieren mayor vigilancia y cuidados, para realizar técnicas y procedimientos de mayor complejidad.

*“...las jefas pasan como haciendo rondas...” E6 (12)*

*“...están menos rato acá parece que están en otras salas también.” E10 (6)*

La ronda de enfermería es el recorrido que realiza la Enfermera por los servicios clínicos o unidades en donde se desempeña, durante los distintos sistemas de turnos, que permiten cubrir la atención durante las 24 horas, constituyendo una actividad esencial que le permite a la enfermera, valorar a las personas, ya sea en cuanto a las necesidades según la afección de salud que posee como a las de la esfera biosicosocial que de alguna manera pueden mejorar o empeorar la condición de salud, previniendo así las complicaciones de salud en especial de las personas mayores, quienes son más vulnerables de presentar pequeños cambios hemodinámicos que finalmente pueden

significar grandes complicaciones en el estado de salud. Es así que como describe Quintero, durante el cuidado, los pacientes perciben el compromiso en fenómenos relacionados con la asistencia, el manejo de tecnología y la capacidad para prevenir complicaciones (54).

#### **4.1.2 Subcategoría 2: La Enfermera realizando actividades de gestión o administrativas.**

Dentro de esta subcategoría podemos observar que los adultos mayores mencionan que sus familiares deben solicitar a la Enfermera la gestión del permiso o trámite administrativo para el alta transitoria y así poder volver a sus hogares durante el fin de semana, cuando su estadía se prolonga y, solo sí, su condición de salud se los permite.

*“... si uno quiere pedir permiso para salir por el fin de semana, la familia de uno tiene que hablar con ellas para que lo dejen salir...” E6 (6)*

*“...para salir por el fin de semana mi hija habló con la señorita de azul...le firmó unos papeles para mmmm...el permiso era parece...” E7 (11)*

Las personas mayores también describen que visualizan a la Enfermera realizando actividades de gestión como la coordinación, derivación y traslado a otros centros, a las personas mayores que requieren de cuidados de mayor complejidad, para ser evaluados por el médico del servicio de urgencias del hospital de referencia y si su condición se los

permite, regresar al Hospital Geriátrico, quedando bajo la observación y vigilancia constante de la Enfermera.

*“...cuando están más enfermos siempre las niñas llaman a la principal... y viene para ver como están, les pone suero o hace que se los lleven en la ambulancia a otro hospital.” E1 (9)*

*“...yo me puse malito y vino ella y después me llevaron al Hospital de Limache el fin de semana para que me viera el doctor de allá...después me trajeron de vuelta y ella vino a hacerme más visitas a mí.” E9 (8)*

Es importante al respecto mencionar que como afirma Colliere, el cuidado es como un sentimiento de reciprocidad donde se tiende a ayudar a una persona que lo requiera, satisfaciendo sus necesidades vitales (4) de manera temporal o definitiva a través de una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, incluyendo lo administrativo. Por ello, el profesional de enfermería realiza una serie de acciones tanto instrumentales como administrativas a través de las cuales otorga cuidados (55).

Ahora bien, según Gaviria, está descrito que hoy en día el centro de la atención en salud es el objeto, expresado en las nuevas e intensas funciones administrativas, en los nuevos roles que el sistema de salud vigente en Chile impone al profesional Enfermera/o, tanto en el ámbito público como privado; roles que los alejan de una relación dialógica con el sujeto de cuidado, pues los centran en el mejoramiento de la calidad, a través de la eficiencia y de la productividad (56).

En este punto resulta importante refrendar lo afirmado por Ceballos cuando manifiesta que se debe gestionar para cuidar, no existir sólo para gestionar (53).

Contradictoriamente, en Chile la incorporación de la profesión en el código sanitario en 1997, constituyó un gran logro desde el punto de vista gremial, pero pareciera que esto ha traído consecuencias también en lo que al cuidado se refiere ya que las enfermeras(os) han centrado su quehacer en lo administrativo, dejando en segundo plano el *deber de velar* por la persona, aspecto que se considera en la asistencia del paciente y se relaciona estrechamente con el “cuidado humanizado” o “cuidado invisible” (53).

#### **4.2 Categoría 2: El cuidado invisible.**

En esta categoría, las personas mayores visualizan que los Profesionales Enfermera/o tienen gestos como tomar la mano, otorgándoles tranquilidad y demostrando preocupación por lo afectivo y emocional; éstos aspectos se condicen con la segunda dimensión de cómo se expresa el cuidado en la práctica clínica, dimensión expresiva o afectiva, que se relaciona con actitudes, sentimientos y expresiones según Watson (50).

Me resulta interesante analizar esta categoría desde la mirada de quien es denominado el filósofo del cuidado por excelencia, Martin Heidegger, para quien el *ser* es la manera como algo se torna presente, entendido, percibido, comprendido y finalmente conocido para el ser humano, para el *ser-ahí* o *Dasein*. Las características fundamentales que posibilitan que algo se manifieste, se realice, son aquellas que él llama características ontológicas del ser humano (*ser-ahí* o *Dasein*), también llamadas existenciales. Se llama existencial a lo ontológico y existenciario a lo óntico. La palabra existencia no tiene relación con el concepto habitual y clásico, que significa “realidad”, como opuesto al

concepto “esencia”. Existencia, es algo que emerge, se manifiesta, se devela. El ser-ahí siempre está en una relación de co-existencia y convivencia con el mundo, con los otros seres y con las cosas, él es originalmente *ser-con* los otros. Por lo tanto el Dasein, se relaciona con otros *seres en el mundo* que vienen al encuentro de mundos circundantes, como entes simplemente dados, de los cuales la presencia cuida, y con los cuales se ocupa, guiado por la circunvisión, por la visión de conjunto. Con estos, el Dasein mantiene una relación de preocupación, de solicitud, de cuidado, guiada por la consideración y la tolerancia. En ese sentido, *siendo-en- el mundo*, siempre existe, en cuanto, *siendo-con*, se expresa por el cuidar y *ocuparse* de las cosas y por el *preocuparse* con los otros (57).

La Enfermera es un ser ahí que vive la experiencia como un ser en el mundo que se relaciona con la persona en un entorno y una forma de estar en el mundo, es estar consciente de su existencia. Es un ser de relaciones con las personas que cuida, con el compromiso personal, profesional, consigo mismo y con el mundo, lo que da significado a su vida a partir de lo que es y de cómo se manifiesta en su mundo.

El cuidado, por lo tanto, en su abordaje más amplio consiste en una forma de ser y estar con otros, posee características existenciales y contextuales (modo de ser) y (estar con), de tal forma que se visualiza en 2 dimensiones: fenomenológica y holística, es decir, entender los significados que la persona le confiere a sus experiencias en interacción con la enfermera, quién la impulsa para encontrar su ser ahí o en su caso le provee cuidados de información, de mantenimiento de la salud o de curación como un estímulo para lograr el cuidado de sí; de igual forma, aumenta el deseo de existir, el poder de descubrir

el mundo, de comprenderlo y de centrarse en él, en consecuencia, es un acto de vida que se desarrolla en el contexto de la existencia.

En ese sentido la preocupación por el *ser cuidado*, visualizado por las personas mayores va generando lazos de confianza entre los Profesionales Enfermeros y las personas atendidas, permitiéndoles sobrellevar, a éstos últimos, la incertidumbre de la evolución de su problema de salud.

*“Yo llevo hartos días acá y a veces me pongo a llorar...una de las enfermeras una vez vino y me tomó la mano y me dijo que pronto se iba a sanar mi herida y que quizá hasta puedo venir a la terapia desde mi casa...” E1 (10)*

*“... fue muy segura cuando me tuvo que poner suero lo hizo con mucho cuidado...con mucha dedicación...no me hizo...ehhh...pasar dolor...ni susto ni nada de eso... la encuentro muy humana... porque ella es siempre muy cariñosa..ehh...me da mucha seguridad, mucha tranquilidad...E5 (3)*

Por otra parte, entre el cuidado y la enfermería deberían darse acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la salud, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, al sufrimiento, al dolor y a la existencia, a través de la adquisición de autocontrol, autoconocimiento y autocuración (50).

Para la Enfermera el cuidado significa una experiencia de crecimiento, a través de la satisfacción, de la sensación de un deber cumplido, de realización, de mejora de la autoestima, de mayor seguridad y confianza, así como placer y bienestar. La experiencia

adquirida en cada nueva situación vivida y cada nuevo encuentro aumenta el conocimiento del profesional. Toda nueva historia de vida y las experiencias de los pacientes ayudan a conocer mejor a las personas y así mismo (58).

El proceso de cuidar implica actividades desarrolladas por enfermería para y con el ser de la persona basándose en el conocimiento, la habilidad, la intuición, el pensamiento crítico, y la creatividad para promover, mantener y recuperar la dignidad y totalidad del ser, a través de la palabra y la relación intersubjetiva se exploran las vivencias de salud o de enfermedad, el diálogo favorece la escucha, se comparten significados, ambos se hacen humanos y es posible construir una relación comprensiva de cuidado.

El ser Enfermera se devela en las vivencias del *cuidar de*, que significa hacer por la persona aquello para lo que no está en condiciones de hacer para sí misma, el *cuidar con* que representa posibilitar a la persona para asumir sus propios caminos, crecer, madurar y encontrarse consigo misma, tal actitud implica un ser auténtico como Enfermera, que se devela en el cuidar de otro.

También K rouac afirma que para lograr un cuidado auténtico, es absolutamente necesario estar presente y tener el tiempo para acompañar, para escuchar, para observar o simplemente para estar con la persona. si el tiempo es escaso (como habitualmente es), se traduce en un cuidado incompleto, se cumplirán las tareas rutinarias, sacrificando aspectos esenciales del cuidar relacionados con la reflexión, la compa a, el encuentro, que permiten conocer al otro y a su contexto, finalmente lo que sucede es que el tiempo para las tareas rutinarias se comparte con el tiempo para conocer y apoyar al otro (20).

También el cuidado se manifiesta de forma inauténtica la mayoría de las veces, cuando la Enfermera se ocupa del otro sin considerar sus decisiones.

Enfermería como profesión está orientada hacia el servicio y al establecimiento de relaciones de ayuda, centradas en el ser humano, por medio de un proceso interactivo, recíproco, intersubjetivo de influencia mutua de valores y creencias, desarrollando de esa forma el cuidado; para trascender en la enfermera (o) que cuida y en la persona cuidada.

Es el cuidado de Enfermería que da significado y es significativo del encuentro cara a cara con el otro, a partir del establecimiento de un vínculo que da sostén a esa intervención que es única entre un yo y un otro.

Quise denominar invisible a estos significados, expresados por las personas mayores del estudio, por una parte, porque dentro de los discursos es lo menos mencionado, quizá porque al ser expresiones o actitudes las personas lo asocian con las características personales, como individuo, que ejerce el cuidado y no lo reconocen como parte del arte de cuidar; por otro lado porque los mismos profesionales, se ven cada vez más alejados de las personas cumpliendo el tratamiento médico indicado y las múltiples actividades de gestión, ya sea por el interés de cumplir con el rol que las instituciones de salud le asignan o por el hecho de que los sentimientos, actitudes y expresiones hacia las personas atendidas no se registran por lo tanto implican invertir parte de tiempo en acciones no estandarizadas, ni protocolizadas que los alejan de los indicadores que las autoridades de las instituciones pretenden alcanzar (59).

También M. F. Collière, refiere que a menudo las tareas de cuidado más importantes que hacen las enfermeras son invisibles, en el sentido de que conocer a la persona y su entorno, apoyarla hacia el logro de sus objetivos y promocionar sus posibilidades internas son actos que, en muchas ocasiones, no se realizan de forma visible” (4).

En el ámbito de la Enfermería Española, existe en la literatura, la definición de Cuidados Invisibles, lo que en Latinoamérica conocemos como Cuidado Humanizado. Definen al cuidado invisible, como las acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían “registrables” (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, el tacto, la proximidad, la relación terapéutica, etc.). Acciones que, serían susceptibles de registrar, pero que no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (60).

Resulta por lo tanto paradójico que sean las personas atendidas quienes otorguen relevancia a esta labor humanista de la enfermería, mientras que la enfermería misma, siga aceptando como propio un patrón de lo registrable e invisibilizando, en ocasiones, aquello que constituye el ser de nuestra disciplina y que los adultos mayores más reconocen.

Las reflexiones anteriores no pretenden incentivar o volver hacia una desprofesionalización de la Enfermería, muy por el contrario, se trata de encontrar un punto de equilibrio en donde exista la combinación de ambas esencias de la profesión, lo humanista y lo científico. Al poner en el tapete el concepto de profesionalización me refiero a que con ella los profesionales de Enfermería, han invertido gran parte de su tiempo en el uso de nuevas tecnologías, en el diseño de estándares de calidad y un sinnúmero de protocolos, que muchas veces se realizan sin tomar en cuenta a las personas atendidas, pero que son tan necesarios e imprescindibles como la otra faceta humanista por el cual se fundamenta el rol de nuestra profesión (61)

Ahora bien, no todo es responsabilidad de la propia disciplina; hoy en día la dinámica y la organización de los ambientes de cuidado, sumado a la incompreensión del entorno, en

especial del sistema de salud vigente, favorecen un cuidado despersonalizado y estandarizado de enfermería, centrando su foco en la dimensión biológica, como eje central del proceso terapéutico. Esto contribuye en gran medida a la invisibilidad del cuidado específico de la enfermería.

### **4.3 Categoría 3: Las relaciones de cuidado.**

El acto de cuidar se lleva a cabo a través del establecimiento de relaciones de cuidado, que permiten la transformación, el crecimiento tanto del ser cuidado como del ser cuidador. Para el primero, el ser considerado y respetado como una persona singular implica que se le aclaren las dudas sobre su estado de salud. También es importante, que él adquiera mayor conocimiento sobre sí, sobre su enfermedad, en fin, sobre su condición existencial del momento, con el objetivo de emprender de forma serena, estrategias para enfrentar los obstáculos que se presentan y así trazar planes futuros.

#### **4.3.1 Subcategoría 1: Recibiendo información del estado de salud**

Los sujetos de estudio, manifiestan que la Enfermera, a través de la conversación con las personas atendidas, se interiorizan de las necesidades de cuidado de ellos, pero manifiestan que no utilizan la misma vía para informarles sobre la probabilidad de alta, por ejemplo, ya que le entregan dicha responsabilidad al médico tratante.

*“...veo que conversan con la familia en el horario de visitas y si uno quiere pedir permiso para salir por el fin de semana, la familia de uno tiene que hablar con ellas para que lo dejen salir...” E6 (6)*

Es decir, utilizan la comunicación, pero más bien como una herramienta en la fase de valoración, utilizándola en menor medida como parte de la relación terapéutica, olvidando que ésta es un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En dicho intercambio, el profesional de la salud, como interlocutor debe captar las necesidades de la persona atendida con el fin de ayudarle a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

La relación terapéutica consiste, por lo tanto, en comunicarse en dos lenguajes: el de hablar y el de escuchar, dándole protagonismo a las personas y un justo papel a las técnicas o procedimientos y al uso de la tecnología, utilizándolos como recursos materiales al servicio de las personas (51).

Las personas mayores mencionan que a veces ellos y su familia se molestan porque no pueden hablar con los profesionales médicos ni enfermeras, evidenciando falta de información sobre la evolución de los estados de salud de las personas atendidas.

*“...deberían estar más informadas... e informar a la persona lo que le están haciendo, porque de repente no le informan, o sea, uno tiene que estar preguntando: ¿Y qué es lo que me está poniendo?... ¿y por qué me está haciendo eso?... entonces de repente ellas se molestan porque una hace tantas preguntas. E5 (6)*

*“...la enfermera me dice poco, me dice que le pregunte a la doctora cuando me dará el alta...como que me pelotean con eso...” E8 (11)*

La entrega de información por parte de las enfermeras, adaptada a las necesidades de cada persona y/o familiares, busca reducir los sentimientos de preocupación, enfado,

rabia, inquietud o miedo. En ocasiones, la intención de informar no solo debe tranquilizar, si no que además debe transmitir a la persona un sentimiento de seguridad, mediante la presencia para cubrir las necesidades que fuesen surgiendo, contribuyendo así a consolidar la relación de ayuda (59).

Como vemos el Profesional Enfermero/a demuestra dudas frente a la entrega de información tanto a la familia como a la propia persona atendida, esto puede relacionarse con que históricamente se nos ha enseñado que es el profesional médico es el que entrega la información más sensible, respecto del diagnóstico y tratamiento, pero generalmente nos escudamos en ello cuando no sabemos qué decir, siéndonos muy difícil dejar de exagerar o minimizar la realidad, lo cual finalmente aumentará la angustia de la persona y su familia. Por ello resulta fundamental que la estructura vigente de Enfermería en las organizaciones, en un trabajo colaborativo con la estructura médica, determinen y generen normas y protocolos claros respecto de lo que es de nuestra competencia, basándose principalmente en que debemos hacernos responsables de la información sobre el cuidado que otorgamos tanto como lo hacemos con las técnicas, procedimientos y uso de la tecnología, derivados del diagnóstico médico, esto finalmente permitirá una comunicación efectiva, disminuyendo así la incertidumbre tanto de la persona como la de la familia (62).

Por otro lado, Waldow, quien ha dedicado gran parte de su trayectoria al estudio de Cuidado, menciona a la familia como una variable importante para el Ser Cuidado dentro del Proceso de Cuidar. Es así como la presencia y el cariño de la familia son fundamentales para la persona hospitalizada especialmente, y es por ello que el equipo de salud debe tomar conciencia de ello entregándole información, aclarándole, apoyándole

para ayudar así al crecimiento del ser cuidado. Familias ansiosas, en función de la gravedad de la situación de salud de la persona atendida, la falta de información, a veces, provocan reacciones negativas por parte del equipo de salud, pudiendo perjudicar el proceso de cuidar (63)

La escucha se convierte en un momento especial de atención, marcado por el respeto y el interés por los sentimientos que expresa el paciente.

A su vez, Torralba le da especial atención al escuchar como acción de cuidado en la persona vulnerable, cuando el ser humano atraviesa por el sufrimiento necesita ser escuchado, contar lo que está viviendo; pero no es sólo la escucha de las palabras del otro, sino también las actitudes que le permiten a la persona hablar. El ofrecimiento de ayuda y apoyo por parte de la enfermera facilita que las personas puedan compartir sus preocupaciones (64).

#### **4.3.2 Subcategoría 2: Hablando del trato que reciben**

El emerger de esta subcategoría lo relaciono directamente con la aprobación en el año 2004 de la ley de Autoridad de Sanitaria N° 19.937, que establece un sistema de acreditación para los prestadores autorizados para funcionar. Este sistema exige que se implementen estándares mínimos de calidad que permitan que los procesos brinden mayor seguridad a quienes utilizan los servicios de los establecimientos de salud. Complementariamente, en el año 2012 se crea la Ley N° 20.584 sobre los Derechos y deberes de las personas relacionados con las acciones vinculadas a la atención de salud. El espíritu de esta ley cautela brindar una atención de calidad respetando los derechos esenciales de las personas. La calidad en la atención de salud se puede abordar desde

distintas aristas, uno de ellas el concepto de “trato digno” de los personas. En este sentido, ambas leyes consideran dicho concepto, por una parte, a través del sistema de acreditación que incorpora el ámbito “Dignidad del Paciente”, donde su componente básico es que el prestador debe resguardar que el paciente reciba un trato digno y por otra, la Ley de derechos y deberes de las personas, que señala que en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia (65).

En todas centros de salud de atención abierta y cerrada de las redes asistenciales públicas y privadas de nuestro país se encuentran visibles los derechos y deberes de las personas que en ellos consultan es por ello que las personas se encuentra hoy en día cada vez más empoderados sobre estos conceptos.

En los relatos de las personas mayores del estudio se mencionan aspectos relacionados con el trato como por ejemplo:

*“...hay una enfermera que es pasadita así... pero hay otra enfermera que es una persona muy amable, muy amable... muy profesional la encontré...” E5 (1)*

*“... señorita yo siento que me han tratado súper bien...me cuidan y me hablan con cariño...” E8 (1)*

*“las señoritas andan como está el día, a veces andan súper simpáticas...cantan...pero hay otros días que tienen una cara de perro que da susto...” E6 (3)*

Ante estos discursos es importante resaltar que el trato digno es un aspecto esencial, que se debe cuidar en la relación persona - persona, pues el profesional de enfermería está comprometido a llevarlo a cabo para las acciones de mejora continua que aseguran calidad de atención a pacientes y familiares estableciendo un trato humano, personalizado y profesional.

Por otro lado y considerando aspectos propios del cuidado, Poblete manifiesta que el cuidado se compone de preocupación, amor, ánimo, buen trato y atención, acción oportuna, habilitación, poder y dependencia, procesos que realizan principalmente los estudiantes de enfermería pero, es escasamente realizado por los Profesionales Enfermeros/as (66).

También según menciona Moreno, en su estudio sobre la percepción del bienestar durante la hospitalización, un aspecto relevante en la percepción de éste, es el trato que les proporciona el personal de enfermería, los informantes mencionaron como necesario que las enfermeras se presenten con ellos, que los traten de manera amable, que sean comprensivas y pacientes, que los animen, que bromeen y platicuen con ellos, dado que esto los hace sentir mejor y percibir una buena atención (67).

En Chile, los escasos estudios sobre el cuidado de enfermería muestran a las enfermeras en las instituciones hospitalarias como distantes en el trato, como lo revela el estudio cualitativo de Balanza, describiéndose inclusive una trato agresivo hacia el usuario caracterizado, por una atención despersonalizada que va desde no tratarlo por su nombre o no cumplir con las expectativas de sus cuidados. Un cuidado centrado en la persona es satisfactorio para los usuarios, estos valoran los aspectos relacionados con la cordialidad y empatía siendo un detalle pequeño como el saludo y la presentación de la enfermera

una actitud relevante en su satisfacción (68).

De los análisis anteriores queda evidenciado que el profesional de enfermería es el responsable por la obtención de un ambiente de cuidado, coincidiendo con Waldow quien refiere que la Enfermera debe involucrar acciones que movilicen tanto recursos humanos en su máxima posibilidad de relacionarse, como recursos materiales (69).

Al establecer relaciones de cuidado como también menciona Waldow, se crea automáticamente el ambiente o clima de cuidado, en el cual las personas se sienten bien, reconocidas y aceptadas como son, consiguiendo expresarse de manera auténtica, actualizando la información, intercambiando ideas, prestando apoyo y haciéndose responsable y comprometidos con el mantenimiento de este ambiente de cuidado (68).

Así lo expresa Inmaculada Urbina “En este sistema de objetivos y resultados, donde priman (lo vemos diariamente), los números de las estadísticas, no podemos perder el norte y dejar de lado lo más importante: tratamos con personas y personas en su más íntima fragilidad, debemos escuchar y sentir lo que nos dicen, y ser desde luego cuidadores de verdad, cuidadores de corazón.” (70).

#### **4.4 Categoría 4: El proceso de cuidado**

Esta categoría emerge como la forma en que finalmente se produce la interacción entre el ser cuidador y el ser cuidado, es decir, la conjunción de ambos mundos, de esas dos historias particulares que se encuentran en el momento en que se lleva a cabo el cuidado.

#### 4.4.1 Subcategoría 1: la mirada del adulto mayor sobre el “Ser cuidador”

Los adultos mayores refieren que el grupo de profesionales Enfermeros está conformado mayoritariamente por mujeres jóvenes. Les observan empoderadas en el rol de enfermeras, en lo referente a las actividades de gestión y liderazgo debido al sistema de trabajo y organización que poseen.

Las personas mayores manifiestan que a pesar de las labores de gestión que realizan, las Enfermeras permanecen más tiempo con las personas atendidas que lo que permanece el médico tratante, pero ellos destacan que las enfermeras permanecen generalmente en la estación de enfermería.

*“...pero al principio hay una oficina... casi siempre uno cuando pasa por ese lado las ve ahí sentadas...lejos de nosotros, no lo digo por mí, pero hay algunos que más necesitan ayuda...conversar un poquito...” E2 (13)*

*“...la enfermera siempre anda de azul...las otras señoritas andan de celeste...se nota la diferencia...las de azul son jefas...a veces son bien jovencitas...se nota que no tienen mucha experiencia...pero mandan hartito... a todo el mundo...siempre andan retando...ehhh a todos...a nosotros...las de celeste...E4 (6)*

*“ellas están poco, son las jefas, están menos, más que los doctores si...” E7 (5)*

Según Quintero, en su estudio sobre el significado del cuidado para personas traumatizadas, los entrevistados identificaban adecuadamente que el auxiliar de

enfermería es quien les brindaba el cuidado directo, en cuanto al aseo y confort, administración de medicamentos, en otras palabras, vela para que en todo momento estén cómodos. La Profesional Enfermera es quien tiene la responsabilidad del cuidado de todos los pacientes, de que todo el servicio funcione bien, recibe el turno y hace una ronda para ver cómo están los pacientes y conocer sus necesidades (54).

Ante lo evidenciado por los discursos es importante destacar que el proceso de cuidado abarca, además de procedimientos y actividades técnicas, acciones y comportamientos que favorecen no solo el *estar con*, sino también el *ser con*. Es decir, se piensa que los procedimientos, intervenciones y técnicas realizadas con el paciente sólo se caracterizan como cuidado en el momento en que los comportamientos de cuidar son mostrados, tales como: respeto, consideración, gentileza, atención, cariño, solidaridad, interés, compasión, entre otros. El cuidar es un proceso interactivo, él solo se establece en la relación con el otro. El modo de ser del cuidado involucra una relación no solo de sujeto-objeto, sino de sujeto-sujeto. En el contexto del proceso de cuidado, esta relación se caracteriza por ser una relación de tipo profesional, sujeto-otro, basado en el respeto y en el caso que sea considerado como objeto, no se encuadra en una relación de cuidado. (58)

#### **4.4.2 Subcategoría 2: La mirada del adulto mayor sobre sí mismo como “Ser cuidado”.**

La hospitalización genera molestias a las personas mayores ya que las aparta de sus pertenencias. A su vez la rutina hospitalaria disminuye la posibilidad de mantención de la autonomía de las personas atendidas.

Las rutinas de cuidados básicos comienzan muy temprano, cosa que no les agrada. En dichas rutinas no está presente habitualmente la enfermera.

*“A nosotras no nos gusta...ehhh... a ninguna que a la 5 y media o veinte para las 6, ya nos hacen ducharnos o bañarnos en la cama... eso si todo con mucha delicadeza y seguridad eso si en esto no está la enfermera sólo las ayudantes.... E1 (13)*

*“Me gusta que la enfermera me ponga atención... si está mirando para otro lado... o conversando con otra persona mientras tiene que hacerme algo... eso me molesta... porque quiere decir que no me está poniendo realmente atención...a mí me gusta que me miren cuando hablo...que me escuchen...” E4 (5)*

*“...a mí no me gusta estar aquí yo me quiero ir a mi casa...quiero estar con mis cosas...” E6 (1)*

La persona al ser cuidada, vive una experiencia única, tanto en relación a su enfermedad como en relación a la hospitalización. El sentirse enfermo o estar enfermo provoca una ruptura en su relación del ser humano con el mundo. El individuo hace frente a una amenaza (enfermedad, sufrimiento, incapacidad y muerte) a lo desconocido (su estado, su destino, del ambiente y personas extrañas) y con una temporal o definitiva desestructuración denominada por Pellegrino, como crisis ontológica, ésta afecta al individuo como un todo, tanto física como psicológica, social y espiritual (69).

Según Torralba, todo ser humano es vulnerable, no sólo su naturaleza somática, sino todas y cada una de las dimensiones fundamentales. Refiere que vivir humanamente

significa vivir en la vulnerabilidad. El ser humano puede ser vulnerable de un modo físico por estar sujeto al dolor o a la enfermedad, pero también psicológicamente porque su mente es frágil. Del mismo modo, puede ser agredido socialmente o espiritualmente.

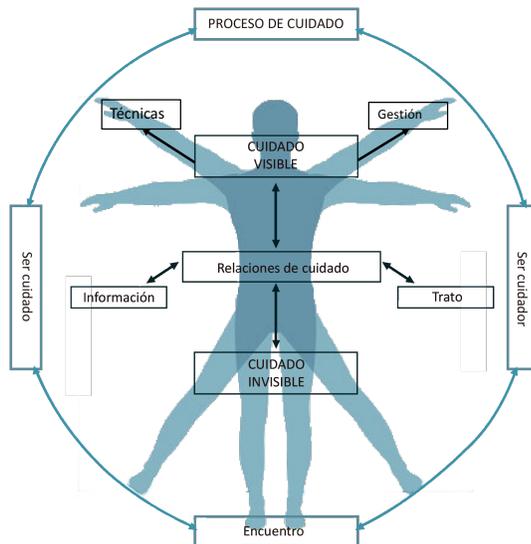
La persona mayor es considerada como «vulnerable», porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad, pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan las carencias, esos mecanismos de adaptación y compensación se ven alterados durante la hospitalización.

## **CAPÍTULO 5 VISLUMBRANDO CAMINOS**

## CAPÍTULO 5 VISLUMBRANDO CAMINOS

### 5.1 Significado del cuidado

Recopilando las experiencias vivenciadas por las personas mayores durante la hospitalización, fui comprendiendo el significado que ellos le otorgan al cuidado de enfermería, mediante el análisis de los discursos obtenidos en cada entrevista. Es así como logro identificar las convergencias existentes en los discursos que finalmente dieron paso a cuatro categorías que me permiten elaborar un modelo, que facilite el entendimiento del fenómeno emergente.



**Figura 1: Modelo del significado que le otorgan las personas mayores al cuidado que reciben durante la hospitalización. Fuente: Elaboración propia.**

El Fenómeno: “Significado que las personas mayores le otorgan al cuidado recibido durante la hospitalización” develó cuatro categorías, que emergieron en este estudio.

En este esquema inspirado en el Hombre de Vitruvio, pretendo ejemplificar la interrelación que se produce en el proceso de cuidado entre la enferma y la persona atendida, a través de la interacción entre ambas figuras humanas.

Ubico a la primera categoría que es el Cuidado Visible en el extremo superior del esquema simbolizando así lo más evidente para las personas mayores, separando este cuidado en dos subcategorías denominadas actividades instrumentales o técnicas y actividades del ámbito de la gestión y administración.

Para las personas mayores, entonces, el cuidado que otorgan las enfermeras está significativamente basado en labores de administración y gestión hospitalaria (rellenar formularios y documentos), a su vez manifiestan que son las enfermeras quienes otorgan los cuidados técnicos de mayor complejidad a las personas que así lo requieren.

En el extremo inferior de la Figura 1 ubico al Cuidado Invisible, es el menos referido por las personas mayores en sus discursos, pero que en profundidad de los discursos hace mención a la dimensión expresiva o afectiva del cuidado, aspectos que resultan de vital importancia en el cómo se ejerce éste, constituyendo finalmente la base del arte de cuidar. Es aquí donde se expresa la relación de coexistencia, a través de la ocupación y preocupación *de y con* los otros.

Lo que las personas mayores mencionan como actividades y actitudes en este cuidado invisible no son registradas ya que no están estandarizadas y por ende no valorizadas, probablemente esto explica que las enfermeras dediquen la mayor parte de su tiempo a las intervenciones que sí lo son, como lo exige el modelo economicista de salud

imperante.

En el centro de ambas categorías, ubico la tercera categoría que describe las Relaciones de Cuidado que se establecen entre las enfermeras y las personas mayores, basadas en la transformación y el crecimiento que vivencian tanto la enfermera como la persona atendida. El ubicarlas en el centro del modelo implica que el cuidado tanto visible como invisible se basan en el establecimiento de relaciones que permitan una transformación y crecimiento tanto en la enfermera como en la persona atendida, considerándose finalmente esto como *Cuidado* propiamente tal.

En estas relaciones de cuidado, las personas mayores le asignan gran importancia a la entrega de información, esto constituye la base para el establecimiento de una relación de confianza entre el ser cuidador y el ser cuidado. La enfermera debe convertirse, por lo tanto, en un interlocutor que le permita a la persona atendida, descubrir, aceptar y hacer frente a su situación de salud.

Dentro de las relaciones de cuidado, resulta fundamental el trato que las personas atendidas perciben. El cuidado deja de ser tal si no se basa en una relación de respeto, que considere el trato digno como elemento fundamental de la calidad en la atención de salud. Este trato digno debe estar sustentado en un trato humano, personalizado y profesional.

El hacer técnico, si bien es considerado como un elemento importante en el desempeño profesional, para poder brindar cuidados eficientes y de calidad a las personas atendidas, no es suficiente para garantizar que ellas se sientan satisfechas con el cuidado que reciben, si no que resulta imprescindible demostrar comportamientos de cuidados basados en un trato humanizado.

La cuarta categoría es la que denominé el Proceso de Cuidado, a esta categoría la considero como el cierre de este círculo ya que engloba a las otras tres categorías. En ella se produce el encuentro de cuidado entre el ser que cuida y la vivencia del ser cuidado.

En este proceso de cuidado las personas visualizan a la enfermera distante del cuidado directo, enfrascada en actividades de gestión, encargando el cuidado directo a los TENS.

Si les visualizan ejerciendo liderazgo, otorgado más bien por el cargo que ocupan, independientemente de los años transcurridos en cuanto a lo que la experiencia profesional aporta.

Por otro lado, dentro de este proceso de cuidado, las personas mayores, expresan los inconvenientes que les genera la hospitalización, como la afectación del desarrollo de autonomía principalmente debido a las estrictas rutinas de cuidados. Esto se convierte finalmente en una amenaza, ya que sumado a la etapa de desarrollo en que se encuentran les convierte en personas altamente vulnerables. Por lo cual, en este proceso debe darse prioridad a los esfuerzos para ayudar y cuidar, involucrándose en el proceso de transformación en el que ambos, el ser cuidado y el ser cuidador deben crecer mediante el establecimiento de una relación de confianza que le permita al ser cuidado sentir tranquilidad y seguridad durante la hospitalización.

## **5.2 Consideraciones finales**

El análisis fenomenológico del significado que le otorgan las personas mayores al cuidado de enfermería que reciben, me permite comprender la visión del cuidado desde la perspectiva del otro.

A través de mi trayectoria profesional he transitado por diferentes escenarios de

cuidados, con distintas complejidades y diferentes responsabilidades, pero es ahora, a través del análisis de la mirada del otro, que logro dimensionar lo que perciben las personas en el proceso de cuidado.

Es así como logro visualizar el cuidado como una relación intersubjetiva y auténtica, de crecimiento mutuo, que puede, al establecerse en lo cotidiano, cambiar la percepción que tienen las personas de nuestra disciplina, hacia una disciplina que ayuda, que acompaña y apoya a las personas en todos los niveles de atención y durante todo el ciclo vital.

Las enfermeras debemos fomentar la comunicación, las actitudes afectivas y de confianza como un mecanismo eficaz para mejorar la percepción de las personas mayores del cuidado que reciben durante la hospitalización.

Así mismo, como enfermeros debemos reflexionar sobre la importancia que tiene la gestión del cuidado, ejerciendo con mayor decisión el rol asistencial, es decir, el cuidado directo, así como también fortalecer nuestras competencias educativas e investigativas que favorezcan la trascendencia significativa de la práctica del cuidado.

Hoy en día, las normativas ministeriales, han generado un escenario de incertidumbre respecto de la relevancia de nuestro rol profesional, es el momento, por lo tanto, en que debemos personalizar el cuidado, mediante el establecimiento de una relación más cercana, cimentada en la empatía y el afecto, permitiéndonos cuidar holísticamente a las personas, especialmente en los momentos de mayor vulnerabilidad como es la vejez.

Las personas le atribuyen mayor importancia a un gesto o una palabra afectuosa, o simplemente al hecho de sentirse escuchados, por sobre la habilidad técnica que pueda poseer el profesional enfermero. El afecto o la escucha dejan un recuerdo positivo en los momentos de vulnerabilidad.

Hoy en día luchamos constantemente por nuestra autonomía en el espacio hospitalario, pero para ello deberemos también romper con las estructuras impuestas que nos alejan de las personas, demostrando objetivamente el efecto que genera una estrecha comunicación con las personas y sus familias en el restablecimiento de la salud de las personas.

Hacer del proceso de cuidado una labor más significativa para todos, es un reto inminente para nuestra disciplina, pues ese anhelado reconocimiento social puede alejarse cada vez más si nos distanciamos del cuidado directo, generando insatisfacción tanto en el ser cuidado como en el ser cuidador.

Enfermería es una profesión que requiere de la capacidad de autoconocimiento, del dominio y de una continua reflexión sobre los problemas de la interacción humana desde un punto de vista ético, social y político. Es en esa interacción que se genera en el acto de cuidar, el fundamento del cuidado humanizado. Por ello me parece fundamental mencionar algunas estrategias que podemos implementar como disciplina.

Me parece imprescindible fortalecer el conocimiento de uno mismo, reflexionando constantemente sobre nuestro actuar, identificando nuestras fortalezas y debilidades, para poder mantener los comportamientos favorables y establecer estrategias para cambiar aquello que debemos mejorar.

Incentivar el perfeccionamiento continuo en las instituciones de salud que permitan la humanización a través de las oportunidades de actualización para el equipo de enfermería, evitando así el descontento, la desmotivación y el trabajo rutinario. Es ampliamente conocido que el conocimiento científico y tecnológico contribuyen significativamente en el bienestar de las personas.

En la relación que se establece en el proceso de cuidado entre el ser cuidador y el ser

cuidado, es fundamental la comunicación. Ésta debe ser libre de coacciones, respetando a todos los interlocutores válidos en sus derechos y capacidades para razonar y participar en las decisiones, por ejemplo en las relacionadas con el cuidado de su salud.

También me parece fundamental el fortalecimiento del trabajo en equipo, a través de un trabajo coordinado, esto debe ser desde el reconocimiento de los propios límites, frente a la complejidad del sufrimiento humano, y de la necesidad de valorar los aportes de las diversas disciplinas.

A su vez, profundizar en la dimensión humana del cuidado de Enfermería más que en las técnicas que se realizan. Para algunos profesionales la realización de técnicas complejas genera mayor satisfacción por el grado de reconocimiento que ello significa ante otros profesionales más que el aporte que dicha técnica implique en el cuidado de las personas.

Los avances en las ciencias y tecnologías aplicadas a la salud han contribuido a un mayor conocimiento de las enfermedades que afectan a la persona, sin embargo, en su aplicación se prioriza, en la mayoría de casos, el beneficio económico para las instituciones y profesionales implicados y no en la calidad de los cuidados que se deben proporcionar a las personas que lo requieren.

Tanto la Enfermera como el sujeto de cuidado son personas con características, derechos y valores que los hacen únicos e irrepetibles y en la relación entre ellos se establece un vínculo humano que facilita el intercambio mutuo de vivencias, experiencias, y conocimientos que orientan el cuidado de Enfermería acorde a las necesidades del sujeto de cuidado.

El fortalecimiento del cuidado de Enfermería humanizado requiere de cambios a nivel personal, profesional e institucional, a través de un trabajo reflexivo individual y grupal,

que permita diseñar y aplicar prácticas de cuidado que hagan evidente la dimensión ética y humanística del cuidado.

El cuidado es un fenómeno presente en las diferentes fases del desarrollo del ser humano. Pero existen etapas en que las personas presentan mayor vulnerabilidad como lo es en el nacimiento, la adolescencia, la pérdida de un ser querido, un accidente, una enfermedad, la vejez, y la muerte, entre las más trascendentes. Esta vulnerabilidad es considerada como la condición que convoca el cuidar, es decir lo facilita. Por ello la enfermera debe ser consciente y competente para otorgar ayuda y apoyo durante estas circunstancias, permitiendo que el otro, es decir, el ser cuidado, sea él mismo, en su propia especificidad y singularidad. Para ello debemos como enfermeros recordar que la realización de procedimientos, intervenciones y actividades técnicas, se pueden considerar como *cuidado* en el momento en que existen comportamientos de cuidado como: respeto, consideración, gentileza, cariño, solidaridad, interés y compasión, entre otros. Estos comportamientos permiten, finalmente, que se establezca la relación de confianza que permitirá al ser cuidador sentirse realizado y reconocido con el encuentro con el otro.

## **CAPÍTULO 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## CAPÍTULO 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán*. 2009; 9( 2 ): 127-34.
2. García ML, Cárdenas L, Arana B, Monroy A, Hernández Y, Salvador C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto contexto - enferm*. 2011; 20(spe): 74-80.
3. Maldonado A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Rev Esp Comun Salud*. [Internet]. 2012. [acceso 15 Ago 2016]; 3(2): 147-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059330>
4. Collière MF. *Promover la vida*. 2da ed. México DF: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2009. 392 p.
5. Callén M. *El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras*. [Tesis de Maestría]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2012.
6. Salgado J, Valenzuela S, Sáez K. Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Cienc enferm*. 2015; 21(1):69-79.
7. Romero E, Contreras I, Pérez-Pájaro Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Cartagena, Colombia. Rev cien biomed*. 2013; 4(1): 60-8.
8. Bueno LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc enferm*. 2011; 17(1):37-43.
9. Servicio Nacional del Adulto Mayor. *Chile y sus mayores: Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013*. Santiago de Chile; 2013.
10. Servicio Nacional del Adulto Mayor, *Política de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025*. [Internet]. 2008 [acceso 4 jun 2016]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf>
11. Veliz L, Ceballos P, Valenzuela S, Sanhueza O. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index Enferm*. 2012; 21(4): 224-8.
12. Angel Z. *Significados de la discapacidad para un grupo de personas que viven con retinopatía y nefropatía diabética, atendidos en una unidad renal de Bogotá*. [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2014.
13. Milos P, Larraín AI. La gestión del cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Cienc enferm*. 2013; 19(2):7-10.
15. Milos P, Bórquez B, Larraín AI. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena (II) estado actual. *Cienc enferm*. 2011; 17(3):23-33.
16. Vélez C, Vanegas J. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. *Hacia promoció salud*. 2011; 16(2):175-89.

17. Kuerten P, Lenise M, De Gasperi P, Fabiane L, Waterkemper R, C. Bub MB. El cuidado y la enfermería. *Av enferm.* 2009; 27(1):102-9.
18. Daza R. Las prácticas de cuidado en el desarrollo histórico del hombre. *Inv Enf.* 2011; 6(1): 36-47.
19. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto contexto - enferm.* 2007; 16(3): 520-30.
20. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero.* Barcelona (Es): Elsevier Masson; 2007. 167 p.
21. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco AL, Ramírez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería *Enferm Universitaria.* 2014; 11(4):145-53.
22. Delgado AI, Naranjo ME. El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo. *Av enferm.* 2015; 33(3):412-9.
23. Jover, MC. La práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras de atención al paciente crítico: Liderazgo de los cuidados. [Tesis Doctoral] Barcelona: Universidad de Barcelona, 2016.
24. Boff L. *El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra.* Madrid (Es): Editorial Trotta; 2002. 164 p.
25. Heidegger M. *El ser y el tiempo.* México D.F. (Mex): Fondo de cultura económica; 2010. 478 p.
26. Dreyfus H. *Ser en el mundo.* 3ra ed. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos; 2003. 398 p.
27. López M. *El cuidado un imperativo para la bioética. Relectura filosófica teológica desde la epiméleia.* Madrid (Es): Universidad Pontificia de Comillas; 2012. 390 p.
28. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. *Enferm Intensiva.* 2000; 11(3): 126-41.
29. Jesse E, Alligood MR. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería.* 8ª ed. Barcelona (Es): Elsevier; 2015. P 91-112.
30. Watson J. Watsons theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto contexto - enferm.* 2007; 16(1):129-35.
31. 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.
32. Huaiquián JC. *La enfermería en Chile colonial.* [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante, 2011.
33. Chuaqui-Kettlun JR, Bettancourt-Ortega LP, Leal-Román VJ, Aguirre-González CA. La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). *Aquichán.* 2014; 14(1):53-66.
34. Bettancourt L, Lazcano MR, Monardes G, Núñez N, Peroni S. *Escuela de enfermería, 75 años formando profesionales al cuidado de la comunidad.* Valparaíso, Chile. Universidad de Valparaíso; 2010. 110 p.

35. Paredes MP, Rivas E. Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Cienc enferm.* 2014; 20(1):9-21.
36. Ayala R, Fealy G, Vanderstraeten R, Braecke P. Academisation of nursing: an ethnography of social transformations in Chile. *Int J Nurs Stud.* 2014; 51(4): 603-11.
37. Código Sanitario. Decreto con Fuerza de Ley No 725. Actualizado a julio de 2000. Libro V, Artículo 113, inciso cuarto. [fecha de acceso 20 de abril 2016]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>
38. Ley No 19.937, que modifica el D.L. No 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria. D.O. [internet] 2004. [fecha de acceso 16 de agosto 2016]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>
39. Poblete M. Cuidado humanizado: percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales. [Tesis Doctoral]. Concepción: Universidad de Concepción, 2009.
40. Aguayo F, Mella R. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Cienc enferm.* 2015; 21(3): 73-85.
41. Campos P, Barbosa MA, Fernandes G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cul Cuid.* 2011; 29:9-15.
42. León E. El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. *Polis.* [Internet]. 2009. [acceso 17 ago 2016]; 8(22): 267-83. Disponible en: <http://polis.revues.org/2690>
43. Solano MC. Fenomenología-Hermenéutica y Enfermería. *Cul Cuid.* 2006; 19:5-6.
44. De la Cuesta C. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto contexto - enferm.* 2010 ; 19(4): 762-6.
45. Sanhueza O. Contribución de la investigación cualitativa a enfermería. *Cienc enferm.* 2009; 15(3): 15-20.
46. Fernandes G, Barbosa MA, Prado MF. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index Enferm.* 2007; 16(58): 55-8.
47. Martins J, Bicudo MA. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 2da ed. São Paulo: Moraes; 1994. 110 p.
48. Alves R, Oliveira HG, Oliveira SM, Da Silva FM, De Almeida AJ, Monteiro CM. Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2012; 16(2): 388-94.
49. Streubert H, Rinaldi D. Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia(USA): Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 470 p.
50. Smith M, Turkel M, Robinson Z. Caring in nursing classics. An essential resource. New York (USA): Springer Publishing Company; 2013. 532 p.
51. Bautista LM. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichán.* 2008; 8(1): 74-84.

52. Zavala IC, Olea CV, Valle MO. Momentos de cuidado según la teoría del Caring. La situación de enfermería. Waxapa. 2013; 5(9): 31-6.
53. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc enferm. 2010; 16(1):31-5.
54. Quintero MT, Gómez M. El cuidado de enfermería significa ayuda. Aquichán. 2010; 10(1): 8-18.
55. Hanna LM, Villadiego ChM. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. Rev Col Enf. 2014; 9(9): 65-70.
56. Gaviria DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Invest Educ Enferm. 2009; 27(1), 24-33.
57. Martínez EC, Tello CA. El cotidiano del cuidado de sí de mujeres en etapa de climaterio. Zona sur de Veracruz, México. Rev Paraninfo Digital. [Internet]. 2014. [acceso 16 ago 2016]; 8(21). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n21/064.php>
58. Waldow VR, Borges RF. El processo de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008; 16(4): 765-71.
59. Huércanos I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas. [Internet]. 2010. [acceso 16 ago 2016]; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
60. Germán C, Hueso F. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Rev Paraninfo Digital. [Internet]. 2010 [acceso 16 ago 2016]; IV(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/pi009.php>
61. De la Rosa R, Zamora G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos?. Index Enferm. 2012; 21(4): 219-23.
62. Cinabal JL, Arce MC, Carballal MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 3ra ed. Barcelona (Es): Elsevier; 2014. 344 p.
63. Waldow VR. Cuidar: expressao humanizadora da enfermagem. Petrópolis (Br): Vozes; 2006. 194 p.
64. Torralba F. Ética del cuidar, fundamentos, contextos y porblemas. Barcelona (Es): Mapfre; 2002. 288 p.
65. Superintendencia de Salud (Chile). ¿Qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Informe global. [Internet]; 2013 [acceso 22 Jun 2016]. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9004_recurso_1.pdf)
66. Pobleto M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta paul. enferm. [Internet]. 2007 Dic [acceso 19 ago 2016]; 20(4): 499-503. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000400019&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019&lng=es).
67. Moreno MG, Interrial MG. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. Index Enferm . 2012; 21(4): 185-89.

68. Barragán JA, Moreno CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Ene [acceso 17 ago 2016]; 12(29):217-230. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013001100111&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013001100111&lng=es)
69. Waldow VR. Atualização do cuidar. *Aquichán.* 2008; 8(1): 85-96.

## **ANEXOS**

#### ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 2/2014

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Ivanny Marchant, médico – cirujano, Secretaria; María Antonieta Silva, enfermera – matrona; Daniel Ciudad, kinesiólogo; y Patricia Herrera, educadora de párvulos, en su sesión del día 9 de enero de 2014, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto **“Significado del cuidado de enfermería para adultos mayores hospitalizados: un enfoque fenomenológico”**, presentado por la investigadora responsable Johana Vidal, adscrita a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 41/2013, versión en español
2. Hoja Informativa de Consentimiento Informado y Ficha de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. *Currículum Vitae* del investigador responsable

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá contribuir a mejorar calidad de los Cuidados de Enfermería de los adultos mayores profundizando en aspectos de la vida del paciente hospitalizado que trascienden la enfermedad. El potencial beneficio de esta investigación supera a los riesgos, estimados en una cuantía no mayor a la habitual exposición de los sujetos de investigación.
3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos; así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.

4. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el año 2014, bajo la supervisión de la investigadora responsable, Johana Vidal.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria  
Presidenta



Ivanny Marchant Ramírez  
Secretaria

C/C.

- Secretaria CBI-FAMED
- Comité de Investigación Facultad de Medicina

Valparaíso, 23 de enero de 2014



### Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “**Significado del Cuidado de Enfermería para los Adultos Mayores hospitalizados: un enfoque fenomenológico**”, cuyo investigador principal es Johana Vidal Ortega. A continuación le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. Esta investigación se realizará en el Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde durante el primer semestre del año 2014.
2. Este estudio pretende comprender el significado de la experiencia vivida por las personas mayores durante la hospitalización, los resultados permitirán generar estrategias que contribuyan a mejorar la calidad del Cuidado de Enfermería que se otorga en la institución mencionada.
3. El objetivo principal de este estudio es comprender el significado que le otorgan los adultos mayores entre 65 y 85 años al Cuidado de Enfermería que reciben durante la hospitalización Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde, durante el 1º semestre de 2014.
4. Su participación se realizará a través de una entrevista de unos 45 a 60 minutos y cuyos contenidos serán grabados y posteriormente vaciados por el investigador en un informe escrito que será presentado como resultado de esta investigación.
5. Este trabajo no conlleva ningún riesgo, salvo que usted se sintiera sensibilizado por el tema estudiado; en tal caso se le podrá otorgar el apoyo conveniente. Tampoco obtendrá beneficios directos por participar.
6. No recibirá ninguna compensación económica. Sin embargo, usted contribuirá con su valiosa experiencia para comprender el significado que usted le otorga al Cuidado de Enfermería que está recibiendo.
7. Su participación es voluntaria y tiene derecho a terminar la entrevista en cualquier momento sin ningún tipo de sanción.
8. Si tiene alguna pregunta sobre este trabajo, se puede comunicar a través de el siguiente correo electrónico con Johana Vidal Ortega: [johana.vidal@uv.cl](mailto:johana.vidal@uv.cl) o al teléfono 2507443.
9. Sus datos personales serán resguardados, por lo cual se considera solamente el número de la entrevista realizada. El registro de dichos datos será reservado y archivado en la oficina del investigador principal, única persona que tendrá acceso a los datos.
10. Si usted acepta participar se asegura la confidencialidad de los datos obtenidos y los resultados de esta investigación podrían ser publicados o presentados en algún Congreso científico, pudiendo usted tener acceso a dichos resultados.

Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, usted podrá contactar a alguno de sus integrantes a través de su Secretaria Administrativa, Sra. Ana María Carreño, al teléfono 2507370.

Si usted acepta participar en esta investigación, recibirá un ejemplar de este documento firmado por el investigador.

Nombre y Firma Investigador Responsable

RUT:

Título/grado:

Limache, ... de ..... de 2014

### Ficha de Consentimiento Informado para Participantes

Yo, ....., RUT....., DECLARO que la investigadora principal, Johana Vidal Ortega, Enfermera-Matrona, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ubicada en calle Blas Cuevas N° 1028 de la ciudad de Valparaíso, me ha informado en forma completa en qué consiste la investigación **“Significado del Cuidado de Enfermería para los Adultos Mayores hospitalizados: un enfoque fenomenológico”** que se llevará a cabo en el Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde, Limache, y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a y en qué consistirá mi participación. De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es conocer el significado que le otorgan los adultos mayores entre 65 y 85 años al Cuidado de Enfermería que reciben durante la hospitalización en el Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde durante el 1º semestre de 2014, los resultados que se obtengan permitirán generar estrategias que contribuyan a mejorar la calidad del Cuidado de Enfermería que se otorga en la institución antes mencionada.
2. Mi participación es voluntaria y consistirá en una entrevista, cuyos contenidos serán grabados y posteriormente vaciados por el investigador en un informe escrito que será presentado como resultado de esta investigación.
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí.
4. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará una número y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
5. No recibiré remuneración alguna por participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.
6. Podré retirar mi participación si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí.
7. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal, en cualquier momento de la investigación, a quien podré contactar en el fono 2507443 o al correo electrónico [johana.vidal@uv.cl](mailto:johana.vidal@uv.cl).
8. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso ha aprobado esta investigación y podré contactar a alguno de sus integrantes a través de su Secretaria Administrativa, Sra. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Participante

RUT:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Investigador

RUT:

Limache,... de ..... de 2014

## DISCURSO N ° 7

1. ¿Cómo ha sido su experiencia durante la hospitalización?
2. ¿Cuáles han sido sus vivencias más significativas con respecto al cuidado que le otorga la Enfermera?

...Señorita aquí me he sentido tan acogida, me han tratado tan bien, las personas son más amables...tranquilas que en el hospital de viña, de allá me mandaron para acá. 1) Aquí no solo nos cuidan, nos animan y nos dan fuerzas para seguir todos los tratamientos que se nos hacen, 2) eso hace que uno confíe 3), pero... nosotros estamos más tiempo con las de celeste que con las de azul, 4) ellas están poco, son las jefas, están menos, más que los doctores si 5) poh! Uno comparte más con las de celeste 6), las de azul mandan, escriben y hacen cosas de jefas 7) , cuando uno lleva más tiempo las logra conocer más, porque está más enfermo entonces ellas están más tiempo con uno...atienden a los más enfermos...8) yo siempre veo que conversan con los doctores y con la familia de uno 9) , pero a mí no me hacen nada yo estoy en terapia por mi cadera. 10)

Ah la otra vez para salir por el fin de semana mi hija habló con la señorita de azul...le firmó unos papeles para mmmm...el permiso era parece...11) y le dijo a mi hija cómo hacer para después volver a hospitalizarme, nosotros teníamos miedo de perder el cupo...pero ella nos dijo qué hacer. 12)

Yo las veo más lejanas, hacen más papeleo...parece...eso he visto en el tiempo que llevo acá 13), las señoritas de celestes hacen las cosas, nos bañan, nos pasan los remedios, nos toman la presión14)...eso y las jefas hacen papeles, hablan por teléfono y a veces se enojan con los doctores...parece que no se ponen de acuerdo...algunas veces...uno se da cuenta...ehhhhh bueno se escucha todo acá 15), eso señorita no sé qué más le puedo contar...