

**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CONSTRUCTO GESTIÓN DEL CUIDADO  
EN ENFERMERAS/OS DE UN SERVICIO QUIRÚRGICO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL  
GRADO DE LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**

**Autores**

Carolina Álvarez Maulén  
Catalina Aravena Salinas  
Gabriela Farías Kong  
Catalina Oyarce Morales  
José Miguel Salinas Quezada  
Emily Vilches Gallego

**Docente guía**

Cibeles González Nahuelquín

**Viña de Mar, Chile, 2019**

## I. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra docente guía Cibeles González Nahuelquín, por la dedicación, paciencia, compromiso y apoyo otorgado en todo momento en la realización de este estudio.

Gracias a la dirección del Hospital Carlos Van Buren, quienes con mucha disponibilidad aceptaron la realización del estudio en su institución.

Gracias a las/os enfermeras/o que participaron en el estudio, quienes voluntariamente accedieron a colaborar, otorgándonos las facilidades necesarias para la realización de cada entrevista.

Gracias a nuestras familias y parejas, por el apoyo entregado, motivándonos a continuar y no bajar los brazos bajo ninguna circunstancia.

Por último y no menos importante agradecemos a Dios por bendecirnos y otorgarnos la oportunidad de realizar esta investigación, permitiéndonos avanzar con confianza y amor en todo momento.

## II. ÍNDICE

Capítulo I: Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	4
1.1.1 Pregunta de Investigación	4
1.1.2 Objetivo general	4
1.1.3 Objetivos específicos	4
1.1.4 Presentación del problema	5
1.1.5 Justificación del problema	7
Capítulo II: Marco Referencial	10
2.1 Marco empírico	12
2.1.1 Evolución del Profesional de Enfermería	12
2.1.2 Historia de la Enfermería en Chile	16
2.1.3 Reforma de Salud	20
2.2 Marco Teórico	22
2.2.1 Concepto de Cuidado	22
2.2.2 Gestión del Cuidado	24
2.2.3 Representaciones Sociales	26
2.2.4 Representaciones Sociales de la Gestión del Cuidado	29
2.2.5 Conceptualización de las Representaciones Sociales	32
Capítulo III: Materiales y Métodos	39
3.1 Tipo de diseño de la investigación	40
3.2 Población de estudio	42
3.3 Criterios de Inclusión	43
3.4 Criterios de Exclusión	44

3.5 Descripción del instrumento	45
3.6 Recolección de la información	49
3.7 Técnica de análisis de datos	53
3.8 Consideraciones éticas	61
3.9 Criterios de rigor	65
Capítulo IV: Resultados	70
4.1 Categoría creencias y opiniones	71
4.1.1 Subcategoría la/el enfermera/o como garante del cuidado	71
4.1.2 Subcategoría la/el enfermera/o como gestor/a	73
4.1.3 Subcategoría la/el enfermera/o y su disciplina	76
4.2 Categoría actitudes	79
4.2.1 Subcategoría identidad social de la/el enfermera/o	79
4.2.2 Subcategoría el quehacer de la/el enfermera/o	85
4.2.3 Subcategoría la/el enfermera/o como gestor/a	88
4.3 Categoría prácticas	95
4.3.1 Subcategoría el cuidado como “ser” de la/el enfermera/o	95
4.3.2 Subcategoría la formación profesional	96
4.3.3 Subcategoría la/el enfermera/o como gestor/a	98
4.4 Categoría experiencias	101
4.4.1 Subcategoría factores internos que influyen en la construcción del concepto Gestión del Cuidado	101
4.4.2 Subcategoría factores externos que influyen en la construcción del concepto Gestión del Cuidado	105
4.5 Categoría campo representacional	110
4.5.1 Subcategoría estereotipos de enfermería	110
4.5.2 Subcategoría la/el enfermera/o como gestor/a	112
4.5.3 Subcategoría imagen figurativa de la/el enfermera/o como cuidador/a	113

Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Sugerencias	116
5.1 Discusión	117
5.2 Conclusiones	127
5.3 Sugerencias	129
Referencias bibliográficas	131

### III. ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Evaluación Comité de Ética	145
Anexo 2: Consentimiento Informado	146
Anexo 3: Consentimientos Informados Firmados	151
Anexo 4: Correos de aprobación de Directiva	163
Anexo 5: Códigos Descriptivos	164

#### IV. RESUMEN

La Gestión del Cuidado es un concepto que se ha posicionado para la profesión enfermera por su importante valor social y profesional dentro de la comunidad y equipo de salud. El objetivo general de este trabajo fue analizar las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado en las/os enfermeras/os que se desempeñan en un servicio médico quirúrgico de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso.

Se realiza investigación cualitativa, de tipo exploratorio, no experimental, de corte transversal. Para la obtención de los datos se utilizó entrevista cualitativa semiestructurada. Se realiza muestreo por conveniencia en una primera instancia y avalancha en forma secundaria. Se logra un total de doce informantes que cumplían con los criterios de inclusión y quienes voluntariamente accedieron a participar de la investigación. Se realiza un análisis de contenido cualitativo definido por Bardin y estructurado por Uwe Flick. Estudio evaluado por Comité Ético -Científico del Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio, Memo 03/2019.

El análisis de los discursos realizados se desprendió en base a cinco categorías apriorísticas: Creencias y Opiniones, Actitudes, Experiencias, Prácticas y Campo Representacional. De estas se desprenden catorce subcategorías, destacando la subcategoría **“La/el enfermera/o como gestor/a”** es la que más se repite en los discursos analizados, preponderando de esta forma el rol administrativo o gestor en profesional de Enfermería y el cual se representa el constructo Gestión del Cuidado.

Entre las conclusiones destaca que la dificultad de disociar el constructo Gestión del Cuidado de las labores administrativas, lo que conlleva al distanciamiento de la esencia del cuidado mismo. En este sentido se genera una dificultad en analizar este concepto a través de las categorías dispuestas (Actitudes, Creencias, Práctica y Experiencia), las cuales fueron consideradas por los participantes implícitamente como “iguales”, evidenciándose una escasa reflexión de cada una de estas.

**Palabras Claves:** Administración hospitalaria, Legislación de Enfermería, Enfermeras y enfermeros, Identificación social, Código sanitario, Rol de la Enfermera, Atención de Enfermería (DeSC Bireme).

## V. ABSTRACT

Care Management is a concept that has been positioned for the nursing profession because of its important social and professional value within the community and health team. The main purpose of this research was to analyze the Social Representations of the Care Management construct in the nurses who work in a surgical medical service of a high complexity hospital in the Valparaíso region.

Qualitative, exploratory, non-experimental, cross-sectional research is carried out. To obtain the data, a semi-structured qualitative interview was used. Sampling is done for convenience in a first instance and avalanche method in secondary form. A total of twelve informants are achieved who meet the inclusion criteria and who voluntarily agreed to participate in the investigation. A qualitative content analysis defined by Bardin and structured by Uwe Flick is performed. Study evaluated by the Ethical Committee -Scientific of the Valparaíso Health Service- San Antonio, Memo 06/2019.

The analysis of the speeches made were based on five aprioristic categories: Beliefs and Opinions, Attitudes, Experiences, Practices and representational field. From these, fourteen subcategories emerge, highlighting the subcategory “The nurse as a manager” is the most repeated in the speeches analyzed, thus preponderating the administrative role or manager in nursing professional and which represents the Care Management construct.

Among the conclusions, it is worth highlighting that the difficulty of decoupling the Care Management construct, from administrative tasks, leads to the distancing of the essence of care itself. In this sense, a difficulty is generated in analyzing this concept through the arranged categories (Attitudes, Beliefs, Practice and Experience), which were implicitly considered by the participants as “equals”, evidencing a scarce reflection of each of these.

**Keywords:** Hospital administration, Nursing legislation, Nurses, Social identification, Health code, Role of the Nurse, Nursing care (DeSC Bireme).

## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde el reconocimiento legal de su autonomía y su incorporación al Código Sanitario como “Gestora de los Cuidados”, la Enfermería ha ganado un importante valor social y profesional dentro de la comunidad y equipo de salud, respectivamente, más aún con el comienzo, a finales de los 90’, del funcionamiento de hospitales autogestionados en red. En este contexto, el año 2007 el Ministerio aprueba la norma N°19 “Gestión del Cuidado en Enfermería para la Atención Cerrada”, reconociendo legalmente la Gestión del Cuidado como propia de las/os enfermeras/os, aplicada en sus capacidades y características propias de su formación que darán a la persona atendida un cuidado continuo y sustentable en las políticas estratégicas de la institución (1).

Las nuevas atribuciones y responsabilidades que implica lo anterior ha generado un distanciamiento del cuidado clínico o a “pie de cama”: se comienzan a crear percepciones y Representaciones Sociales erróneas respecto a la labor de la/el enfermera/o, donde hay una conciencia de su existencia y valor, pero una visualización difusa en lo que respecta a su atención (2).

De esta situación, nace el interés por investigar las Representaciones Sociales de Enfermería, pero desde una mirada propia de sus mismos profesionales. Superficialmente, se identifica un tema de escasa literatura, tanto a nivel nacional como internacional, resultando necesario poder dar respuesta y aclarar dicha problematización, lo que llevaría a una sensibilización de su identidad basada en la Representación Social que le da el objeto en estudio “Gestión del Cuidado”, y el empoderamiento del profesional de su rol en el contexto sanitario actual.

El referente teórico de la Representación Social sitúa a la persona en un punto medio donde intersecta lo psicológico y lo social de su quehacer cotidiano, reconociéndose cómo aprende de este, de las características del ambiente donde se desarrolla, de las informaciones que en él circulan, y de las propias experiencias, conocimiento y modelos de pensamiento que se reciben de la

tradición, la educación y la comunicación social que se dan en él (3).

A pesar de los diferentes avances que ha tenido la profesión enfermera en la definición de su rol en las última décadas, se ha perdido tácitamente la percepción de cuidado tanto para la sociedad en general como para el mismo profesional, lo que ha llevado muchas veces a no reconocerse como un actor crucial en el campo de la salud y en la entrega de cuidados. En este sentido, F. Colliere refiere que la imagen descrita anteriormente sigue latente, lo cual se transforma en una proyección social que obstaculiza el enriquecimiento y reconocimiento de la/el enfermera/o como gestor/a de los cuidados y por ende influye en la conceptualización que este posee de su quehacer profesional. Esta construcción muchas veces no coincide con la imagen social que posee la/el enfermera/o, sino que se encuentra sujeta a múltiples estereotipos individuales que confluyen en una dependencia y poco profesionalismo de las/os enfermeras/os (4, 5).

Ante lo descrito, es que se vuelve fundamental conocer y analizar cómo la/el enfermera/o construye e interpreta su Representación Social como gestor/a de los cuidados, con el propósito de visibilizar la propia percepción de su rol profesional y con ello contribuir al empoderamiento y reconocimiento de su quehacer diario, tanto entre pares como por parte de la sociedad en la que se desenvuelven.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso?

### **1.1.2 Objetivo general**

Interpretar las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso

### **1.1.3 Objetivos específicos**

- Analizar las creencias y opiniones que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso.
- Analizar las actitudes que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso.
- Analizar las prácticas en donde las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y

supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso.

- Analizar las experiencias que las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso.

- Analizar campos representacionales que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso

#### **1.1.4 Presentación del problema**

En Chile, desde la década del noventa, paulatinamente se han logrado cambios trascendentales para la disciplina enfermera. El primero de estos fue el reconocimiento social de la profesión, lo que llevó al legislativo a modificar el código sanitario considerando a la Enfermería como una profesión autónoma, distinguiéndose como la encargada de la “Gestión del Cuidado” y habilitándola legalmente para ello. Posteriormente, en la reforma de salud 2000-2005 se establece que, para el buen funcionamiento de los hospitales autogestionados en red, es necesaria la incorporación de la Gestión del Cuidado como un requisito mínimo para el cumplimiento de las metas y objetivos ministeriales, lo cual se menciona en el art. 25 (A, E, F) de la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937 (6,7):

*“...Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administrativa y prestaciones que otorguen, como*

*también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, los que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, “Gestión del Cuidado” e indicadores y estándares fijados en convenios y normas”(7).*

De esta forma, para operacionalizar este requisito mínimo, es que en el año 2007 el Ministerio aprueba la Norma General Administrativa N° 19 “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”, reconociendo legalmente el rol del profesional de Enfermería, refiriendo:

*“Que, la “Gestión del Cuidado de Enfermería” entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (6,7).*

En este contexto, la Enfermería nacional ha transitado por fuertes cambios que involucran una mayor responsabilidad legal en la entrega de los cuidados, lo que ha generado la suma de nuevas responsabilidades administrativas a las ya realizadas, hecho que favorece muchas veces la sensación de distanciamiento del cuidado clínico o también conocido como el “cuidado pie de cama”, llevando a un desconocimiento y confusión por parte de la sociedad de la real labor del profesional de Enfermería dentro del equipo de salud.

Teniendo como evidencia lo descrito anteriormente, es que se hace necesario indagar y conocer las Actitudes, Creencias, Experiencias, Prácticas y Campo Representacional de enfermeras y enfermeros con respecto al concepto “Gestión del Cuidado”, como este ha influenciado su quehacer profesional y como se ha generado una construcción social del fenómeno del que todas/os las/os enfermeras/os saben de su existencia y de su valor, pero no se ha posicionado de una manera clara en la operatividad de la atención.

Debido a la escasez de literatura tanto a nivel nacional como

internacional que existe referente a las Representaciones Sociales de Enfermería desde una perspectiva propia de los profesionales en diferentes contextos, es que se ha seleccionado este referente teórico para dar respuesta a la problematización antes mencionada, considerando que dicho constructo sitúa a la persona en un punto medio que intersecta lo psicológico y lo social acerca del cotidiano quehacer, permitiendo conocer al sujeto de acuerdo a la forma en cómo aprende de los acontecimientos de la vida diaria, de las características del ambiente donde se encuentra inserto, de las informaciones que en él circula, de las propias experiencias y de las informaciones, conocimiento y modelos de pensamiento que se reciben de la tradición, la educación y la comunicación social (8).

En síntesis, la problemática radica en que hay una sensación de falta de claridad y sensibilidad por parte de los profesionales enfermeros respecto a la identificación e las Representaciones Sociales de sí mismo en torno al objeto social “Gestión del Cuidado”, lo que, en consecuencia, se traduce en un escaso empoderamiento de su actual rol disciplinar (9).

### **1.1.5 Justificación del problema**

A lo largo de su historia, la imagen de la Enfermería se ha visto influenciada por estereotipos sociales, estando desde sus comienzos vinculada a una profesión predominantemente femenina, bajo el mandato médico y con escaso empoderamiento científico (4).

Durante las últimas décadas las/os enfermeras/os en Chile han tenido importantes logros, sin embargo, esto no se han evidenciado fehacientemente en la trayectoria, ni en la trascendencia de la imagen profesional (4).

En este contexto, para el año 2004 se promulga en Chile la Ley de Autoridad Sanitaria, N° 19.937, la que establece la creación de las subdirecciones de la Gestión del Cuidado a cargo de Enfermería, brindándoles la responsabilidad legal de los cuidados (6). A pesar de este sustento legal y la consecuente gran

labor que realiza el profesional de Enfermería, este no logra visualizarse como actor crucial en el campo de la salud, lo cual se vio influenciado en gran medida por las Representaciones Sociales existentes que desvirtúan el desempeño y quehacer real de la profesión enfermera.

Bajo el alero de la definición entregada por Denise Jodelet en 1986, las Representaciones Sociales están presente tanto en la cultura como en la mente de cada individuo, por lo que no pueden existir sin ser colectivamente percibida y sentida. Jodelet sostiene que *“las Representaciones Sociales son la manera en que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas”* (3). Por ende, toda conducta o idea grupal es producto de la cultura y su Representación Social, en un determinado tiempo y lugar, lo cual ocurre también a nivel de la disciplina actual de Enfermería.

La imagen social de las/os enfermeras/os como profesional se ha construido a lo largo de los años; al respecto, F. Colliere refiere en su libro *“Promover la vida”* (2001), que los cuidados durante mucho tiempo no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada, sino que estaban ligados a la mujer, quien históricamente ha estado vinculada a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie (10). Esta imagen aún sigue latente, y debido a esta proyección que percibe la sociedad, se obstaculiza el enriquecimiento y reconocimiento del rol de gestor de los cuidados, dejando muchos desafíos para la disciplina.

En este contexto, el deseo de proyectar una imagen de la disciplina como profesionales de Enfermería y descubrir cómo ésta es percibida por la sociedad, denota un manifiesto interés por elaborar una identidad e imagen socio-profesional, a través de investigaciones que esclarezcan la Representación Social formada tanto por el enfermero como bien por su comunidad. En relación a esto, en España, Calvo (2011) revela que la identidad o esencia de las/os enfermeras/os no coincide con su imagen social: la imagen está sujeta a

múltiples estereotipos y las personas siguen percibiendo una imagen dependiente y poco profesional de las/os enfermeras/os. En parte, se debe a que las/os propias/os enfermeras/os no se han preocupado lo suficiente, tanto individual como colectivamente, por dar a conocer de manera eficaz su verdadera identidad a la sociedad. Asimismo, afirma que la imagen pública y social de las/os enfermeras/os la construye la sociedad y el colectivo de enfermeras/os en sus mentes a partir de todo lo que voluntariamente, o no, y con intencionalidad comunicativa, o no, transmiten (5).

Es por esto que para la disciplina de Enfermería se hace relevante realizar investigación cualitativa en torno a cómo el profesional de Enfermería construye e interpreta su propia imagen social como gestor de los cuidados, con el fin de unificar las Representaciones Sociales existentes en torno a la Enfermería y, con ello, eliminar aquellos estigmas y estereotipos que por muchos años se han cargado a la profesión.

Es de legítima relevancia conocer y analizar las Representaciones Sociales que le otorgan los/as enfermeros/as a la Gestión del Cuidado con la finalidad de descubrir la existencia de aspectos que visualicen el rol enfermero y que contribuyan al empoderamiento en torno al objeto de estudio.

## CAPÍTULO II

### MARCO REFERENCIAL

## 2. MARCO REFERENCIAL

Para la confección de este capítulo se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO, Scopus, Google Scholar, Cuiden, Dialnet, Base de Datos electrónica de la Universidad de Alicante, Redalyc y Biblioteca virtual de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Se utilizaron los siguientes descriptores DeCs: Administración hospitalaria, Legislación de Enfermería, Enfermeras/os, Identificación social, Código sanitario, Rol de la Enfermera, Atención de Enfermería. Junto con lo anterior, se utilizaron palabras claves que no se encuentran en Decs, pero que favorecieron la búsqueda de material bibliográfico como lo son: Gestión del Cuidado, Representaciones Sociales, Representaciones Sociales de la Gestión del Cuidado, identificación social del rol de el/la enfermero/a, evolución de las Representaciones Sociales. Para las expresiones de búsqueda se utilizó el operador booleano “AND”.

Inicialmente, la selección del material bibliográfico incluyó artículos publicados entre los años 2015-2018; no obstante, debido a la escasez bibliográfica respecto al tema, se extendió el margen de años de búsqueda entre 1985-2018. Para acotar la búsqueda se utilizó también el filtro “idioma”, seleccionando aquellos artículos en español y portugués, donde finalmente para la confección del presente marco referencial se utilizaron aquellos artículos en español que fueran relevantes en la temática estudiada.

La búsqueda anteriormente descrita se efectuó en los meses de abril del 2018 a agosto del año 2019. De los artículos encontrados se realiza una lectura rápida de los títulos, eliminándose aquellos duplicados. Posteriormente se procede a la lectura de los resúmenes considerando como criterios de inclusión aquellos artículos que respondían a la pregunta de investigación, los cuales se incluyen en el marco referencial, dentro de estos se consideraron aproximadamente un tercio del total de referencias bibliográficas que excedían los 5 años de publicación debido a que son relevantes e indispensables en la

construcción de este marco referencial.

## **2.1. MARCO EMPÍRICO**

### **2.1.1 Evolución del profesional de Enfermería**

Influenciada por múltiples acontecimientos, la Enfermería ha cambiado constantemente a lo largo de su historia, lo que ha permitido no sólo idear diferentes concepciones de salud/enfermedad, sino también un desarrollo de los sistemas de salud y, por ende, la consolidación de la historia de Enfermería (11,12).

Desde las culturas primitivas, la finalidad de las estructuras sociales (organizadas en tribus) siempre fue satisfacer las necesidades para sobrevivir y hacer frente a los requerimientos de sus miembros. En esta estructura de convivencia, la persona encargada de satisfacer las necesidades de mantenimiento de la vida, la salud, y el bienestar del grupo era la mujer. Ella desempeñaba la práctica del cuidado, a través de la higiene, el vestido, la alimentación y todo lo que favorezca el bienestar de las personas a su cargo. No es casualidad que sea la mujer la que adopte este rol de cuidadora; esto tiene que ver con su puesto estratégico en la supervivencia de la especie, relacionada al parto, la fertilidad, la lactancia y los cuidados perinatales que desde siempre han sido llevados a cabo por ella, lo que permite establecer las bases para la posterior división sexual del trabajo (11).

Los materiales utilizados por la mujer cuidadora formaban parte de la propia naturaleza: agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas para la alimentación. Todos estos elementos se complementaban con el contacto físico, como la caricia, para transmitir bienestar (11).

Luego, durante la edad media en Occidente, los conceptos salud/enfermedad estaban fuertemente influenciados por la dominación de la iglesia católica, lo que hizo prevalecer la interpretación mística de las causas de

la enfermedad asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios. Junto a esto existió un crecimiento continuo del fervor religioso en todo el mundo, emergiendo congregaciones, hermandades, y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos. Las primeras órdenes las formaban principalmente mujeres, y tenían por finalidad realizar trabajo social. En esta labor, las más importantes fueron las diaconisas (mujeres de alta sociedad dedicadas a servir), viudas (mujeres de edad avanzada dedicadas a la asistencia de enfermos y pobres), vírgenes (mujeres dedicadas a labores eclesiales y practicaban la caridad entre los necesitados) y matronas (mujeres ricas que atendía a los enfermos, a los pobres y a los menesterosos) (11,12).

En la edad moderna, marcada por la caída de Constantinopla, se producen importantes transformaciones socioculturales en Europa. Como consecuencia, que incluyen el declive de la Inquisición, comienza una baja en las creencias religiosas en relación al proceso de enfermedad, y las mismas empiezan a buscarse en el campo de la realidad concreta. De la mano de esto, la iglesia católica sufrió una división y surgimiento de nuevas doctrinas (reforma protestante), acontecimiento que tuvo importantes consecuencias para la Enfermería, ya que hasta entonces había sido responsabilidad de las órdenes religiosas católicas (11,12).

El mundo moderno se destacó por una incesante actividad intelectual que dió lugar a espectaculares avances científicos que ejercieron su influencia en una nueva consideración del binomio salud/enfermedad. Estos sucesos significativos derivaron en una auténtica revolución científica, a través de, por ejemplo, la creación de instrumentos ópticos como el microscopio que permitió hallazgos basados en la microbiología, lo que finalmente contribuyó a la afirmación de una interpretación materialista, pero unicausal, de la enfermedad, y también respaldar un pensamiento biologicista que conserva peso hasta la actualidad (11,12).

Los desarrollos se orientaron solo hacia la enfermedad, y las concepciones higienistas grecorromanas (y sus esfuerzos hacia el establecimiento de una

especie de sistema de protección de salud), fueron rechazadas (12). En este lapso, que se extiende desde el último cuarto del siglo XV hasta la finalización del siglo XVII, se consolida el pensamiento médico científico, organizándose alrededor de la enfermedad y la clínica; además, institucionalmente, surge el hospital. Paralelamente, en Europa ya existían hospitales desde la Edad Media, pero no tenían como finalidad sanar. En este contexto, las personas que otorgaban los cuidados no eran calificadas para la labor, dando lugar a una nefasta atención en condiciones insalubres, lo que socialmente representaba la imagen de un/a enfermero/a ignorante (13). El prototipo de paciente del hospital no era el “enfermo” que recibe un tratamiento para cambiar su situación de salud, sino que era la del “pobre” que ya estaba moribundo. En estos establecimientos se trataban a aquellas personas a las que había que proveer de los últimos auxilios y sacramentos, siendo esta la función esencial del hospital (11,12).

*“Por su parte el personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo, sino a conseguir su propia salvación; era un personal caritativo, religioso o laico, que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaran la salvación eterna; por consiguiente, el hospital servía para salvar el alma del pobre al momento de la muerte, y también la del personal que lo atendía” (12).*

A mediados del siglo XVIII, la medicina era fuertemente criticada, siendo considerada como una profesión profundamente individualista, charlatana y dudosa, reprochando su carencia de reglas incontestables que proporcionan certeza a sus diagnósticos, es decir, sin fundamentos teóricos y prácticos, manteniéndose ligado a los dogmas filosóficos (14). A pesar de esto, el profesional médico tenía un poder absoluto, y bajo su alero se encontraban las/os enfermeras/os, fuertemente influenciadas por la iglesia. Según lo dicho por Vásquez, A. (2011), todo giraba alrededor de la figura principal del médico, con el fin de facilitar su práctica (15).

En este periodo, el hospital no tenía como objetivo curar al enfermo, sino disminuir los efectos negativos del desorden que ocasionaban, entendiéndose

por desorden las enfermedades que en esta institución se podían propagar entre las personas internadas y en la ciudad en que estaba situado, así como el desorden económico y social del que era foco perpetuo (12).

Entre los siglos XVII Y XVIII algunos países europeos desarrollan prácticas de salud que ubican al ser humano en su contexto social y que responsabilizan al estado por la salud de la población, dando origen al llamado “sistema de policía médica” (12).

En 1830, en países del norte de Europa, específicamente Inglaterra, tras la migración masiva del campo a la ciudad, la población trabajadora vivía hacinada y en la pobreza extrema. A raíz de esto, las enfermedades como la tuberculosis, neumonía, sarampión, viruela y cólera aumentaron progresivamente (12). Las demandas de reducción en la ayuda a los pobres, hundidos en la inmundicia, la enfermedad, la miseria, fueron las bases que motivan el movimiento por la reforma, estimulado por el Informe de 1834 escrito por Chadwick, uno de los documentos fundamentales de la salud pública moderna, quien exponía la idea sanitaria: *“la salud se ve afectada positiva o negativamente por el estado del medio ambiente físico y social”* (16). Se aprobó la drástica y revolucionaria enmienda de la Ley de los Pobres, marcando el comienzo de un nuevo periodo de pensamiento y práctica en relación con el bienestar social y la salud pública (16).

En el año 1851 se realiza la Primera Conferencia Sanitaria Internacional, donde se desarrollaron diversas estrategias para combatir las enfermedades infecto- contagiosas de la época, centrándose principalmente en las cuarentenas marítimas en el Mediterráneo (en relación con el cólera, la peste y la fiebre amarilla) y la creación de puestos sanitarios de vigilancia en Oriente Medio que facilitasen información periódica respecto a la evolución y situación de estas enfermedades epidémicas, específicamente cólera y peste (13,17).

El mes de marzo de 1854 trajo consigo el inicio de la Guerra de Crimea, conflicto que, independiente del contexto político final, deja en evidencia las graves falencias dentro de las instalaciones médicas británicas. Para ello, Sidney

Herbert gestiona el envío de algunas enfermeras para tratar de solucionar esto, dejando al mando a Florence Nightingale como enfermera administradora para supervisar la introducción de otras nuevas en los hospitales militares (18).

Florence fue fundamental para la organización de los servicios hospitalarios de la época, gracias a su capacidad de gestión e investigación; dentro de sus labores, desarrolló notoriamente la estadística, específicamente en el cálculo de tasas de mortalidad. Sus resultados y aplicación materializaron una disminución en la mortalidad entre los heridos de guerra de un 60 a un casi 40%. Además, promovió diversas medidas de asepsia que, a la larga, fomentaron cuidados seguros y efectivos. Por estos motivos, a Florence se le considera la madre de la Enfermería, pionera no solamente en el cuidado material, sino que también una revolucionaria al proponer que los fenómenos sociales se pueden someter, definir y analizar matemáticamente (18).

Durante el siglo XX se logran vencer diversas enfermedades infecciosas gracias a la aplicación de vacunas, antibióticos y mejoras en las condiciones de vida de las personas. Este avance estuvo ligado al vínculo cada vez más estrecho entre la biología y medicina, logrando combatir con eficacia diferentes enfermedades a través del desarrollo de numerosos tratamientos. En este siglo también se han iniciado investigaciones básicas sobre los procesos vitales; se han realizado importantes descubrimientos en muchas áreas, en especial en lo que concierne a la base de la transmisión de defectos hereditarios y a los mecanismos físicos y químicos de la función cerebral (12,19).

### **2.1.2 Historia de la Enfermería en Chile**

La evolución de la Enfermería en Chile ha sido similar a la de diversos países del mundo, experimentando profundos e importantes cambios, reconociéndose inicialmente como un ejercicio propio de religiosas que tenían como principal motivación cuidar por caridad y amor al prójimo. Actualmente, al profesional de Enfermería se le reconoce por su alto nivel en su quehacer, el

cual se basa en sólidos conocimientos científicos, orientados a proporcionar atención integral al individuo, familia y comunidad sana o enferma (20).

El cambio en el quehacer se vincula estrechamente al surgimiento de las necesidades más sentidas que presentaba la sociedad, donde las/os enfermeras/os contribuía a dar respuesta a las demandas de salud de la población, pese a una marcada carencia de recursos y falta de apoyo institucional, todo esto con la finalidad de brindar cuidados acordes a las necesidades sociales en evolución (21).

Todo lo anterior ha implicado un extenso proceso, comenzado en Chile en 1902 con la creación del primer curso para enfermeras a cargo del doctor Eduardo Moore, el cual tenía una duración de tres años, teniendo como único requisito el sentimiento vocacional auténtico. Posteriormente, en el año 1906 se funda la primera Escuela de Enfermería en Chile, siendo además la primera de Sudamérica, en el Hospital Vicente Paul, bajo el nombre de escuela de enfermeras del Estado, con la supervisión de religiosas católicas (20).

Con el fin de adaptarse a las necesidades sociales y de salud pública, es que en la década de 1920 la Enfermería del ámbito hospitalario centra su atención en las personas con enfermedades infectocontagiosas, mientras que las/os enfermeras/os comunitarias cumplían un rol fundamental en la atención de la mujer embarazada, el recién nacido y las personas con tuberculosis (21). Tiempo después se crea la Escuela de Enfermeras Sanitarias (1927), la que se dedica a explorar nuevas tendencias en el campo de la salud, evocada principalmente al fomento y protección de esta, lo que da lugar más tarde, en 1929, a su fusión con la Escuela de Enfermeras del Estado, dando origen a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. Asimismo, en 1933 se inaugura la Escuela de Enfermería Carlos Van Buren de Valparaíso, que posteriormente pasaría a pertenecer a la Universidad de Valparaíso. El paso de la enseñanza de Enfermería a la Universidad marcó una importante época, ya que implicó, por un lado, la mejora en la formación profesional al aumentar el plan curricular a tres años de Enfermería Hospitalaria y un año de postgrado en

Enfermería Sanitaria, y, por otro, elevar los requisitos de ingreso, ya no sólo bastaba con terminar la Educación Media, sino que además fue necesario rendir el Bachillerato en Humanidades como prueba específica.

Es importante mencionar que recién en 1944 la dirección de estas escuelas pasa de manos de médicos a enfermeras (20).

En la década del 50', específicamente en 1953, se Dicta el Reglamento para las Escuela de Enfermería, con lo que se crea la primera asociación gremial de la disciplina en el país: El Colegio de Enfermeras de Chile, con la finalidad de perfeccionar, otorgar una protección económica y social, y además otorgar una supervigilancia del ejercicio de la profesión. Posteriormente, en el 57' se comienza a formar personal auxiliar de Enfermería bajo la supervisión de enfermeras (22).

En 1965, comienza a publicarse la revista "Enfermería" del Colegio de Enfermeras de Chile, la que tenía por objetivo la difusión de aspectos gremiales e investigaciones para mejorar los cuidados profesionales (22).

En 1970, comienza la formación de enfermeras y/o matronas en las escuelas existentes del país, títulos que más tarde serían separados y entregados por escuelas específicas en cada área (22).

Otro hito trascendental para la Enfermería en Chile fue el cambio brusco en la estructura de Enfermería en el año 1973, secundario al golpe militar acaecido en esa fecha. Durante este periodo se realizaron allanamientos e ingreso de personal militar a hospitales con las consecutivas amenazas hacia el personal de salud. En el año 1976 la Enfermería en Chile se había direccionado desde lo individual e institucionalizado a lo familiar y comunitario, enfrentándose a una población con mayor expectativa de vida (sesenta y dos, y sesenta y siete años), con alta incidencia de enfermedades circulatorias, degenerativas e infecciosas (23). En este entonces el ejercicio profesional estaba marcado por la hegemonía del poder médico, lo cual produjo un déficit de profesionales y por consiguiente una disminución de la relación enfermera/paciente (14). Hacia el año 1980 se observa un mayor avance tecnológico y un gran interés por las

especializaciones médicas, sin embargo, continúa el número disminuido de enfermeras a nivel nacional y el régimen político de la época disminuyó notablemente la matrícula de algunas Escuelas de Enfermería del país (23).

En la siguiente década, en el año 1997, representando el sentir de la sociedad chilena, el legislador reconoció que el problema social que resuelven las enfermeras es la satisfacción de la necesidad de cuidados de salud de la población.

*“Este reconocimiento significa, por una parte, que el cuidado es la aportación específica de la enfermera a la atención de la salud y, por otra, que un ámbito determinado de la atención en salud ha sido reservado para las enfermeras, con el objeto de otorgar certeza jurídica respecto a su campo de acción, en orden a garantizar el derecho a la protección de la salud. Es así, como a través de la Ley Nº 19.536 se introdujo un nuevo inciso cuarto al artículo 113 del Código Sanitario, mediante el cual se definió el rol social de la enfermera: el legislador le asigna tres grandes funciones: la gestión del cuidado; el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente” (6).*

Durante el periodo de 2000-2005 se realiza una reforma de salud en Chile, la cual ha generado uno de los cambios más importantes en el sistema de salud nacional y, por ende, en la Enfermería, destacándose la promulgación de la Ley de autoridad sanitaria Nº 19.937 la que establece nuevas modalidades de gestión y participación ciudadana, la que trae consigo la creación e incorporación de las Subdirecciones de la Gestión del Cuidado como una modalidad de gestión en sí, la cual se debe encontrar a cargo de una/o enfermera/o, aspecto de gran importancia en la profesión, puesto que, brinda a la disciplina la responsabilidad legal de los cuidados y reafirma su rol social (24).

### 2.1.3 Reforma de Salud

Durante el periodo de 2000-2005 se realiza una reforma de Salud en Chile, la cual ha generado uno de los cambios más importantes en el sistema de salud nacional, estableciendo 5 leyes (24):

- Ley de Financiamiento, Ley N° 19.833.
- Ley de ISAPRES, Ley N° 18.933.
- Ley de derechos y deberes del paciente, Ley N° 20.584.
- Ley AUGE (acceso universal con garantías explícitas) Ley N° 19.966.
- Ley de autoridad sanitaria, Ley N° 19.937.

La Ley N° 19.937 conocida como "Ley de Autoridad Sanitaria", tuvo por finalidad *"...establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana"*. Entre las principales modificaciones generadas se encuentran (25):

- La creación de dos Subsecretarías: una de Redes Asistenciales encargada de la prestación de servicios de salud y otra de Salud Pública a cargo de la promoción, vigilancia, prevención y control de enfermedades.
  - La creación de la Superintendencia de Salud.
  - El funcionamiento de los organismos de salud en sistema de red. A nivel regional se redistribuyeron funciones, de manera que las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) asumían labores de Salud Pública y los Servicios de Salud se redefinían como "Gestores de Redes".
    - Y la creación de la figura de los "Establecimiento Autogestionados en Red" (EAR) (24).

Para que un establecimiento de salud logre adquirir la calidad de "Establecimientos Autogestionados en Red (EAR)", conocido como "hospitales

autogestionados", se requiere del reconocimiento por el correspondiente Servicio de Salud como establecimientos de mayor complejidad técnica, esto quiere decir, que poseen como mínimo una especialidad básica y diferentes subespecialidades y, además deben someterse a un proceso de evaluación de cumplimiento de requisitos con el fin de que el Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Hacienda construyan una resolución que les otorgue la calidad a la institución (24).

Las exigencias que estipula la Ley establecen como requisitos mínimos para optar a la calidad de EAR, están relacionados con *“la organización, gestión en redes, gestión de recursos humanos, gestión financiera, gestión de calidad e implementación de mecanismos de participación”* (24).

Para evaluar estos estándares mínimos, la ley 19.937 indica que los establecimientos de salud deben someterse a procesos de acreditación, cuya función es *“evaluar el cumplimiento de los estándares fijados, con el objeto de velar porque las prestaciones que se otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios”* (24,26).

Es aquí la implicancia del profesional de Enfermería: Ley de “Autoridad Sanitaria” establece como requisito mínimo para la creación y funciones de los EAR *“...que deberán estar referidos, al menos, al cumplimiento de metas y objetivos sanitarios, a gestión financiera, gestión de personal, Gestión del Cuidado e indicadores y estándares fijados en convenios y normas”* (25). Esto para Enfermería, en la práctica se tradujo en la generación de un cargo de alta responsabilidad directiva con la creación de las “Subdirecciones de Gestión del Cuidado” y modificaciones de las líneas de dependencia del personal de Enfermería directamente de esta subdirección y no de las jefaturas médicas como era anteriormente (27).

## 2.2 MARCO TEÓRICO

### 2.2.1 Concepto de Cuidado

En relación a la teoría la conceptualización de cuidado se puede llegar a comprender desde dos perspectivas: la histórica y la filosófica. La mirada histórica se relaciona con los cuidados que se otorgan al ser humano con el objetivo de mantener la vida y la sobrevivencia de este, se da en conjunto con la evolución humana determinada por el contexto histórico en que se desarrollaron los modos de producción, las relaciones de poder, las creencias religiosas, la cultura, la economía, los avances en la curación y tratamiento de las enfermedades, donde el cuidado fue realizado por mujeres y hombres, influenciado a través de modelos, teorías, culturas y valores del paradigma positivista, el cual es hegemónico y ha favorecido el individualismo, el reduccionismo y la especialización en el conocimiento (28).

Por otra parte, la perspectiva filosófica se refiere al cuidado humano como un valor, un bien que legitima el actuar, una forma de expresión, de relación con el otro y con el mundo (28). Como conciencia colectiva el cuidado se puede aplicar en distintos actos cotidianos y a diferentes sujetos o elementos de la vida: se puede cuidar de un hijo, una mascota o una casa, por ejemplo. De esto, M. Heidegger comenta que es inherente y hasta inconsciente para el ser humano la capacidad de cuidar de otros independiente del grado de afecto que pueda haber sobre este; es decir, un acto de amor que no se basa necesariamente en la importancia para mí del otro. En este contexto, es común asociarlo a la sencilla acción de preocuparse de alguien o algo, lo que resulta superficial, ya que considera diferentes áreas que forman su esencia (21). Desde un concepto filológico la palabra cuidado viene del latín antiguo *coera-cura*, y era utilizado como sinónimo de las relaciones de amistad y amor. Dentro de la cual, cuidado significaba preocuparse, desvelarse o inquietarse por las personas amadas (21).

M. Heidegger, propone que el cuidado no es un simple impulso (de querer, de vivir) o una vivencia; esto implica que, como acción propia, tenemos la capacidad de cuidar de otros, quizás inconscientemente e independiente de la magnitud o dimensión del lazo afectivo que a la persona nos une y que por lo tanto el cuidar a otros sería básicamente un acto de amor que se demuestra diariamente y que no surge únicamente cuando la existencia del otro se vuelve importante en nuestra propia existencia (21). Junto a esta definición, En 2004, Bustamante se refiere al concepto de cuidado *“como una voluntad y gesto de dar de sí para los otros, más allá de las cosas o de las acciones (sic)”* (29).

En este contexto, en el artículo *“Reflexiones sobre Enfermería desde la biopolítica: relaciones de poder y cuidado”* se refiere al Cuidado definido por Florence Nightingale como *“un servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones a fin de que la naturaleza pueda restablecer o recuperar (sic)”* (30), entregando así las bases conceptuales del cuidado de Enfermería.

En base a lo anterior y acompañado de la evolución del concepto de cuidado de Enfermería, nacen diversos exponentes que expresan diferentes concepciones del cuidado, con el objetivo de fundamentar el ser, el hacer y el deber ser de la Enfermería, aspectos que permiten resignificar la práctica enfermera con una visión humanística (28). Una de las primeras exponentes es Marrie Françoise Collière, quien expresa que el cuidado es un acto de vida, reciprocidad y autonomía para preservar la dignidad humana. Por otra parte, para Martinsen, cuidado es la preocupación por la ética del cuidado, manifestación de vida y libertad en todos los seres humanos. A esta construcción del concepto de cuidado, se suma la definición de Waldow, la cual expone que el cuidado es una forma de ser, de expresarse, de relacionarse consigo mismo, con otro ser, y con el mundo, lo que se relaciona con lo descrito por M. Leininger, donde refiere que el cuidado es holístico, construido con valores, creencias y modos de vida para el bienestar (28).

Si bien el conjunto de definiciones anteriores intenta explicar de manera

integral lo que es el cuidado, a lo largo de estos años este concepto sigue transformándose sin perder su esencia.

La presente investigación se guiará por una de las teoristas de Enfermería más recientes, Jean Watson, quien define el cuidado como: *“Arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía, cuerpo- mente-espíritu, utilizando 10 factores de cuidado (sic)”*. Estas definiciones, desde Nightingale hasta Watson, dejan en evidencia que el pensamiento del concepto de cuidado ha evolucionado y se ha esforzado por ampliar, independizarse y adaptarse a los contextos (30).

### **2.2.2 Gestión del Cuidado**

El concepto de gestión nace en la rama gerencial y fue acuñado en la década de los sesenta por la disciplina de Enfermería. En este periodo, el término utilizado era administración, la cual se refiere al hecho de organizar, dirigir y controlar los recursos organizacionales para lograr determinados objetivos con eficacia y eficiencia. En la década de los ochenta, nacen nuevos modelos y tendencias de mercado que permearon todos los saberes, por lo cual en la disciplina enfermera el concepto de administración fue desplazado por el término gestión, el que incluye la toma de decisiones sobre aspectos económicos, financieros y/o políticos (31,32).

La gestión no considera meramente el ámbito gerencial, sino que además permite adherir el concepto al área de la salud, dando la posibilidad de organizar los recursos existentes con una mayor eficiencia. Es por esto que la gestión torna gran relevancia puesto que demuestra ser la mejor forma de organizar los recursos existentes con la finalidad de otorgar un cuidado humano, lo cual debe ser a través de múltiples conocimientos (32).

La Enfermería ha tomado *“aspectos epistemológicos, éticos, teóricos y sociales, para la mantención del cuidado como foco de estudio, para llevarlo a cabo el profesional ha utilizado herramientas propias de la gerencia con el fin de*

*proveer, organizar y dirigir el cuidado con calidad y seguridad” (32).*

La disciplina de Enfermería entiende la Gestión del Cuidado como un proceso de constante búsqueda, en pro de la movilización de los recursos, sea humanos como del entorno, con la finalidad de mantener y favorecer el cuidado de las personas. Por ende, tiene como objetivo en el quehacer de Enfermería llevar a cabo un proceso complejo que satisfaga las necesidades de los usuarios, considerando características propias de un gestor de cuidados, como lo es el respeto, empatía, liderazgo, ética y responsabilidad. Es relevante mencionar que una buena Gestión del Cuidado implica una acción en conjunto con las personas que requieran del cuidado con el objetivo de maximizar la calidad y satisfacer las necesidades de manera eficaz (32).

La Gestión del Cuidado es un *“proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación”*, que tiene como objetivo adaptar la atención de las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y de la comunidad (33).

En el contexto latinoamericano, países como Colombia, Argentina, México, entre otros, han trabajado arduamente en marcos legales para la profesión de Enfermería, de cierta forma los países de la región han podido emprender en reformas en sus sistemas de salud durante estas últimas décadas e incorporar nuevas herramientas y modelos de gestión, los cuales se han plasmado en los diferentes *“códigos, decretos, resoluciones y leyes, dentro de los que se enmarcan los servicios de Enfermería, el cuidado y la Gestión del Cuidado, que varían según el país”* (32). Debido a los trabajos, especialmente gremiales, es que la Enfermería en América Latina se ha podido incorporar en las reformas al establecer marcos regulatorios, claros y explícitos en donde se le otorga una mayor autonomía y desarrollo en su ámbito de desempeño, sin embargo, no todos los profesionales han incorporado la Gestión del Cuidado como uno de los pilares en el quehacer enfermero (32).

Según la Comisión de legislación en Enfermería, la Gestión del Cuidado se define como *“la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización,*

*motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución (sic)".* A su vez en Chile, la Ley N° 19.536 establece la Gestión del Cuidado como el campo del rol profesional enfermero incluyendo cuidados de Enfermería como tales y administración efectiva de recursos humanos y materiales (6).

Por lo mencionado anteriormente, el profesional encargado de la Gestión del Cuidado es la/el enfermera/o, que debe considerar los valores, actitudes y conocimientos propios y específicos de la disciplina. De esta forma podrá liderar al equipo, con el fin de motivar la mejora continua del cuidado.

A pesar del desarrollo legislativo, en la práctica, la Gestión del Cuidado no se ha ejercido de manera eficiente, debido a dificultades interpretativas y una confusa difusión social del término, lo que impide una correcta delimitación profesional (32).

Para propósito de este estudio, los investigadores se acuñan el concepto de Gestión del Cuidado definido como *“un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con intención de mantener y favorecer el cuidado, de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud (sic)”* (32).

### **2.2.3 Representaciones Sociales**

Para Berger P. y Luckmann T. en 1995, la construcción social de la realidad hace referencia a considerar los procesos subjetivos como realidad objetiva. Es decir, las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada, por lo tanto, aparece ante ella como objetiva y como algo que se les impone. Por lo cual, el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, en la identidad social y en la forma en que perciben la realidad social (34). Este concepto da pie hacia el desarrollo

de los cimientos de las Representaciones Sociales provenientes del sociólogo, pedagogo y antropólogo Émile Durkheim, quien describe y define la Representación Colectiva como formas de conocimiento o ideación construida socialmente y que no pueden explicarse como un fenómeno secundario a la vida o psicología individuales (35, 36).

Siguiendo en la línea de tiempo, tenemos los trabajos realizados en 1918 por William Thomas y Florian Znaniecki, en donde se propone una idea más social de las actitudes, considerándose procesos mentales que otorgan significado a las respuestas de los individuos hacia fenómenos de carácter social como lo son los valores (37). Esta misma idea se replica en los trabajos de Jahoda, Lazarsfeld y Zeisel en 1933, con sus estudios desarrollados con desempleados de la comunidad austriaca.

Ambas investigaciones comparten en común el tratar de explicar el comportamiento por creencias de origen social que son compartidas por los grupos, estableciendo relaciones de interacción e interdependencia entre la estructura social, cultural y los aspectos mentales. Así, mediante el concepto de actitud se logra captar la expresión subjetiva de los cambios sociales (37).

Finalmente, se presenta Serge Moscovici, quien, en 1961, en su trayectoria de trabajo teórico, esboza las primeras definiciones de Representaciones Sociales. Estas se ven reflejadas en la obra “El psicoanálisis, su imagen y su público”, en la que estudió la manera en que la sociedad francesa veía el Psicoanálisis, a través del análisis de la prensa y entrevistas a diferentes grupos sociales (38,39). En este da a conocer cómo los individuos construyen y son construidos por la realidad social, es decir, estos se construyen de manera colectiva, es lo que se dice y hacen los individuos; lo que la colectividad construye y alienta (38,39).

Según Moscovici S., el concepto de Representación Social difiere del de Representación Colectiva de Durkheim E., en que el primero tiene un carácter más dinámico (39). En opinión de este psicólogo social (S. Moscovici), las Representaciones Sociales no son sólo productos mentales, sino que “son

*construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales (sic)” (37,39).* Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad, siendo determinadas por las personas a través de sus interacciones con la sociedad (37). En resumen, las representaciones colectivas son mecanismos explicativos que se refieren a una clase general de ideas y creencias, mientras que las Representaciones Sociales son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados (37).

En la misma línea de pensamiento sigue Farr R. quien ofrece su propia versión de las Representaciones Sociales, aportando una definición muy representativa para esta investigación, el cual señala que desde una perspectiva esquemática estas representaciones surgen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando existe el eco de los acontecimientos seleccionados como significativos o digno de interés por quienes tienen el control de los medios de comunicación. Agrega además que *“las Representaciones Sociales tienen una doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible”*, ya que lo insólito o desconocido son amenazantes cuando no se tiene una categoría para clasificarlos (3).

*“Son sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material, social y dominarlo; segundo posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (sic)” (3).*

Otro gran referente y pilar fundamental de esta investigación es Denisse Jodelet, estudiosa interesada en las Representaciones Sociales que, en 1986, las define como *“modalidades de pensamiento práctico, ideas, saberes, y conocimiento que ayudan a la comprensión, interpretación y actuación de las realidades sociales (sic)” (3).* Es por esto que la Representación Social lo será de algo o de alguien. Por lo tanto, hay una interpretación por parte del sujeto

inserto en un contexto determinado que constituye una simbolización del objeto representado. Por ello, las Representaciones Sociales no son acerca de un universo social, sino sobre algo particular como lo son un sujeto, objeto, ideas o acontecimientos de una sociedad, en este caso la Gestión del Cuidado. Por ejemplo, si se cree tener una idea sobre una sociedad, en realidad la hay sobre los dirigentes, sistemas políticos, sistema económico, sistema de salud, sus ciudades, entre otros (3).

Las Representaciones Sociales son un medio para interpretar la realidad y determinar el comportamiento de los miembros de un grupo en particular hacia su entorno social y físico con el objeto representado, siendo así una reconstrucción individual y social de lo externo, hacen que el mundo sea lo que pensamos que es, interpretándose de manera particular, y en contexto determinado, para lograr hacer familiar lo insólito (3).

En base a lo anterior, las dimensiones consideradas para la construcción de las Representaciones Sociales según Moscovici S. son: Actitudes, experiencias Campo Representacional, Creencias y opiniones, a esto se le agrega la dimensión definida por D. Jodelet: Prácticas. Bajo estas dimensiones se enmarcará esta investigación (38, 3).

#### **2.2.4 Representaciones Sociales de la Gestión del Cuidado**

Tanto a nivel nacional como internacional, existe escasa literatura acerca Representaciones Sociales de la Gestión del Cuidado. Debido a esto es que se exponen diferentes estudios tanto de Representaciones Sociales de la/el enfermera/o, como de la Gestión del Cuidado, de los cuáles se extraen evidencias y bases conceptuales para la comprensión de aspectos relevantes de esta temática.

En un estudio realizado en la Universidad Federal Fluminense sobre las Representaciones Sociales de Enfermería desarrollada por profesionales de salud no enfermeros, da a conocer diferentes concepciones sobre el profesional

de Enfermería. Entre ellas las más relevantes fueron la representación de la imagen de Enfermería a través del color blanco, donde se vincula al color tradicional usado por profesionales, símbolo de su higiene física, objetos de la asepsia y el hospital en su pureza ante el sufrimiento y la muerte; al mismo tiempo, se asocia a la inyección, la cual forma una pequeña parte de la labor profesional, pero se entiende como la imagen más difundida por los medios de comunicación a lo largo de la historia. En menos frecuencia se identifica la administración de medicamentos, la cual forma parte importante del locus del trabajo de Enfermería siendo uno de sus procedimientos más comunes. Por consiguiente, se logró identificar las actitudes características de Enfermería como el respeto, la dedicación, la responsabilidad y ayuda. Además, dentro de las opiniones frente a la profesión, destaca el reconocer su labor como importante dentro del trabajo en equipo (40). Al igual que en un estudio realizado en Barcelona desde el punto de vista del propio profesional, donde se destaca que la opinión pública tiene una imagen positiva de esta. Pero es escasamente valorada por los propios usuarios (9).

En relación a lo anterior, se presenta otro estudio acerca de la Representación Social de Enfermería, el cual refleja a través del dibujo infantil, que es evidente que a pesar del avance de la profesionalización de Enfermería se sigue observando en las imágenes los estereotipos asociados al género femenino como en el siglo pasado (41).

Las representaciones a través del dibujo son predominantemente tecnocientífico; aun cuando en variadas imágenes se logró observar el abrazo, relación de empatía y acercamiento. Entre las representaciones se logró observar las prácticas preventivas de la profesión como lo son la vacunación y los procedimientos rutinarios, como la medición de signos vitales, existiendo poca percepción de sus conocimientos científicos. De esta manera, se sigue teniendo la percepción que el profesional, es el ayudante, asistente, auxiliar, colaborador o “la mano derecha de los médicos”. En lo que respecta a sus cualidades del personal de Enfermería los niños las narran cómo: amables,

serviciales, humanitarias, de buen corazón, espíritu de servicio, responsabilidad, ayudar, cuidar y educar a personas. Asimismo, la describe con habilidades sociales como saber escuchar y tratar a las personas. Los espacios físicos donde se visualiza la labor del profesional de Enfermería son principalmente en instituciones de salud, como hospitales públicos y privados, centros de salud, Cruz Roja, Cruz Verde y otros servicios públicos (41).

En la universidad Autónoma de Madrid, en el estudio de final de grado “La imagen social de la enfermera”, se da a conocer actitudes como (respeto, admiración, satisfacción a la hora de proveer los cuidados, confianza para seguir las instrucciones o recomendaciones que le suministra el enfermero). Dentro del campo representacional se encuentran, una profesión bajo de la profesión médica, pero reconocida como una disciplina indispensable e importante para el cuidado (9). Además, se da a conocer que la imagen que proyecta los medios de la profesión es escasa y errónea. Siendo poco realista, estando impregnada de estereotipos de épocas anteriores. Esta imagen ha sido representada en múltiples escenarios y perfiles: bruja, heroína, santa, prostituta, subordinada al médico; teniendo en común, la falta de protagonismo y autonomía (9).

En el estudio “Representaciones Sociales del cuidado de Enfermería desde un enfoque humanístico; Hospital Estatal Cerro de Pasco; Perú”, en 2006, señala dentro de sus resultados obtenidos la identificación del ser enfermero como un ser social, una persona con *“Vocación y voluntad de servicio a la humanidad desarrollando cualidades altruistas”, y “...dedicada y humilde que sabe escuchar y cuida según necesidades básicas del paciente”, y la profesión de Enfermería como “Interactuar en el entorno profesional de la salud, brindando cuidados inmediatos y de calidad durante su enfermedad, al paciente, familia y comunidad”* (42).

A su vez otro estudio de *“Las Representaciones Sociales como marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermero”,* en 2017, señala dentro de sus conclusiones la importancia de adquirir una mayor sensibilidad hacia la identificación de las Representaciones Sociales que rodean

el contexto de los sujetos de cuidado, por parte del profesional de Enfermería, para llegar así a la construcción de:

*“...discursos que contengan información que pueda aclarar con mayor facilidad las Representaciones Sociales que los sujetos y grupos históricamente han construido, que no violenten sus creencias/valores y que en consecuencia tengan mayores posibilidades de ser adoptados en sus prácticas cotidianas”* (43).

Por otra parte, un estudio realizado en un hospital de la región Metropolitana en Chile destaca escasa formación hacia los profesionales en torno al área de Gestión del Cuidado, como consecuencia teniendo un acceso limitado a este tipo de información. Para postular a cargos derivados de este ámbito no se requiere como competencia mínima (gestión), y, profesionales enfermeros presentan preferencia por otras áreas de desempeño (44).

Respecto a “Valoración de la unidad de Gestión del Cuidado en su institución” se muestra una actitud positiva complementada a un mayor empoderamiento del rol de Enfermería y su identificación con la unidad, lo que se evidencia con una lucha continua hacia la autonomía de la profesión (44).

En cuanto al significado de la Gestión del Cuidado y su área de desempeño, los informantes la reconocen de manera uniforme con el proceso administrativo (organización, planificación, control y evaluación). Además, en relación a actitudes y creencias existe una discrepancia en el uso de herramientas teóricas para la práctica de la Gestión del Cuidado (44).

### **2.2.5 Conceptualización de las Representaciones Sociales**

Luego de la revisión bibliográfica de las principales teorías existentes de las Representaciones Sociales, destacando a Serge Moscovici y Denise Jodelet, esta investigación se enmarcará bajo los siguientes conceptos para la construcción de las Representaciones Sociales que le otorgan los profesionales de Enfermería a la Gestión del Cuidado: Creencias y Opiniones, Experiencias,

Prácticas, Actitudes, Campo Representacional. Las cuales guiarán la posterior recolección de datos y su análisis.

- **Creencias y Opiniones**

El concepto de Representación Social no es un conjunto desordenado de conocimientos, sino una integración cognitiva de diferentes nociones que dan forma a su conocimiento común, estructural y funcional. Al igual que la actitud, imagen y estereotipos, las creencias y opiniones forman parte de esta concepción (34).

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE), la opinión se entiende como juicio o valoración que se forma una persona respecto de algo o de alguien (45). Por su parte, la misma institución define la creencia como un firme asentimiento y conformidad con algo (46).

María Auxiliadora Banchs, basada en Moscovici S., define a la opinión como una forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social, el cual, a su vez, es compartido por un grupo. En otras palabras, es una opinión o creencia que tienen del mundo. Estas últimas tienden a elaborarse mental y socialmente, lo que provoca que las representaciones sean un universo de opiniones (47).

- **Experiencias**

Representación Social según Denise Jodelet en 1986, se entiende como *“una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social”* (3) Saber, que se forma a través de nuestras experiencias o sentido común, como también es descrito.

De esta misma manera, las representaciones dan la posibilidad a los/as enfermeros/as de comunicarse con pares, ya que tienen en común las experiencias y saberes tradicionales con que se relacionan en su interacción con otros y con el entorno, lo que les facilita la construcción de un sistema de

información que les permitirá compartir las realidades vividas con los grupos, así como también *“nombrar y clasificar los diversos aspectos de su práctica, generando conocimientos que dotarán dicha práctica de sentido”* (48).

La Real Academia Española, propone cuatro definiciones de experiencia. Para el propósito de esta investigación es que se considerarán tres de ellas, las cuales son (49):

- *“Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo.”*
- *“Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas.”*
- *“Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo.”*

- **Prácticas**

Denise Jodelet en 1986, define las Representaciones Sociales como *“modalidades de pensamiento práctico, ideas, saberes, y conocimiento que ayudan a la comprensión, interpretación y actuación de las realidades sociales”* (50), siguiendo con esta línea de pensamiento Moscovici S. en 1988, presenta su propia definición, quien señala a las Representaciones Sociales como *“sistema de valores, ideas y prácticas”* (48).

En relación con lo anterior, las prácticas son un elemento relevante para la interpretación de las Representaciones Sociales, de forma que hace necesario su identificación en el quehacer del profesional enfermero en el ámbito de la Gestión del Cuidado para lograr la identificación de las Representaciones Sociales en esta área.

Práctica es aquella acción que se desarrolla con la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos (50), en este caso, el conocimiento práctico de la disciplina es lo que permite la adopción de prácticas específicas, que van orientadas a satisfacción de las necesidades de las personas. Estas están

compuestas por una serie de actividades que se vinculan y llevan a la práctica, a su vez, involucra a *“elementos corporales o actividades del cuerpo, actividades mentales (involucrando al sentido, emociones, motivaciones, saberes prácticos y significados) y un conjunto de objetos y materialidades que participan de la ejecución de la práctica”* (50). De esta forma, Reckwitz A. en el 2002, entrega una definición que ha sido ampliamente utilizada en el ámbito de las prácticas sociales, el cual menciona que son:

*“...una forma rutinizada de conducta que está compuesta por distintos elementos interconectados: actividades del cuerpo, actividades mentales, objetos y uso, y otras formas de conocimiento que están en la base tales como significados, saberes prácticos, emociones y motivaciones (...) la práctica forma una unidad cuya existencia depende de la interconexión específica entre estos distintos elementos”* (50).

- **Actitudes**

La actitud es parte de las dimensiones de una Representación Social, habla de esta como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación, definiéndolo como la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la Representación Social. Y a partir de ello aclara que a consecuencia de esta definición es razonable concluir que la representación es a partir de haber tomado una posición y en función de esa posición (positiva o negativa) (51).

Dentro de la literatura conjunto a la definición entregada por Moscovici S. se agregan diversas definiciones como la de Banchs M. en 1984 el cual plasma la actitud como *“la orientación global positiva o negativa de una representación”* (34).

Por otra parte, tenemos la definición entregada por Eiser en 1988, como *“una predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social”*. Esto quiere decir que la actitud consistiría en la disposición voluntaria que

posee una persona frente al objeto, en este caso la/el enfermera/o frente a la Gestión del Cuidado. A diferencia de las diversas emociones que puede experimentar el ser humano y que no pueden ser una elección de este, la actitud engloba *“aquellos fenómenos psíquicos sobre los que el hombre tiene uso de libertad y que le sirven para afrontar los distintos desafíos que se le presentan de un modo u otro”* (51).

Siguiendo la línea de pensamiento de la teoría del psicólogo Moscovici S., en otros estudios se habla de la actitud de el/la enfermero/a frente a diversos objetos como el cuidado en paciente crítico, o frente al cuidado en paciente drogodependientes y se destaca la actitud como sistemas de valores, ideas y prácticas que les dan capacidad a las/os enfermeras/os en el cuidado a colectivos para relacionarse con el mundo material y con el contexto social, permitiéndoles su dominio (48).

Dentro del Estudio “La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de Enfermería en el cuidado de la salud”, plasma la temática de las representaciones como una herramienta que posibilita a los/as enfermeros/as la comunicación entre pares, debido a que logran identificar el sentido común adquirido de las experiencias y los saberes tradicionales con que se relacionan en su interacción con los otros y con el entorno, lo que en consecuencia les ayuda a constituir un corpus que les permitirá compartir las experiencias con los grupos, así como también nombrar y clasificar los diversos aspectos de su práctica, logrando así la síntesis de conocimientos que dotarán dicha práctica de sentido (48).

La actitud a su vez posee diversos componentes que deben tenerse en cuenta en la práctica de Enfermería; el primero de ellos es el cognoscitivo, en el cual se encuentran las creencias, valores y estereotipos acerca del objeto; el segundo es el afecto, en el que se entrecruzan los sentimientos y emociones que acompañan con mayor o menor incidencia la actitud, y por último, el tendencial, donde se halla reflejada *“la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto; es el componente más directamente relacionado con la*

*conducta*" (48).

Así también se destaca el proceso de formación de las actitudes de el/la enfermero/a, el cual está compuesto por tres elementos fundamentales (48):

- La información que se recibe.
- El grupo de enfermeras/os con las/os que se identifica: Son aquellas que aportan a la formación de actitudes.
- Las necesidades personales de cada Enfermera: Considera tanto las gratificaciones como el gusto por su labor.

Por lo tanto, según Munné F., actitud se forma en el proceso de satisfacción de las necesidades, dependiendo de su satisfacción o no. Esto nos da una base para lograr identificar y analizar las actitudes de las profesionales de Enfermería frente a la Gestión del Cuidado (48).

En síntesis y para fines de la investigación la actitud se va a definir como la posición que va a asumir el profesional de Enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del Cuidado fundamentada por unas las áreas cognitivas (creencias, valores, etcétera), afectiva y tendencial también llamada conductual, lo que se expresa en una práctica autónoma en la que se implementan procesos particulares en determinados contextos. Por lo tanto, las actitudes como tal son un pilar fundamental de las representaciones y son expresadas diariamente por las/os enfermeras/os durante la práctica.

- **Campo Representacional**

El Campo Representacional se forma en relación al núcleo o esquema figurativo, lo estructura la parte más estable y sólida de la representación, compuesta por cogniciones que entregan significado al resto de los elementos. En este núcleo figurativo se encuentran el contenido de mayor significación para los sujetos, que expresan de forma vívida al objeto representado (52).

Según Jean Claude Abric, una representación está organizada en un sistema central y otro periférico. Planteando la hipótesis que los individuos o grupos reaccionan no a las características objetivas de la situación, sino a la representación que de ellas tienen (52).

El sistema central estructura contenidos de la memoria colectiva y su sistema de normas, los cuales entregan estabilidad y permanencia, siendo resistente al cambio, garantizando la continuidad. Tiene una función generadora donde se crea o se transforma y se da significado a otros elementos de la representación. Al igual que la función consensual donde se logra reflejar la homogeneidad del grupo. También es el elemento unificador, ya que determina la naturaleza de lazos que unen los elementos. Finalmente está directamente vinculado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas, teniendo cierto grado de independencia del contexto social actual (53).

En el sistema periférico se encuentran las experiencias individuales de cada sujeto, lo cual permite dar a conocer diversas representaciones dentro de un grupo en específico. Este sistema entrega mayor dinamismo, flexibilidad e individualización. Lo que logra asegurar la función de regulación y adaptación del sistema central a los desajustes y características de la situación actual que enfrenta el grupo, siendo por tanto más sensible a las características del contexto inmediato. Este sistema logra absorber las informaciones o eventos nuevos, susceptibles de cuestionar el núcleo central. Su flexibilidad y elasticidad permite integrar a la representación variaciones vinculadas a la historia personal del sujeto, logrando representaciones más individualizadas, organizadas alrededor de un núcleo central común al resto de los miembros del grupo (53).

### **CAPÍTULO III**

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### 3. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación de corriente cualitativa, la cual es mayormente utilizada para entender y conocer las realidades que configuran los procesos sociales, los que a su vez se entienden como los cambios consistentes que ocurren dentro de una sociedad a lo largo del tiempo. En este caso, a través de un proceso dinámico, se interpretó las Representaciones Sociales que le otorgan al constructo Gestión del Cuidado las/los enfermeras/os desde su propia realidad clínica, comprendiendo y profundizando en la información entregada por cada persona entrevistada y entendiendo este proceso como un “todo” (54, 55).

El diseño de la siguiente investigación es de tipo cualitativo exploratorio, el cual tiene como objetivo examinar un problema de investigación poco estudiado. Un estudio exploratorio es una investigación a pequeña escala que permite evidenciar los diferentes aspectos que componen el proceso investigativo. Otros teóricos se refieren a este tipo de diseño como el principal recurso de las líneas de investigación, entregando una visión general y aproximada respecto a una determinada realidad. Este tipo de investigación es utilizada cuando el tema a investigar es poco explorado y reconocido (56,57).

Frente a esta descripción, las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado, se considera una temática con escasa bibliografía, existiendo en la literatura vagas ideas relacionadas a esta temática. En este contexto, se vuelve necesario que se profundice sobre el tema en búsqueda de nuevas perspectivas.

Para lograr lo descrito con anterioridad, es que se utilizó este tipo de diseño, puesto que se pretende preparar el campo para otras investigaciones, formando los cimientos de una nueva temática dentro de la literatura disciplinar.

Una de las características que distinguen a las investigaciones de tipo exploratorias es su carácter flexible y amplia metodología en comparación a

otras (58). Uno de los objetivos de esta investigación fue analizar la experiencia originaria del individuo, lo que se entiende como la búsqueda del conocimiento de los significados que estos dan a su experiencia, y así lograr aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define a su mundo y actúa en consecuencia (56).

El diseño utilizado fue de tipo cualitativo no experimental en el cual las situaciones no son provocadas por el investigador, sino que se observan situaciones o fenómenos existentes en su ambiente natural para luego ser analizados (57). En esta investigación no existió manipulación de las variables, donde para poder estudiar las Representaciones Sociales que la/el enfermera/o le otorgan al constructo Gestión del Cuidado fue necesario que los participantes se presentaran al investigador con sus características intactas y en su contexto natural con el fin de realizar un análisis detallado y veraz. A su vez el estudio fue de tipo transversal, puesto que, se buscó describir y analizar cuál era el estado actual del fenómeno a estudiar (Gestión del Cuidado).

### 3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para poder obtener la muestra, se establece primeramente una comprensión teórica y empírica del sujeto y del tema de estudio a fin de abordar la calidad del fenómeno (constructo Gestión del Cuidado), desatendiendo la generalización cuantificable y extensiva, por lo que cuanto más se enfoque la selección de la muestra, mejor será la información que se obtenga (56,57).

De esta forma, la decisión muestral se orientó a seleccionar a participantes que hayan tenido alguna experiencia sobre el tema a investigar, a fin de perseguir la comprensión del fenómeno. Para ello, en un comienzo se planifica un muestreo teórico, el cual consiste en iniciar una selección de participantes mediante voluntarios y posteriormente por avalancha, sin embargo, a la llegada al campo y por requerimientos de este, se realiza un muestreo por conveniencia, el cual consiste en obtener la muestra a través de voluntarios que se presentan por sí mismos (59).

Considerando esta la unidad de muestreo/análisis, se logra obtener un total de doce informantes (enfermeras/os) que participan en el estudio, número en el cual se logra saturar el fenómeno (57). Todas las participantes se desempeñan en la unidad de mediana complejidad quirúrgica del Hospital Carlos Van Buren.

### 3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión corresponden a las características o requisitos que deben cumplir los posibles participantes para poder ser parte de una investigación o estudio, en la investigación cualitativa, estos se deben basar en la proximidad previa, con el fin de asegurar el intercambio comunicacional no estructurado y deseado (57). En este caso, para la siguiente investigación los participantes debían cumplir con los siguientes criterios: ser enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñaran activamente en la Unidad de Mediana Complejidad Quirúrgica del hospital Carlos Van Buren, quienes voluntariamente accedieron a participar de la investigación.

### 3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión corresponden a aquellos factores que significan la no- inclusión de un participante en la recolección de datos, con el fin de lograr un conjunto de informantes homogéneos y así conseguir información pertinente para investigación.

Para la siguiente investigación se excluyó a todo profesional clínico y supervisor/a que no se desempeñara en la unidad de mediana complejidad quirúrgica, que se encontrara realizando un reemplazo o cursando una licencia médica, además de aquellos/as que no tuvieran voluntad de participar en este estudio.

### 3.5 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de investigación, se optó por realizar la entrevista cualitativa semiestructurada, la cual se basa en una guía de asuntos o preguntas donde el entrevistador tiene la libertad de introducir interrogantes adicionales para precisar conceptos difusos u obtener mayor información. Esta técnica de recolección de datos es bastante ventajosa para los estudios en fases de exploración.

Según Díaz- Bravo *“La entrevista en la investigación cualitativa, independientemente del modelo que se decida emplear, se caracteriza por los siguientes elementos: tiene como propósito obtener información en relación con un tema determinado; se busca que la información recabada sea lo más precisa posible; se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión; el entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado”* (60).

Esta entrevista giró en torno a cinco tópicos apriorísticos: Creencias y Opiniones, Prácticas, Experiencias, Actitudes y Campo Representacional, descritos a continuación:

<b>Guión temático de entrevista semi - estructurada</b>	
<b>Creencias y Opiniones</b>	<p>Considerando que Creencias y Opiniones se entienden como <i>“La forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”</i>, se realizaron las siguientes preguntas: <b>¿Qué es para usted la Gestión del Cuidado?, ¿Qué opina acerca de la implementación de ella en su quehacer diario?</b>, con el fin de dar respuesta al objetivo específico N°1: <i>“Analizar las creencias y opiniones que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso”</i>.</p>
<b>Actitudes</b>	<p>Considerando que Actitudes se definen como <i>“La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”</i>. Se realizaron las siguientes preguntas: <b>¿Qué aspectos positivos destaca de la Gestión del Cuidado? ¿Qué mejoraría usted en torno a la Gestión del Cuidado? ¿Por qué?, ¿Qué actitudes visualiza usted que tienen la/el enfermera/o en torno a la Gestión del Cuidado?</b>, con el fin de dar respuesta al objetivo específico N°2: <i>“Identificar las actitudes que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de</i></p>

	<p>mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso”.</p>
<p><b>Prácticas</b></p>	<p>Considerando que “<i>Práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos</i>”, se realizó la pregunta,</p> <p><b>¿Qué practicas cree usted que reflejan la Gestión del Cuidado?</b>, con la finalidad de dar respuesta al objetivo N°3: “Analizar las prácticas en donde reflejen las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso”.</p>
<p><b>Experiencias</b></p>	<p>Considerando que Experiencias se entiende como “<i>Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas</i>”, se realizó la pregunta <b>¿Qué experiencia/s cree usted que han sido significativas para la construcción del concepto Gestión del Cuidado?</b>, con el fin de dar respuesta al objetivo específico N°4: “Analizar las experiencias que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso”.</p>

<p><b>Campo Representacional</b></p>	<p>Considerando que Campo Representacional se entiende como <i>“El núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”</i>, se realizó la pregunta, <b>Cuando hablamos de Gestión del Cuidado, ¿Cuál es la imagen que proyecta este concepto para usted?</b>, con el fin de dar respuesta al objetivo específico N°5 “Identificar Campos Representacionales que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso”.</p>
--------------------------------------	---

### 3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La investigación fue iniciada contactando en primera instancia a la enfermera subdirectora de Gestión del Cuidado del Hospital Carlos Van Buren y posteriormente a la enfermera supervisora del servicio clínico donde se realizó la investigación. A ambas se le informó acerca de los criterios de inclusión requeridos en el estudio con el fin de realizar el primer contacto con los/as enfermeros/as informantes de la unidad mediana complejidad quirúrgica, donde finalmente se abarcó la totalidad de la población, la cual correspondió a doce enfermeras/os.

Para poder aplicar el instrumento, luego de haber obtenido las autorizaciones correspondientes, se contactó personalmente a las/os enfermeras/os de la unidad de mediana complejidad quirúrgica para invitarlos/as a participar de manera voluntaria en la investigación. El objetivo fue reunir al menos ocho profesionales de Enfermería para realizar la entrevista propuesta, considerando el principio de saturación de la información en donde se llega a un punto en donde las entrevistas ya no aportarán nueva información a las categorías establecidas previamente, considerando un número de entrevista a priori, ya que a partir de esta cantidad comienza la saturación de la información en entrevistas cualitativas semi- estructuradas (61, 62).

Previo a las entrevistas, se realiza prueba piloto la cual se aplica a una enfermera de la unidad donde se realizó la investigación, de la aplicación de esta se desprende: en relación con el primer contacto con la informante, no se evidencian rechazos a la participación al realizar la entrevista, la cual tuvo una duración de 20 a 30 minutos. En este sentido, se observó un discreto grado de ansiedad y dificultad en la comprensión y realización de ciertas preguntas, puesto que, la entrevistada refiere no entender bien lo que se quería obtener con la pregunta. Para mejorar este aspecto, es que se realizan las siguientes modificaciones:

- 1) Se incorpora una breve introducción explicando la dinámica de la entrevista y el objeto en estudio, para lograr establecer un contexto.
- 2) Al momento de realizar cada pregunta se explicita la definición de cada uno de los conceptos claves que estaban incorporado en las preguntas.
- 3) Se modifica aspectos en el tono y volumen de la voz colocando mayor énfasis y matiz al momento de emplear la pregunta con la finalidad de mejorar la comprensión y atención por parte de la entrevistada.
- 4) Se da la opción de repetir las preguntas que no se logran comprender, debido a que algunas fueron más extensas.

En cuanto al horario, este se estableció con previo acuerdo con la enfermera supervisora y enfermeras/os entrevistadas/os, efectuado la actividad sin mayores inconvenientes en jornada PM. En cuanto al ambiente físico, la oficina destinada para realizar la entrevista contaba con todos los componentes para permitir la expansión del discurso, lo que permitió posteriormente una adecuada interacción entre investigador e informante.

Luego de la aplicación de la prueba piloto, se lleva a cabo la recolección de la información, la cual se realizó a través de entrevistas individuales semiestructuradas, estas fueron realizadas en la sala de estar de las/os enfermeras/os de servicio, el cual era un lugar de fácil acceso, con presencia de algunos elementos distractores como televisor (el cual se solicitó silenciar en el momento de la entrevista), ruidos exteriores y frecuentes interrupciones por parte de personal. La individualidad de la entrevista permitió un adecuado manejo del ambiente, lo que favoreció que el entrevistado pudiera expresar libremente sus opiniones, facilitando la proximidad entre el entrevistador/a y el/la entrevistado/a ubicándose frente a frente en una mesa libre de objetos que provoquen distracción, otorgando un ambiente de cercanía y favoreciendo el desarrollo de la entrevista.

Se llevaron a cabo cinco visitas al recinto; la primera de estas correspondió a la visita de aproximación del campo, realizada el día 09 de agosto

del año 2019 a las 12.00 horas, en la cual se coordinó el horario de las siguientes visitas con la enfermera supervisora de servicio con el propósito de recolección de la información. Posteriormente el día 16 de agosto del año 2019, se acudió al campo a las 12.00 horas para la realización de las primeras seis entrevistas. El día 23 de agosto del año 2019 a las 12.00 horas realizar las siguientes tres. En la semana siguiente, específicamente el día 29/08/19 a las 15:00 horas se llevó a cabo una de las restantes, para, finalmente, al día siguiente (30/08/19) a las 12:00 horas concretar las últimas dos. Es importante mencionar que a cada visita asistieron dos miembros del grupo, los cuales definían sus labores como entrevistador/a y encargado/a del cuaderno de campo, respectivamente.

La duración de cada entrevista varió entre los 10 y 30 minutos, a fin de que el cansancio de los participantes y las condiciones incómodas no interfirieran en los objetivos del diálogo (63,64).

Al inicio de cada entrevista se explicó la temática en estudio y los fines de la investigación; posteriormente se solicitó la firma del consentimiento informado, y junto a esto se hizo entrega de la copia de este a cada participante. Se informó que la conversación sería grabada a través de audio con el fin de lograr correctas transcripciones de la entrevista, las cuales posterior a la transcripción fueron enviadas a los participantes para la validación de la información. Al iniciar la grabación se registró la ubicación de la cita, la hora, el día y el lugar, lo que permitió contextualizar el encuentro. Además, se les explicó a los participantes que se aseguraría confidencialidad y que los nombres no serán revelados en las citas que se utilicen para los reportes posteriores (64,65).

El rol de el/la entrevistador/a durante la entrevista fue mantenerse siempre atento para lograr guiar esta de forma natural en relación a los temas que fueron relevantes para el estudio. Además, en el transcurso de esta, surgieron respuestas por parte del informante que permitieron ahondar en la temática de investigación.

También se contó con el “observador participante” el cual tomó notas respecto al trabajo de campo, es decir del ambiente en que se llevó a cabo las

entrevistas, las principales expresiones verbales y no verbales expuestas por los participantes, las cuales entregaron elementos que no se percibieron del audio de cada entrevista, tales como factores favorecedores y distractores del ambiente, expresiones físicas y características del ambiente, entre otros (66).

### 3.7 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

La recolección de la información constituye un pilar fundamental para realizar un buen análisis. En este aspecto se empleó la escucha activa, que consiste en ir más allá de escuchar lo que el entrevistado exprese directamente, además involucra sentimientos, ideas y emociones que subyacen a lo que está diciendo (67); todo esto con el fin de recabar los datos de manera completa logrando una mejor comprensión del discurso para el proceso de transcripción.

Posterior a la escucha activa, se realizó la transcripción de las entrevistas realizadas, a fin de generar el material para el análisis. Dicha actividad fue realizada por todos los investigadores utilizando el software Microsoft Office Word 2016. Para el análisis de los discursos, se decidió optar por análisis de contenido cualitativo definido por Bardin L. y estructurado por Uwe Flick en su libro “The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis”, quienes refieren que el proceso de transcripción tiene características específicas para su elaboración, centrando su análisis en la descripción de los significados situados en un contexto, el cual siempre debe estar disponible en el material (68). Es por ello, que cada transcripción fue elaborada de manera detallada, completa, considerando pausas, cambios en el tono de voz, emocionalidad de la expresión, incluyendo las preguntas realizadas por el entrevistador, sin dejar fuera aspectos o referencias que “no parecen importantes” (68). Para apoyar y facilitar este proceso se utilizó además del entrevistador un investigador a cargo de registrar cada una de las entrevistas en un cuaderno de campo, en el cual se registró expresiones faciales, postura de los entrevistados y todo aquello que corresponda a lenguaje corporal - no verbal.

Luego de obtener las transcripciones terminadas, se procedió a enviarlas a los respectivos participantes para tener la confirmación de todo lo transcrito, con el fin de alcanzar una mayor fiabilidad de la información.

Al tener estas dos etapas cumplidas se procedió “técnicamente” a la realización del análisis de contenido en base a la teoría de Representaciones

Sociales propuesta por S. Moscovici S. e interpretada por Jodelet D. quien señala que *“Las Representaciones Sociales son un medio para interpretar la realidad y determinar el comportamiento de los miembros de un grupo en particular hacia su entorno social y físico con el objeto representado”* (39,40).

Se consideró como método el Análisis de Contenido, el cual es definido por Laurence Bardin como *“el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes”* (69). Este método de análisis posee características que facilitaron el desarrollo de esta etapa:

- La reducción del volumen de información, lo que permitió seleccionar los aspectos más relevantes para responder la pregunta de investigación.
- Sistematización, es decir, que es un proceso sistemático que permitió estructurar y visibilizar la información de mejor manera al momento de realizar los análisis correspondientes y la presentación de los resultados.
- Flexibilidad, en el sentido que es un proceso que puede realizarse de manera inductiva, deductiva o una combinación de ambas formas (68).

En el marco de esta investigación se utilizó la estructura del Análisis de Contenido Cualitativo (ACC) descrito por Flick, en donde se cumplieron etapas de manera rigurosa y a su vez con un grado de flexibilidad, las cuales se pasan a describir.

En primer lugar, se debe contar con la pregunta de investigación que guiará el proceso de análisis. Esto permite tener un foco claro para lograr seleccionar sólo aquello que permita concretar el objetivo que subyace a esta investigación. Para efectos de este proyecto investigativo, la pregunta que enfocó la construcción de la matriz del Coding Frame es: *¿Cuáles son las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado de las/os*

enfermeras/os clínicas/os y supervisor/a que se desempeñan en un servicio de mediana complejidad quirúrgico del hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019 en la región de Valparaíso?

A partir del primer paso, en el segundo se realizó la selección del material con el que se trabajó. En este caso, dada la pregunta de investigación, se utilizaron todas las transcripciones de las entrevistas realizadas y detalladas anteriormente, ya que es a través del discurso y las respuestas de los/as enfermeros/as del hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso, que se podrá identificar las diferentes Representaciones Sociales existentes.

En tercer lugar, se realizó un “Coding Frame” o “Marco de codificación”, el cual se define como *“el proceso donde se construyen las categorías o dimensiones, las cuales corresponden a un nivel más abstracto que los pasajes seleccionados en el material que se utiliza”*. Estas permiten etiquetar las distintas partes o fragmentos del material, permitiendo clasificarlo. Este proceso es la parte esencial del ACC, por lo que el trabajo se orientó específicamente en este método (68).

En el contexto de esta investigación, se consideró pertinente utilizar el proceso inductivo o también conocido como “Concept Driven”, ya que, a través de la teoría de las Representaciones Sociales, se trabajó las dimensiones de ésta al momento de la construcción del marco de codificación. Se establecieron categorías apriorísticas, las cuales corresponden a las mismas descritas en el instrumento. Estas son: Creencias y Opiniones, Actitudes, Prácticas, Experiencias y Campo Representacional. Dichas categorías se construyeron en base al establecimiento de códigos y familias de códigos, constituyéndose así subcategorías dentro de la misma categoría apriorística.

Para que estas categorías se puedan configurar como tales deben tener una serie de características, de las cuales esta investigación cumple con las siguientes (68):

- Ser Unidimensionales: significan que deben cubrir un solo aspecto del material. Se aplica a cualquier categoría principal (que debe cubrir un solo concepto) pero no todo el marco de codificación, el cual puede ser y, por lo general, será multidimensional. En el caso de esta investigación cada una de las categorías principales calificó como unidimensional.
- Exhaustivas: esto quiere decir que todos los aspectos relevantes del material deben estar cubiertos por una categoría con la finalidad de asegurar de que todas las partes del material se tengan en cuenta de igual forma en el marco de codificación. En el caso de esta investigación, este requisito se cumplió introduciendo “subcategorías emergentes”.
- Deben cumplir con la Saturación, entendiendo la saturación como el punto donde no se logra descubrir nuevos hallazgos de los discursos analizados.

Lo siguiente dentro de la construcción del marco de codificación es definir las categorías. De acuerdo a Flick, estas constan de cuatro partes: un nombre de categoría, una descripción de lo que significa ese nombre, ejemplos positivos y reglas de decisión, tales como repetición de los conceptos, que se asocie a la categoría principal y que sean evidenciadas en los discursos.

Para la elaboración de los nombres de categorías se proporcionó descripciones precisas de a qué se refiere una categoría. Por otra parte, las descripciones contaron de dos partes: una definición y los indicadores. La definición es parte obligatoria de la descripción de la categoría, indicará qué se entiende por una categoría dada y qué cualidades son características de la categoría. Para facilitar este trabajo se pensó en las definiciones como las instrucciones de un libro de código, para así indicarles a los investigadores que van a codificar, cuándo es aplicable una categoría determinada. *“Estos indicadores son pueden ser palabras específicas o también puede ser descripciones de la manera en cómo la presencia de un fenómeno se manifiesta en sí mismo en los datos”* (68).

En este contexto, Flick explica lo siguiente:

*“Dado que las definiciones de las categorías son - por necesidad - algo abstractas, es útil ilustrarlas proporcionándole ejemplos del material. Idealmente, éstos deberían ser típicos ejemplos de la categoría, pero ejemplos hipotéticos también pueden ser usados. Uno o dos ejemplos son suficientes, de lo contrario, el “marco de codificación” rápidamente se transforma en algo muy grande y, por lo tanto, difícil de manejar” (68).*

Es decir, para que las subcategorías creadas dentro de una categoría principal cumplan con el criterio de exclusividad, se utilizaron reglas de decisión (repetición, asociación y evidencia), para las cuales - y a diferencia del nombre de la categoría- las descripciones (interpretaciones) y ejemplos (discursos) constituyen una parte necesaria de las definiciones de una categoría, puesto que las subcategorías pueden superponerse; así, los codificadores (investigadores) pudieran estar seguros respecto de qué categoría utilizar. En este caso, las reglas de decisión van a indicar a los codificadores (investigadores) cuál de las categorías se va a utilizar y se especificará qué es lo que no debería estar incluido en una categoría y cuál usar en su lugar (68).

En cuarto lugar, se realizó un proceso de segmentación o de división del material en unidades codificables. Es en este proceso en donde se debe cumplir con un criterio de calidad importante dentro del análisis de contenido cualitativo, el cual es la consistencia en la codificación, este según Flick se define como *“aplicar categorías a todo el material de manera consistente”*(68). Este criterio se cumplió en base a la repetición de la revisión sistemática en cinco oportunidades de cada entrevista.

*“La segmentación implica dividir el material en unidades de tal manera que cada unidad se ajuste exactamente a una subcategoría del marco de codificación”*. Estas unidades de codificación serán las partes del material que se pueden interpretar de manera significativa con respecto a las subcategorías, y su tamaño puede variar. La definición entregada evidencia que la segmentación está directamente relacionada con el proceso de construcción del

marco de codificación. El tamaño de los segmentos o unidades se deberá elegir para que coincidan con la definición de las categorías (68).

Para dividir el material en unidades de códigos se requirió de un criterio que especificará dónde termina una unidad y dónde comenzará la siguiente, para ello se utilizó el criterio de tipo temático debido a que está enmarcando en un diseño cualitativo y el otro método utilizado no es el más adecuado. El criterio temático *“involucra buscar cambios en los temas, y una unidad corresponde a un tema en esencia. Aquello que constituye un tema variará con el marco de codificación y las categorías principales”* por otra parte estos criterios temáticos son más etéreos que los criterios formales, pero ayudan a obtener un mejor ajuste al marco de codificación (68). En el caso de esta investigación, la división del material del contenido se basó en el establecimiento de categorías apriorísticas, las cuales permitieron direccionan el inicio y término de un tema (o unidad).

Posterior a lo anterior, se procedió a establecer la fase piloto en el marco de codificación, la cual consiste en poner a prueba en una parte del material. Esto es de vital importancia en el ACC, puesto que, permite reconocer y modificar algún contratiempo en el encuadre antes de que el análisis principal sea llevado a cabo. Según describe Flick:

*“La fase piloto sigue los siguientes pasos: selección de material; la codificación de prueba; evaluación y modificación de marco de codificación. por otra parte, se termina este proceso con la selección y preparación del material en donde el material utilizado para la fase piloto se va a seleccionar nuevamente con la finalidad de cubrir todos los tipos de datos y fuentes de datos en el material”* (68) .

En síntesis, el material se seleccionó para que la mayoría de las categorías en el marco de codificación puedan aplicarse durante la codificación de prueba (68). En esta investigación se utilizó la “lluvia de ideas” luego de la primera lectura de cada entrevista.

El quinto paso del ACC corresponde a poner a prueba el Coding frame o

también llamada “*codificación de prueba*”, este es el centro de la fase piloto y consiste en que las categorías del marco de codificación se aplicarán al material durante dos rondas de codificación, siguiendo el mismo procedimiento que se utilizará durante la codificación principal (68). Esto fue realizado por los investigadores, quienes trabajaron en forma independiente uno del otro, con finalidad de llegar a los mejores ajustes del marco de codificación.

La forma en que se realizará esto es dividiendo el marco por categorías principales, esto quiere decir, que se va a comenzar aplicando todas las subcategorías para esta categoría principal, luego pasar a la siguiente categoría principal, y así sucesivamente. Todas las codificaciones se van a ingresar en una hoja de codificación, donde las unidades de codificación son las columnas y las categorías principales son las filas. La subcategoría a la que se asigna cada unidad de codificación se ingresará en las celdas.

Dentro del sexto paso se encuentra la evaluación y modificación del Coding frame. Esta evaluación del marco de codificación contempla el examen de los resultados de la codificación de prueba en términos de consistencia y validez. Este primer criterio hace referencia a mientras mayor sea la consistencia entre las dos rondas de codificación, mayor será la calidad del marco de codificación. Mientras que, el criterio de validez consiste “*en qué medida las categorías describen adecuadamente el material y los conceptos que forman parte de la pregunta de investigación*” (68). En el contexto de este análisis, todas las partes estarán basadas en conceptos del marco de codificación que fueron evaluadas por un profesional idóneo con experiencia en el área.

El séptimo paso corresponde al análisis principal. En esta etapa se codificó todo el material por lo que ya no se puede realizar cambios en el marco de codificación, es por esto que cobra relevancia que el marco sea lo suficientemente confiable y válido antes de entrar en esta etapa (68). En el contexto de esta investigación se cumple con la totalidad de esta fase, ya que todo los discursos fueron codificados, no encontrándose inconsistencias de codificación en ellos. Los investigadores realizaron codificación e interpretación

de estos códigos de manera que llegaron a un significado final de cada concepto, los cuales responden a la pregunta de investigación.

Por último, el octavo paso y final corresponde a la presentación de los resultados o hallazgos. En el marco de esta investigación los resultados se consideran pertinente exponer mediante matrices de texto ya que son más flexibles y especialmente útiles para lograr la ilustración de las entrevistas seleccionadas, estas matrices corresponden a tablas que contienen texto en lugar de números. Por otra parte, los hallazgos también servirán como punto de partida para una mayor exploración de los datos, al examinar los resultados del ACC para los patrones y las concurrencias de categorías seleccionadas. Esto implica ir más allá de las unidades individuales de codificación y categorías a las relaciones entre las categorías (68).

### 3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética constituye un aspecto fundamental en la realización de una investigación, siendo su principal función resguardar el bienestar de quienes participen en ella. Según el oncólogo experto en bioética Ezequiel Emanuel, existen siete requisitos éticos básicos para la ejecución de un estudio en sujetos humanos. El primero de ellos es el valor social. El cual, en nuestra investigación se determina por la escasez de estudios relativos a las Representaciones Sociales en Enfermería, específicamente del constructo Gestión del Cuidado (70).

El segundo requisito hace referencia a la validez científica; la investigación realizada presenta objetivos claros, bien definidos, y el diseño metodológico con el que se trabajó, permite que la investigación sea válida y realizable (70).

El tercer requisito se refiere a la selección de los sujetos, en el caso de esta investigación la muestra se obtuvo por muestreo por conveniencia, donde los informantes debían cumplir con ciertos criterios de inclusión. Para la obtención de la información, se planificó la realización de entrevistas semiestructuradas, donde el objetivo fue que los participantes se pudieran expresar libremente sus sentimientos y percepciones del fenómeno estudiado (71). Estas entrevistas se llevaron a cabo en las dependencias del hospital que contaban con los siguientes requisitos: privacidad, confidencialidad, y la posibilidad del manejo de un ambiente cómodo para los participantes según disposición del establecimiento. Es importante mencionar que por parte de los entrevistadores no se emitieron juicios u opiniones sobre las ideas o sentimientos expuestos por los informantes (70).

Para la recolección de la información se utilizó la grabación de audio de la entrevista, lo cual fue informado previamente, dando a conocer que esto sería de utilidad para la posterior transcripción de la información y análisis de los resultados. Además, se puso a disposición del entrevistado la eliminación de

alguna parte de la entrevista con la que no se sintiera cómodo o contuviera temas delicados que considerara fuera adecuado omitir, lo cual no sucedió en el transcurso de la recolección de la información.

También se debe de tener presente que exista una proporción favorable de riesgo-beneficio. A pesar de que el grado de riesgo y beneficio es incierto al comienzo de las investigaciones, en el caso de la presente, esta no posee riesgos, puesto que las entrevistas son realizadas a enfermeras/os y la temática es con respecto a conocimiento propio de la disciplina, sin embargo, para disminuir los riesgos de los participantes en el estudio, se deben considerar dos aspectos. En primera instancia el investigador debe cumplir con sus responsabilidades y obligaciones acordadas con los participantes. En segundo lugar, se hace alusión al posterior manejo de los datos entregados por los informantes (71). Existen además requisitos de justificación de la investigación cualitativa, los cuales establecen que los riesgos potenciales para los participantes se minimizan, los beneficios potenciales para los sujetos y para la sociedad se maximizan y los beneficios potenciales son proporcionales o exceden los riesgos. Se debe informar a los participantes que los resultados del estudio no conllevarán a ningún perjuicio o daño institucional, profesional o personal y además debe quedar claro para los investigadores que los hallazgos del estudio no serán utilizados con fines distintos a los inicialmente establecidos (71). En este caso, este ámbito fue abordado en el Consentimiento Informado, donde se establecieron los posibles riesgos y beneficios de la investigación, se comunicó que la información utilizada no generará perjuicios en el ámbito profesional, institucional o personal. Además, se dejó claro que los hallazgos descubiertos no serían utilizados con otros fines distintos a los del proyecto.

Por otra parte, al tratarse de una investigación en donde la fuente principal de la información son experiencias de personas, existía la posibilidad de presentarse alguna emocionalidad o exacerbación de esta durante la entrevista, para lo cual los investigadores contaron con una capacitación sobre contención emocional, por lo que estaban aptos para realizar un manejo

adecuado estas posibles situaciones, las cuales no se presentaron en el transcurso de esta investigación.

Es de suma importancia que la investigación presente una evaluación independiente, a modo de evitar conflicto de intereses, para que la planificación y ejecución del estudio se realice de la forma más óptima posible. En el caso de esta investigación, fue sometida a evaluación del Comité Ético-Científico del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, con memo 06/2019. Donde indican que la investigación puede ser realizada con la autorización de la Subdirección de Enfermería y de la Enfermera supervisora de la Mediana Complejidad Quirúrgica. Los informantes aceptaron participar voluntariamente, a quienes previo a la realización de la entrevista, se les informó su rol en el estudio y se les hizo entrega de Consentimiento informado. En este aspecto, la utilización del consentimiento informado responde a un principio ético que estipula que los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo. De esta forma, los participantes deben estar de acuerdo con entregar información y además conocer sus derechos y responsabilidades dentro del estudio (71). En este caso, se hizo entrega al principio de la entrevista este documento, en el cual se establecieron aquellos cumplimientos, donde cada informante tuvo conocimiento para decidir acerca de su participación en la investigación.

Para lograr lo anterior, se utiliza el principio de confidencialidad, el cual se refiere al acuerdo que existe entre el investigador con el participante acerca de cómo se manejará, administrará y difundirá la información privada de identificación. Las estrategias para mantener la confidencialidad deben estar descritas en cuanto a almacenamiento, manipulación y difusión de datos personales (72). Para mantener la confidencialidad se recopilaron los datos necesarios sin utilizar información de identificación personal, siendo estos reemplazados por siglas alfanuméricas, tales como ENF1, ENF2, ENF3 y así sucesivamente hasta completar el total de participantes. Para difundir la información recolectada y analizada se mantuvieron las siglas asignadas por

persona involucrada en el estudio. Cabe destacar, que, una vez realizadas la transcripciones del material de audio, se procedió a eliminarlo, ya que no existía razón para mantenerlo (73).

Como último requisito señalado por Emanuel, se encuentra el respeto a los sujetos inscritos. Este requisito resguarda a los participantes de ser tratados en forma óptima después de haber firmado el consentimiento informado. En el desarrollo de esta investigación se consideró el respeto a los participantes, entregando información y resolviendo dudas en el momento que se requería, resguardando la confidencialidad de toda información entregada y asegurándoles el acceso a los resultados una vez concluida la investigación (70).

### 3.9 CRITERIOS DE RIGOR

La investigación cualitativa se caracteriza por el dinamismo y flexibilidad de las etapas del proceso investigativo, esto hace referencia a que no se guían por un proceso lineal, sino que son interactivas y se solapan una a la otra. Esta construcción opera como un sistema donde cada etapa: la definición del tema que se va a investigar, el planteamiento del problema y los objetivos, el diseño, el trabajo de campo, el análisis de los datos y su interpretación, así como la presentación de los resultados y del informe final; debe estar en sincronía y formar parte activa de un todo (74). Por tanto, se hace indispensable cuidar la calidad del estudio en general a partir de los criterios de rigor, el cual se define como:

*“El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos” (75).*

En los siguientes puntos se expondrá cada uno de los criterios de rigor con sus respectivas definiciones y aplicabilidad en la investigación.

- Credibilidad

El criterio de credibilidad o valor de la verdad corresponde a un requerimiento importante ya que permite *“evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos” (71)*. Este principio se evidencia cuando los hallazgos son reconocidos como reales por los informantes, personas que participaron en el estudio y por otros profesionales que tengan conocimiento sobre la temática estudiada.

En el caso de la presente investigación, el entrevistador realizó una escucha activa y por vía correo electrónico se entregó a cada participante las transcripciones de sus entrevistas, quienes confirmaron por este mismo medio

la veracidad de sus discursos.

- Transferibilidad

Transferibilidad o aplicabilidad, radica en poder transferir los resultados obtenidos del estudio a otros contextos, teniendo claro que los fenómenos estudiados están circunscritos a momentos, situaciones de contexto y sujetos participantes. Para la aplicación de este criterio es necesario de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se llevará a cabo la investigación además de los sujetos participantes, esta descripción será útil para *“realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios”*. A diferencia con la investigación cuantitativa, *“los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles de acuerdo con el contexto en que se apliquen”* (71).

En relación con esta investigación, se realizó una descripción exhaustiva del contexto donde se ejecutó el estudio como temporalidad, lugar, distribución espacial, y de los participantes sexo y experiencia laboral, con el fin de que sea posible contrastar con otra investigación.

- Consistencia

La consistencia o replicabilidad hace referencia a la estabilidad de los datos. Debido a la complejidad de la investigación cualitativa, la estabilidad de los datos no está asegurada; así también se imposibilita la replicabilidad exacta de un estudio realizado bajo este paradigma debido la diversidad de situaciones o contextos analizados por el investigador. Pese a la variabilidad de los datos, el investigador debe procurar una relativa estabilidad en el proceso de recolección de información y posterior análisis, sin desviarse de que por la condición propia de la investigación cualitativa siempre existirá este grado de inestabilidad (71).

Para lograr la consistencia de los datos se tomaron en cuenta distintos procedimientos específicos de análisis tales como la triangulación de investigadores, de métodos y de resultados, el empleo de un evaluador externo, la descripción detallada del proceso de recogida y el análisis e interpretación de los datos; además, la estrategia de comparación constante, que permite revisar y comparar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas. Todos estos mecanismos aseguran tanto la credibilidad como la consistencia (71).

En razón de que la investigación cualitativa enfatiza en el carácter único de las situaciones humanas y en la importancia de las experiencias de los sujetos, surge el criterio de auditabilidad que denota el rigor del estudio cuando un investigador debe seguir la ruta de decisiones empleada por el autor original de la fuente de información y, por ende, llegar a conclusiones similares o comparables (71).

De acuerdo a lo anterior, se decide triangular los referentes teóricos y legales, con los resultados obtenidos en esta investigación. Además, se realizaron transcripciones fidedignas de cada una de las entrevistas, las cuales fueron reguladas a través del principio de saturación. También se realizaron reuniones periódicas con el equipo de trabajo donde se expusieron opiniones y se realiza de compenetración y comparación constante de la información para mayor manejo de esta. A si mismo se hizo la descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos.

- Conformabilidad o Reflexividad

Este criterio busca que los resultados de la investigación garanticen la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. Nos permite conocer el rol del investigador durante el trabajo de campo, al igual que identificar los alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que pueden producir tanto el fenómeno como los participantes. En la investigación

cualitativa el investigador tiene el compromiso de informar a los responsables, sobre los lugares donde se hará su trabajo de campo y qué funciones profesionales mantendrá en el transcurso de la investigación dejando claro el rol que desempeñará durante la interacción con los participantes del estudio (71).

Para obtener la objetividad necesaria en la investigación, se planteó una entrevista semiestructurada, la cual buscó reflejar los objetivos del estudio. Para lograr la reflexibilidad requerida, el investigador estuvo consciente de la perspectiva con la que abordó el fenómeno en estudio y que sus planteamientos con respecto a este se encontraron previamente influenciados; esto, a su vez, le permitió desarrollar la autocrítica necesaria para comprender de mejor manera el fenómeno, logrando la neutralidad en las actividades realizadas y dejando claro las reflexiones que realizó en todo el proceso para concluir sus resultados. Una vez realizada la recolección de datos y posterior transcripción de cada una de las entrevistas, fueron enviadas a cada uno de los sujetos entrevistados para su revisión y aprobación, con el fin de confirmar que todo lo expuesto fuera correcto, con el sentido e intencionalidad expresado por cada informante.

- Relevancia

La relevancia permite conocer si se lograron los objetivos previamente planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno. También nos permite conocer la contribución a nuevos hallazgos y si existen la configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales (71). Esta nos ayuda a confirmar si en la investigación hubo igualdad entre la justificación y los resultados que fueron obtenidos en el proceso investigativo.

Al obtener los resultados de la investigación, se dio a conocer la correspondencia entre la justificación y los resultados obtenidos, al igual que el logro de ampliar el conocimiento del fenómeno estudiado (71).

- Adecuación teórico-epistemológica

Se debe entender como un criterio inherente de la investigación cualitativa, ya que debe existir una consistencia entre el problema de investigación y la teoría, para que se dé una coherencia en el referente teórico de la investigación; por ende, la forma en que se desarrolle la pregunta de investigación definirá el diseño y tipo de conocimiento que se busca.

Este criterio estuvo presente durante toda la investigación, en base a la siguiente pregunta investigativa: ¿Cuáles son las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado que le otorgan los/as enfermeros/as que se desempeñan en un servicio médico quirúrgico de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso? a través de la cual se elaboró el instrumento de investigación.

## **CAPÍTULO IV RESULTADOS**

## 4. RESULTADOS

### 4.1 CATEGORÍA CREENCIAS Y OPINIONES

Según la definición realizada para esta categoría, la cual corresponde a “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”, en el análisis de los discursos se identificaron las siguientes tres subcategorías:

- La/el enfermera/o como garante del cuidado
- La/el enfermera/o como gestor/a
- La/el enfermera/o y su disciplina.

#### 4.1.1 Subcategoría la/el enfermera/o como garante del cuidado

Esta categoría se refiere a todas las actividades realizadas por la/el enfermera/o en el ámbito clínico (proceso de Enfermería) y administrativo, las cuales son de su exclusiva responsabilidad y en complemento a otras disciplinas, con el objetivo de asegurar el cuidado integral. En este contexto, se constituye como un bien otorgado de forma eficiente a la persona atendida, por medio de competencias técnicas genéricas o específicas. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

*ENF 1 “D.2(...), la Gestión del Cuidado está presente en todo el quehacer del enfermero, porque nosotros somos los responsables de la Gestión del Cuidado, entonces todo tiene que estar apuntando a eso(...)”.*

*ENF 1 “D.7(...), todo lo que uno hace(...), la Gestión del Cuidado (...) [logra] que se haga de la mejor manera,(...) [por ejemplo] hacer la curación [no es solo la técnica] (...), hay que ver todo lo que viene atrás y todo lo que va a [lograr] más adelante (...) [en] la herida del paciente, (...) [gestionar el lugar donde se hará las curaciones si se va de alta] (...), pensar en el momento y a largo plazo*

del paciente (...)."

*ENF 6 D.1 "(...) la labor que realizamos diariamente con el fin de que los pacientes mejoren o recuperen su salud, son todas la labores que podemos realizar acá en el hospital (...), para los pacientes (...)."*

*ENF 12 D.1 "(...) proceso que involucra todo lo que esté a nuestro alcance (...) para entregar una atención de calidad (...), de forma oportuna. Con todo lo que se requiera para cubrir esa necesidad (...)."*

Dentro de las **creencias** que tienen las/os enfermeras/os del constructo Gestión del Cuidado existe la convergencia entre el ámbito técnico y el emocional durante el periodo de cuidado, tal como lo expone Jean Watson, quien menciona que *"la Gestión del Cuidado se caracteriza por girar alrededor de Factores Caritativos de Cuidados"* (76) dentro de los cuales se destacan:

- La formación de las enfermeras debe ser humanista altruista.
- En el cuidado al individuo se debe integrar la atención a la fe y la esperanza.
- Las enfermeras deben cuidar atendiendo la sensibilidad "hacia uno mismo y hacia los otros".
- Las enfermeras deben crear un ambiente protector a nivel físico, mental, espiritual y sociocultural.
- Asistir para satisfacer las necesidades humanas existentes.

Esto quiere decir que el cuidado otorgado al paciente debe cubrir todas las necesidades que la persona pudiera presentar, tratándolo a nivel físico, psicológico, social y espiritual (76). Todo esto se puede evidenciar en los siguientes relatos:

*ENF 11 D.1 "(...) no tiene que ver sólo con el hacer, sino que con el saber escuchar, con el entender, con el ponerse en el lugar del otro, y (...), tratar de cubrir todas las necesidades que pueda tener un paciente o un usuario (...)."*

*ENF 9 D.3 "(...), implica estar otorgando atención en el ámbito no sólo en*

*lo clínico sino también en lo emocional, en lo social, porque muchos de los pacientes acá llegan en malas condiciones y no tienen redes de apoyo, por lo tanto, tú tienes que gestionar todo (...)*”.

*ENF 9 D.4 “(...), la Gestión del Cuidado como enfermeras aborda (...) todas las áreas biopsicosociales; por eso es que es tan importante que nosotras tengamos también buenas bases en el aspecto teórico, porque cuando uno llega a un servicio te das cuenta que [estos son] los recursos disponibles, y tienes que hacer malabares, para [otorgar una] atención integral (...)”.*

*ENF12 D.5 “(...) cubre todas estas aristas, todas estas necesidades que pudiera tener la persona, (...) sin dejar nada afuera, todo tiene que ser parte de, porque estamos todos conectados (...)”.*

#### **4.1.2 Subcategoría la/el enfermera/o como gestor/a**

Esta subcategoría se define como el rol que asume la/el enfermera/o, en las acciones administrativas que involucran los cuidados realizados y la organización de estos, la gestión del talento humano, el liderazgo y la supervisión de todas las actividades donde se lleven a cabo acciones de cuidado. La Gestión del Cuidado es considerada como un proceso que incluye todas las actividades realizadas por el profesional de Enfermería, lo cual se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*ENF 2. D.1 “(...) la Gestión del Cuidado abarca desde la organización que tenemos (...) como equipo de Enfermería hasta cómo me organizo yo en mi turno (...), al final es todo lo que hacemos,(...) todos los mecanismos que tomamos para realizar el cuidado (...)”.*

*ENF 9 D.8 “(...), todo dirigido al paciente, ahora han implementados nuevas políticas, las que la calidad de la atención es el pilar fundamental (...), principalmente por el tema de la acreditación (...) ha favorecido,(...) se [ha] hecho un orden , se [ha] generado una mejor estructura en relación al cuidado y el cómo*

se entrega(...)”.

*ENF 10 D.1 “(...), es la forma en que las enfermeras organizan su trabajo (...), su quehacer (...), la forma en que trabajan con el equipo que dirigen y el resto del equipo de salud. Para mí es una forma de organización, que es primordial (...), nos permite dar cuidados atingentes y dirigidos (...)”.*

Dentro de las creencias que tienen las/os enfermeras/os del constructo Gestión del Cuidado es la utilización del proceso administrativo, el cual se basa en la definición establecida por Fayol H. en torno a la administración que implica el acto de realizar actividades administrativas, las cuales son las funciones de prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar en su quehacer diario (77), lo que se evidencia de una forma implícita en los siguientes relatos:

*ENF 3 D.1 “(...) coordinación de parte de nosotros (...), coordinar traslados (...), [todas las] (...), gestiones que nosotras hacemos, coordinar exámenes [y] las interconsultas (...)”.*

*ENF 4 D.2 “(...) planificar cada cuidado con cada paciente, para poder ir supervisando que se vayan realizando todos los cuidados pertinentes (...)”.*

*ENF 7 D.5 “(...) hay cosas que son súper importantes que quizás no son tan de Enfermería como lo que es cuidar a alguien enfermo, [como lo es] la coordinación, que si tengo un paciente de alta y este paciente es de muy lejos y no tiene traslado, ¿Quién coordina la ambulancia?, la enfermera, quizás eso no es de Enfermería, pero sí es parte importante de la Gestión del Cuidado, porque si no lo hacemos nosotras y no nos preocupamos de hacerlo en el momento oportuno, de gestionarlo, de entregarle a mi colega [lo que] está pendiente, no lo va a hacer nadie(...)”.*

*ENF 9 D.7 “(...) Se realiza mucha gestión (...), nuestra función, aparte de la clínica, [es] tramitar, gestionar exámenes, movilización, pacientes que ingresan, que se dializan en el extra-sistema, incluso aquí, cuando están hospitalizados, hay que estar listos con las colegas para coordinar los cupos,*

que le asignen las horas (...).”

Dentro de estas mismas **creencias** en torno a lo administrativo, en los siguientes discursos, se destaca su protocolización como el medio de materialización de la Gestión del Cuidado:

*ENF 7 D.7 “(...), como lo que estábamos hablando, es importante que [todo] esté bien coordinado (...), regido (...), [y] normado (...).”*

*ENF 10 D.2 “(...), una de las herramientas de la Gestión del Cuidado son los protocolos (...), directrices que te sirven para organizar tu trabajo y hacerlo de la forma más correcta posible, beneficiando en mayor cuantía al paciente (...).”*

Si bien es un concepto nuevo, las/os enfermeras/os refieren que la Gestión del Cuidado siempre ha sido inherente en el quehacer de Enfermería. Esto queda evidenciado en la literatura existente en donde se explica la evolución de este constructo de una forma implícita, destacando que la enfermería moderna, iniciada con los postulados de Florence Nightingale, centra el quehacer profesional de la/el enfermera/o en la influencia de los elementos ambientales sobre el individuo; no obstante, también hace referencia a la administración y cuidado de los pequeños detalles, abordando así en su modelo la Gestión del Cuidado (76).

*ENF 11 D.2 “(...), siempre ha habido gestión, de alguna u otra manera las enfermeras más antiguas (...) organizaban, planificaban y llevaban a cabo todo lo que correspondía al día a día de un servicio (...).”*

*ENF 7 D.4 “(...), antiguamente no se hablaba de Gestión del Cuidado, quizás no nos consideraba a nosotros como parte importante de todo esto, la verdad es que nosotros somos el punto de corte para todo, porque supervisamos que todas las cosas se realicen(...).”*

#### 4.1.3 Subcategoría la/el enfermera/o y su disciplina

Esta categoría hace referencia a la relación que se establece entre la/el enfermera/o y el saber propio, que es el cuidado. La/el enfermera/o establece una relación directa entre cuidado, el desarrollo conceptual y el método para entregar el cuidado basado en un soporte reflexivo, ideológico que la fundamenta, lo cual se constituye como la función inherente en su quehacer diario, lo que le brinda una independencia y autonomía profesional. Esto se ve reflejado en la capacidad de la/el enfermera/o para aplicar constructos éticos, el pensamiento analítico y el criterio al momento de otorgar cuidado, lo que pone en evidencia su vocación, lo cual se refleja en el siguiente relato:

*ENF 5 D.1 “(...) la Gestión del Cuidado para mi es lo principal, nuestra base para todas las actividades que como enfermeros realizamos. (...), de ahí (...), se disgregan todas las ramas (...), [es] el pilar fundamental de nosotros”.*

Actualmente, las/os enfermeras/os poseen un respaldo legal para asumir la Gestión del Cuidado de manera autónoma. Esto se logró gracias a extensas luchas gremiales, transformándose así en una de las bases que fundamenta el ejercicio de la autonomía profesional. Este marco legal que sustenta el ejercicio profesional se expresa en la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937, Artículo N° 113 y en la Norma General Administrativa N° 19, del año 2007. La primera define el rol profesional y la segunda operacionaliza el Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería que es responsabilidad de las/os enfermeras/os.(78). En este contexto, dentro de las **creencias y opiniones** de las/os enfermeras/os en torno al constructo Gestión del Cuidado destaca el empoderamiento y la autonomía como producto de la implementación de ésta, lo que se evidencia en el siguiente discurso:

ENF 2 D.2 “(...), porque eso nos dio (...) la capacidad de empoderamiento profesional, como autonomía en el sentido de que nosotras como enfermeras somos profesionales igual que el médico, y ellos tienen una parte y nosotros otra, y nos complementamos; entonces (...) ha sido favorable (...)”.

En su artículo “Transitando hacia el ejercicio de autonomía y liderazgo: «para el posicionamiento hay que luchar»”, Landman C. considera la autonomía como “uno de los atributos e indicadores que definen al profesionalismo de la enfermera/o, ya que permite su propio posicionamiento en el equipo de salud y condiciona el empoderamiento en el ejercicio de su rol, en cuanto a manifestar independencia en la práctica, como en la aplicación del juicio crítico para tomar decisiones, implica correr riesgos, responsabilizarse de los propios actos, tener la capacidad de autodeterminación y de autorregulación”(78). Esto se demuestra a través de los siguientes relatos:

ENF 2 D.3 “(...) yo, empecé a trabajar ya bajo la Gestión del Cuidado de Enfermería (...), cuando [se] va avanzando en trabajo y todo (...) [se] va escuchando a las más antiguas y obviamente hay muchos cambios positivos, (...) como autonomía en el sentido de que nosotras como enfermeras somos profesionales igual que el médico, y ellos tienen una parte y nosotros otra (...), ha sido favorable (...)”.

ENF 7 D.2 “(...) dentro [del] actuar siempre incorporando la ética (...), saber qué determinar, en qué momento para poder gestionar los cuidados de la mejor forma para el paciente; el pensamiento crítico, es [muy] importante (...)”.

ENF 8 D.1 “(...) es algo que nos califica a nosotros como nuestro rol, desde que iniciamos esta carrera (...) [es] lo que más(...) se nos enseña, que la Gestión del Cuidado es de nosotros (...), estamos calificadas y cualificadas (...) con este tipo de trabajo, con nuestros pacientes (...)”.

Por otra parte, dentro de las **creencias y opiniones** que se tienen con respecto al constructo Gestión del Cuidado, destaca la voz interna que llama hacia el servicio del otro o vocación, lo que se considera como algo innato y propio de la identidad de la/el enfermera/o, la cual se asocia a la ayuda del otro y que este se sienta mejor con lo que el/la enfermero/a realiza. Este concepto proviene del latín “Vocare” que significa *“llamado, acción de llamar hacia un determinado destino o voz interna”* (79). En este sentido se pudiese entender esta “voz” como el cuidado descrito por Rivera M., quien indica que *“el cuidado de Enfermería profesional se distingue del cuidado innato de los seres humanos, porque se trata de establecer un proceso intencional altruista de querer ayudar a los otros en sus procesos de salud y enfermedad, muerte y renacimiento, fundando y guiando este cuidado en conocimiento teórico”* (80). Esto se evidencia en los siguientes discursos:

*ENF 2 D.2 “(...) está innato, tampoco es como que yo diga “ya, hoy día voy a realizar una gestión”; uno lo hace realizando las tareas (...) (del) turno, no es (...) algo aparte, sino que es algo innato del quehacer de Enfermería (...).”*

*ENF 6 D.2 “(...) hablar de Gestión del Cuidado ha servido para que se optimicen los recursos humanos (...), para que esta experiencia de los pacientes que están hospitalizados acá se haga lo más corta posible y lo más llevadera (...) dentro de lo que se puede estar (...), que está estadía hospitalaria logre que los pacientes no sean mayormente afectados en su vida (...).”*

*ENF 8 D.2 “(...) es algo que nace de nosotras (...), es netamente la vocación de nosotros, es algo que a nosotros nos identifica, yo así lo veo más que nada (...).”*

## 4.2 CATEGORÍA ACTITUDES

Esta categoría corresponde al segundo aspecto interpretado por Jodelet D. con respecto a las Representaciones Sociales. En el contexto de esta investigación, se le asignó la siguiente definición: *“La posición que va a asumir el profesional de Enfermería ya sea positiva o negativa frente a la Gestión del Cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”*. Posterior al análisis realizado, se identificaron las siguientes tres subcategorías:

- Identidad social de la/el enfermera/o
- El quehacer de la/el enfermera/o
- La/el enfermera/o como gestor/a.

### 4.2.1 Subcategoría identidad social de la/el enfermera/o

Esta categoría se refiere a cómo la/el enfermera/o es reconocido/a por la sociedad por su rol dentro de los diversos contextos de cuidado, lo que le permite distinguirse de otros profesionales, formando un concepto de “yo” enfermera/o, lo cual se expresa en los siguientes discursos:

*ENF 1 D.3 “(...) es algo propio de Enfermería, o sea más allá de que el código sanitario lo diga o no, somos los profesionales encargados y más aptos para poder gestionar el cuidado de manera correcta con los pacientes (...)”.*

*ENF 12 D.9 “(...) yo destaco, (...) por ejemplo, cada estamento de alguna forma tiene límites dentro de su desempeño (...); no tienen las mismas funciones ni pueden hacer las mismas gestiones que un enfermero(...), nosotras como enfermeras podemos abarcar mucho más(...), nuestra área es tan amplia que podemos(...), trabajar en un área de maternidad, en un área de pediatría, en un área de adulto, tercera edad, de joven(...), de consultorio, en hospital, en un área*

*privada, en una toma de muestra(...), nos da más amplitud para hacer cosas(...)*”.

A pesar de que a nivel legal la/el enfermera/o fue reconocida por el ejecutivo por el rol social que ocupa dentro de la comunidad, muchas veces este reconocimiento no es visibilizado en la misma sociedad, lo que puede llevar a una disminución del autoconcepto profesional. Esta aseveración se asocia a lo que se reflexiona en el siguiente discurso:

*ENF 5 D.8 “(...) quizás no todos tienen la claridad de qué se trata, de por qué nosotros tenemos que hacer esto (...), mucha gente no entiende que es como una seguidilla de cosas (...)*”.

Dentro de las **actitudes** que destacan las/os enfermeras/os en relación al constructo Gestión del Cuidado, se encuentra el empoderamiento, el cual refleja la fortaleza e identidad del profesional de Enfermería para realizar los cuidados. Sánchez B., en su artículo *“Identidad y empoderamiento de la profesión de Enfermería”*, indica que esta actitud (empoderamiento) supone una construcción colectiva que influye en la construcción de una auto imagen y confianza positiva que le permiten al profesional el desarrollo de la habilidad para pensar críticamente, para fortalecer cohesión del trabajo en equipo y para promover la toma de decisiones y la acción” (81). Esto se refleja en los siguientes discursos:

*ENF 1 D.5 “(...), nosotros como enfermeros nos empoderamos (...) más de esto, porque muchas veces (...), uno sale de la universidad y como que llega haciendo, haciendo [y] haciendo, falta (...) darse cuenta que hay que gestionar otro tipo de cosas, hay que ordenar (...), pensar el cómo se hace y para qué se hace (...)*”.

*ENF 4 D.10 “(...), con la experiencia se va adquiriendo todo ese [empoderamiento] (...), cuando uno es interna ya sabe que (...) tiene que llegar*

*empoderado, sabiendo sus roles, lo que tiene que hacer y lo que no, porque así tú puedes dirigir todo”.*

*ENF 5 D.10 “(...) por lo menos nosotros (...), al ser un “grupo joven” de enfermeros, estamos bien actualizados en el concepto, entonces estamos todos (...) empoderados y afiatados en el sentido de que tenemos que hacerlo para mejorar (...)”.*

Por otra parte, se evidencia a través de los discursos la **actitud** de autonomía, la cual refleja una independencia en el quehacer de Enfermería con respecto a otras disciplinas, lo que es considerado como un beneficio para la profesión, ya que favorece la versatilidad en el desempeño de sus labores en diferentes contextos. En el artículo *“Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en Enfermería”*, se destaca que, a lo largo de la historia, la Enfermería ha tenido importantes avances que han llevado que en la actualidad sea considerada como una disciplina profesional autónoma, puesto que dispone de fundamentos históricos, filosóficos, éticos y legales que le permiten desenvolverse en el cuidado y la gestión de este. También hace alusión a que la/el enfermera/o está encargada/o de atender las demandas que la sociedad manifiesta y de liderar permanentemente el manejo de estas, asumiendo con autonomía esta función que solo él/ella puede cumplir (82). Lo anterior mencionado se expresa en los discursos mostrados a continuación:

*ENF 8 D.5 “(...) nos da (...) autonomía en nuestro quehacer, en base a lo que es nuestro código (...)”.*

*ENF 12 D.8 “(...) creo que nos da la libertad, de alguna forma, de poder realizar más cosas para poder (...) cubrir la necesidad (...)”.*

*ENF 12 D.11 “(...) Yo tengo experiencias muy cercanas de gente que trabaja en otras áreas (...), que a veces me dicen (...) “(...), a mí me gustaría poder solucionar esto” pero es como que las funciones de esa persona llegan hasta cierto punto; sin embargo, nosotras podemos ir más allá, y ese es un*

*beneficio que tenemos(...), que es la Enfermería, qué es tan completa, tan compleja, podemos abarcar (...), muchas cosas(...)”.*

Entre los conceptos encontrados dentro de esta subcategoría destaca la **actitud** de desconocimiento por parte del equipo de Enfermería en torno al rol de la/el enfermera/o como gestor/a de los cuidados, potenciada en que a pesar de la gran cantidad de actividades que realiza la/el enfermera/o, estas no son visualizadas ni reconocidas socialmente (usuario interno y externo), lo cual se asocia en su mayoría a un incipiente desarrollo de la función investigativa y debilidades en el ejercicio del liderazgo del profesional de Enfermería (83). Esto se refleja en las siguientes narraciones:

*ENF 5 D.7 “(...) creo que estamos débiles, porque acá hay mucha gente que tiene el concepto [erróneo], uno [da] una indicación en pro de la Gestión del Cuidado [y se percibe como] “la mala onda” (...), “es pesada”, entonces tiene que haber un cambio (...), masivo en el pensamiento que se tiene de esto (...)”.*

*ENF 12 D.13 “(...) pero podemos hacer mucho; quizás, entrelazar con la parte de estudios científicos (...), poder sacar evidencias de todo (...), porque nosotros tenemos muchas cosas acá que se hacen, que generalmente no están constatadas en ningún lado. Entonces no hay (...) reconocimiento (...) de todo esto que se hace dentro de la Gestión del Cuidado (...)”.*

*ENF 12 D.14 “(...) no se identifica realmente todo lo que uno hace, sino más bien se ven los resultados, pero todo lo que hay detrás no hay cómo demostrarlo más que con un registro o que uno verbalice, pero eso no está estimado (...) en ninguna parte; entonces (...) yo creo que (...) tenemos un área (...) de altruismo, de comunicación (...) que no se reconoce (...): damos tantas charlas, damos tantas capacitaciones y un montón de cosas donde nosotros nos relacionamos con la comunidad, con la gente que está dentro del hospital (...), ser capaces de hacerlo, de entregar (...) información adecuada, de orientar, de educar (...) a los pacientes (...), esas partes tampoco están como muy*

reconocidas (...).”

*ENF 12 D.16 “(...) pero no entienden, no tienen conocimiento de todo lo que uno hace (...), desde el momento en que uno (...) planifica o participa de la planificación de una hospitalización, [desde] que el paciente ingresa le tiene que revisar la ficha, le tiene que ver el examen, le tiene que verificar ciertos ítems estén, (...) al paciente como viene tiene que hacer una evaluación previa; todo eso, todo ese proceso (...), hasta el último momento que el paciente se va, nosotras estamos involucradas, en la educación que uno hace, en la información, en todo lo que uno entrega tiene que cerciorarse de que el paciente se va bien, entendiendo todas las instrucciones (...); es un proceso largo, que involucra mucho tiempo y que a veces no se valora (...); entonces (...) no se puede visualizar con eso todo lo que involucra la Gestión del Cuidado (...).”*

En el artículo “*La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer*”, se hace referencia a que la sociedad reconoce a la/el enfermera/o como “ayudante del médico”, lo cual indica que este antiguo estereotipo aún sigue latente en la actualidad (4). Esta Representación Social que se tiene de la profesión contribuye a que la/el enfermera/o clínica/o perciba una subordinación en la toma de decisiones bajo ciertos contextos del cuidado, lo cual se refleja en el siguiente discurso:

*ENF 5 D.9 “(...) nosotros somos los últimos del escalafón y tenemos que hacerle caso a lo que nos dicen; entonces ese es como el pensamiento general (...).”*

Otras de las **actitudes** reflejadas en los discurso es aquella que caracteriza al Enfermero como un profesional con un interés innato de ayuda al otro, reflejado a través de la dedicación, el compromiso, el pensamiento crítico, la responsabilidad y el amor en la entrega del cuidado, lo que se expresa en los relatos expuestos a continuación:

*ENF 9 D.9 “(...) para mí lo más importante, inicialmente para entregar una buena atención es la cordialidad (...), y de ahí en adelante uno se va desarrollando de acuerdo a los conocimientos y las bases que uno tiene (...).”*

*ENF 6 D.3 “(...) la preocupación permanente de los pacientes(...), tener dedicación (...), compromiso, esa es una actitud que uno debería tener (...), para lograr fielmente una buena Gestión del Cuidado; también como las destrezas y (...) tener una base, (...) [porque] sin base teórica no podríamos hacer una buena gestión del cuidado(...).”*

Además de todas las **actitudes** mencionados dentro de la subcategoría de identidad social de la/el enfermera/o, destaca el estándar de comportamiento profesional, el cual refiere que dentro del colectivo enfermero, entre pares, existen ciertos parámetros y criterios individuales (subjetivos) que van calificando a sus compañeros como profesionales acorde al puesto que desempeña o no, lo cual se evidencia en el siguiente discurso:

*ENF 11 D.6 “(...) Siempre hay [uno que no] quiere, que no está acorde(...) (estándares).”*

Por último, dentro los hallazgos de esta subcategoría resaltan la percepción de que la rigidez y el orden dentro de la organización de un servicio están asociados a un mejor desarrollo de la gestión, lo cual se expresa en el siguiente relato:

*ENF 10 D.4 “(...) yo vengo de un servicio donde era más estricto (...), se llevaba mejor a cabo la gestión (...). La rigidez se asocia a una “buena gestión” (...).”*

#### 4.2.2 Subcategoría el quehacer de la/el enfermera/o

Esta categoría se refiere al conocimiento técnico que posee el profesional de Enfermería para la realización de los cuidados. Este conocimiento deriva de la capacidad reflexiva, el juicio crítico, el saber teórico y la experiencia clínica, los cuales sustentan el actuar de Enfermería de una manera eficiente y de calidad, lo cual se evidencia a partir de los siguientes discursos:

*ENF 6 D.4 “(...) sin base teórica no podríamos hacer una buena Gestión del Cuidado (...)”.*

*ENF 1 D.5 “(...) nosotros como enfermeros nos empoderamos (...) más de esto, porque muchas veces (...) uno sale de la Universidad y como que llega haciendo, haciendo [y] haciendo, falta (...) darse cuenta que hay que gestionar otro tipo de cosas, hay que ordenar (...), pensar el cómo se hace y para qué se hace (...)”*

*ENF 1 D.6 “(...) uno tiene la idea de que viene a hacer procedimientos nada más, [pero] después se da cuenta que es mucho más amplio el quehacer(...), cuando uno va creciendo como profesional, teniendo más experiencia, puede aplicarlo de mejor manera en el quehacer diario (...)”.*

Según lo descrito por Habermas J., la práctica reflexiva y el pensamiento crítico permiten la emancipación y autonomía del profesional. Este proceso se origina con la toma de conciencia del papel que debe desempeñar la/el enfermera/o en los cuidados de salud, que es fundamental, además, en su quehacer diario (84). Dentro de las actitudes que se asocian al constructo Gestión del Cuidado, se describe una mecanización del cuidado, reconociendo este como una actividad automatizada e irreflexiva en la entrega de atención, lo cual se asocia a la escasa aplicación de la práctica reflexiva y el pensamiento crítico mencionados anteriormente, lo cual se evidencia en el siguiente discurso:

*ENF 12 D.19 “(...) uno ve que a veces somos mecánicos, que no hay un pensamiento lógico detrás, que no hay un análisis, que, si le dijeron que hay que hacerlo redondo, se hace redondo, y si hay que hacerlo cuadrado, es cuadrado, pero no hay un cuestionamiento, no dicen “por qué” (...), no discuten, porque son muy mecánicos (...).”*

Otra **actitud** que evidencia el constructo Gestión del Cuidado en los discursos analizados es el individualismo, actitud donde prima la preocupación particular por sobre la colectiva. Medina J., en su artículo *“La Enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas”* expone que la falta de compañerismo entre las/os colegas enfermeras/os se debe a la relaciones de poder ejercidas en el ámbito clínico- laboral, y lo define como *“la consecuencia de la internalización de una visión negativa de sí mismo (baja autoestima y la depreciación) que ocurre cuando se produce la adhesión al opresor y la incapacidad de los oprimidos de cuestionar las figuras que detentan el poder (debido a esa misma autodepreciación y sumisión a la que la baja autoestima conduce) conducen a que la agresividad acumulada se proyecte contra los miembros del propio grupo antes que contra el opresor”* (85). Este aspecto queda manifestado fehacientemente en los siguientes relatos:

*ENF 7 D.14 “(...) disminuir un poco los egos (...), la convivencia entre colegas se podría mejorar (...), si un colega no pudo a la primera, no pudo a la segunda, “yo te ayudo y te doy mi técnica” (...), el ego hay que dejarlo de lado porque aquí estamos [para] la gente, no [para] creernos [mejores] que otros (...).”*

*ENF 7 D.15 “(...) un colega nuevo que llegue y que esté incómodo (...), temeroso (...) va a dificultar el proceso de la Gestión del Cuidado, porque si yo tengo miedo de ir a pedirle a mi colega ayuda, quizás voy a multipuncionar al paciente por no pedir ayuda, bueno éticamente todos sabemos que si no funciona a la primera, no funciona a la segunda, no funciona a la tercera [debe ceder] la mano, pero estas con temor, de ir a pedirle a otra persona que te ayude,*

*y nadie llega del internado siendo [excelente] en vías, en punciones, en instalación de sonda nasogástrica, nadie, porque eso te lo da la experiencia (...), [hay que] disminuir un poco la batalla de egos que hay en Enfermería a nivel país (...)."*

*ENF 9 D.14 "(...) en términos de estamentos, existe mucha competencia, competitividad entre nosotras mismas; por lo tanto, eso (...) entorpece tu quehacer, porque genera a veces un ambiente un poco hostil, en vez de reforzar áreas que quizás la otra colega, que llega con menos experiencia, [presenta déficit], (...) pero en la medida que uno vaya dándose cuenta de cuáles son sus falencias y busque la forma de mejorarla, eso se revierte (...)."*

En esta subcategoría se logra identificar que el profesional enfermero posee una alta demanda asistencial, la cual tiene una directa relación con una inadecuada proporción enfermero/a-pacientes, lo que provoca una serie de acciones que van en desmedro en la calidad de los cuidados. En este contexto, algunos autores refieren que el tener una menor vigilancia sobre los pacientes y el personal técnico, puede ser un factor importante en la ocurrencia de incidentes, ya que la falta de supervisión puede llevar a transgredir normas provocando un sin fin de situaciones complejas (86). Lo anteriormente mencionado se evidencia en los siguientes discursos:

*ENF 10 D.5 "(...) me cuesta mucho supervisar a mis paramédicos por la alta carga laboral, porque hay... hay mucho (...), hay mucho movimiento de paciente (...), pierdes mucho tiempo en algunas tareas que no están organizadas (...), pierdes tiempo valioso en esas cosas que podrías estar dedicándole a los pacientes (...)."*

*ENF 10 D.7 "(...) trabajan super coordinados los enfermeros (...), falta (...) tiempo por la carga laboral; por ejemplo, aquí los [fines] de semana la carga laboral es muy alta, hay cosas que (...) se nos podrían pasar porque no alcanza, porque estás tú solo; en el día tenemos 10 pacientes cada uno, pero el fin de*

*semana tienes treinta, y tienes que hacer las mismas cosas con treinta, y tantos (...) mis colegas son como super organizados, lo han logrado (...) de la mejor forma posible (...)*”.

*ENF 6 D.5 “(...), uno no puede dedicarle mucho tiempo a cada individuo; lamentablemente, hay algunos parámetros de cuántos pacientes deberíamos tener cada uno, pero eso en la práctica no se logra (...) si tuviéramos una mejor distribución de pacientes, una mayor rotación de enfermeros, inclusive de hasta paramédicos, ahí lograríamos abarcar a un paciente en su globalidad (...)*”.

*ENF 7 D.11 “(...), la dotación de personal es un punto súper importante (...), quizás deberíamos ser más enfermeras por paciente (...), y también [más] técnicos paramédicos porque es un equipo (...), [muchas veces] estamos todos corriendo, sacando exámenes, haciendo curaciones, paciente que se complicó, que te llama el médico, que te lo piden de rayos, a veces uno corre mucho y eso desgasta harto la salud y el autocuidado [personal] (...), no sé si habrán más tesis sobre las personas con el síndrome de burnout, que se ven mucho, hay muchas licencias psiquiátricas, por estrés, porque [el trabajo] de nosotras en especial en hospital es súper [alto] (...)*”.

#### **4.2.3 Subcategoría la/el enfermera/o como gestor/a**

Esta categoría se describe la forma en que la/el enfermera/o se reconoce como el profesional encargado y capacitado para ejercer labores administrativas y de liderazgo dentro de un equipo, promoviendo así el empoderamiento y la mejora continua de la calidad de los cuidados. Esto se ve reflejado en los relatos que se presentan a continuación:

*ENF 8 D.1 “(...) es algo que nos califica a nosotros como nuestro rol, desde que iniciamos esta carrera (...) [es] lo que más (...) se nos enseña, que la Gestión del Cuidado es de nosotros (...), estamos calificadas y cualificadas (...) con este tipo de trabajo, con nuestros pacientes (...)*”.

*ENF 5 D.6 “(...) nosotras somos las líderes de la Gestión del Cuidado, pero tenemos que (...), serlo de manera transversal, [y] llevarlo a los (...), técnicos paramédicos (...), en el sentido de nuestras indicaciones (...)”.*

*ENF 3 D.4 “(...) la mejoría en los procedimientos, en los procesos que uno genera día a día (...)”.*

*ENF 12 D.10 “(...) no tenemos tantas limitantes, solamente la parte legal (...), por ahí podemos (...) limitarnos en algunas cosas; pero en lo que es gestión, podemos hacer mucho (...)”.*

El orden, lo sistemático y lo metódico son conceptos que se repiten y son establecidos por el conglomerado como actitudes propias de la profesión enfermera. En este sentido, la autora Milos P. refiere que las/os enfermeras/os poseen una función y estructura propia, que la hacen acreedora por sí misma de la Gestión del Cuidado (6); es decir, todas las acciones de cuidado que realiza el profesional de Enfermería poseen una estructura que brinda normas y guías que rigen y regulan su funcionamiento, asegurando la entrega una mejor atención, lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

*ENF 2 D.3 “(...) ordena más el quehacer de Enfermería (...), como seres humanos, necesitamos tener una línea que nos vaya (...) ordenando y eso hace que los procedimientos [y] la atención, sean mejor para los pacientes (...)”.*

*ENF 2 D.4 “(...) como seres humanos, necesitamos tener una línea que nos vaya (...) ordenando y eso hace que los procedimientos [y] la atención, sean mejor para los pacientes (...)”.*

*ENF 7 D.7 “(...) como lo que estábamos hablando, es importante que [todo] esté bien coordinado (...), regido (...), [y] normado (...)”.*

La supervisión en Enfermería es un proceso que comprende aspectos técnicos y administrativos orientados en lograr que las actividades de Enfermería se realicen en un lugar, tiempo, magnitud y método previamente establecido, y

que asegure una atención de calidad a las personas atendidas (87). Teniendo esta aseveración como referente, es que en esta subcategoría surge la supervisión como una actitud que posee profesional enfermero frente al trabajo que él y su equipo realiza:

*ENF 10 D.3 “(...) hace falta un poco más de supervisión; por ejemplo, no es que mis paramédicos no asistan a los pacientes en la alimentación, pero no lo registran, o los registros no son oportunos (...), un poco más de supervisión en algunas tareas (...).”*

*ENF 11 D.4 “(...) supervisar más, porque (...) de repente son tantos los pacientes que no da para (...) hacer una supervisión del trabajo que se está haciendo (...), ahora nosotros estamos más enfocados en eso (...).”*

La Reforma de Salud llevada a cabo en Chile desde el año 2000, generó una serie de cambios en diversas leyes, destacando la modificación de la Ley N° 19.937 o Ley de Autoridad Sanitaria, la cual declara dentro de sus postulados la importancia de establecer procesos de evaluación de la calidad de la atención de salud. Para ello, se habilita el proceso de acreditación de los establecimientos de salud, el cual permite “evaluar el cumplimiento de los estándares con el objeto de velar porque las prestaciones que se otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios”. En este sentido el Ministerio de Salud le atribuye una gran responsabilidad de esta al profesional de Enfermería, quienes, a través de la implementación de la Gestión del Cuidado, se les atribuye las actividades de “organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados”. De esta manera, el proceso de acreditación se convierte en un instrumento a través del cual se califica objetivamente el quehacer de Enfermería como gestor/a de los cuidados (26), discurso evidenciado en el siguiente testimonio:

*ENF 11 D.5 “(...) no sé si se han fijado (...), pero es mucho llenar papeles*

*(...), verificar que se cumplan con las actividades (...) por el tema de la acreditación (...)*”.

Bajo este mismo contexto es que el constructo Gestión del Cuidado se percibe operacionalmente como la implementación de Subdirección de Enfermería o Subdirección de Gestión del Cuidado, aspecto que es asociado en los discursos a la estandarización de los cuidados (protocolos), lo cual se ve reflejado en el siguiente discurso:

*ENF 7 D.3 “(...), es importante que [exista] (...), en todos los recintos asistenciales, ya sean públicos o privados una Gestión del Cuidado (...), que esté descrita para los funcionarios y que todos tengamos conocimientos de los protocolos (...)*”.

Pese al respaldo legal existente en la actualidad para el profesional de Enfermería, se observa en los discursos que el concepto Gestión del Cuidado genera un sentimiento de estancamiento profesional y falta de respaldo en el quehacer; no obstante, a pesar de ello, reconocen las capacidades que posee el profesional de Enfermería para asumir labores gerenciales, lo cual se expresa en el siguiente relato:

*ENF 12 D.12 “(...) cubrir a un área un poco menos respaldado legalmente(...), siento que nosotras como enfermeras somos muy capaces(...), por ejemplo, asumir la dirección de un hospital, así como ya está ocurriendo en algunas regiones, (...), poder administrar(...) una gran cantidad de recursos humanos(...), en el fondo respaldar(...) la verdadera capacidad desde el punto de vista legal (...)*”.

Dentro de esta subcategoría se logra identificar una actitud deficiente en el quehacer diario del profesional enfermero, que es la comunicación. En este

contexto, atender los procesos de comunicación al interior del equipo profesional de salud es clave para fortalecer el trabajo en equipo y brindar un cuidado de calidad. Esto se ve reflejado en los siguientes discursos:

*ENF 3 D.5 “(...) claramente siempre va a haber problemas, por ejemplo (...), comunicación (...), hay que saber implementarlo (...).*

*ENF 7 D.13 “(...) creo que se podría mejorar entre colegas la comunicación (...).”*

El liderazgo es una habilidad esencial en el profesional enfermero y se relaciona directamente con la función administrativa asociada a este rol. Esta competencia es considerada una actitud por parte del conglomerado entrevistado, puesto que, capacita a la/el enfermera/o para influir de manera efectiva a su grupo de trabajo para las soluciones de conflictos y en la toma de decisiones que se deben realizar en él. Estas características garantizan un desempeño satisfactorio en el quehacer diario de trabajo de Enfermería, contribuyendo de forma positiva en la dirección que se establezca en el equipo, lo que genera el respeto y la imitación de la conducta entre los miembros del grupo, por ejemplo: si la/el enfermera/o es responsable, puntual y comprometido, su equipo podrá desarrollar esos mismos atributos. (88) Esto se ve reflejado en los discursos presentados a continuación:

*ENF 5 D.5 “(...) considero que nuestra gestora de la Gestión del Cuidado (...), es una persona admirable (...), ellas están preocupadas continuamente de todos los servicios, (...), de ver en qué podemos estar fallando, cómo mejorarlo, o sea en ese sentido están haciendo bien su labor (...).”*

*ENF 9 D.11 “(...) establecer buenas relaciones con tu equipo de trabajo y ejercer un liderazgo, idealmente transformacional, es super importante para el desempeño del equipo en general. Estamos ligados estrechamente; por lo tanto, yo no puedo ser despectiva con mi equipo de trabajo, o ser muy autocrática;*

*claramente, todo en margen de respeto (...)*”.

*ENF 11 D.3 “(...), lo que puedo destacar no es sólo el hacer, sino también el saber escuchar, el (...) ponerse en el lugar del paciente, tratar de mover el equipo de trabajo de una manera (...) acorde, mediante trabajo grupal (...), eso es lo más importante para mí, porque técnicas puede hacer cualquier persona (...)*”.

Además del liderazgo, otra actitud que surge dentro de los discursos es la de trabajo en equipo, el cual es reconocido como una habilidad clave que debe presentar el profesional de Enfermería. Moreno M. señala en su artículo *“Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de Enfermería, según los distintos modelos de organización de Enfermería”* que el trabajo en equipo permite que se administre un cuidado y una atención mucho más global, porque todos los profesionales conocen el estado de salud de la persona atendida, sin embargo, no solo contribuye a mejorar la atención entregada, si no que permite que el grupo se comuniquen y conozca de tal manera que aporta de manera positiva en la satisfacción laboral de los miembros del equipo (89). Lo cual es reflejado en los siguientes discursos:

*ENF 9 D.10 “(...), el trabajo en equipo, si bien hay una diferenciación en torno de estamentos, lo que implica que ser enfermero, lo que implica ser paramédico, nosotros estamos estrechamente ligados en nuestro quehacer (...)*”.

*ENF 9 D.12 “(...), es fundamental crear un buen ambiente con tu equipo de trabajo, que haya una retroalimentación constante para saber qué es lo que (...) debemos mejorar, (...) fortalecer (...)*”.

Por último, dentro de esta subcategoría destaca la actitud de mejorar continuamente en diversos aspectos en torno al quehacer diario de Enfermería con un objetivo en común que es la entrega de un cuidado de calidad, para ello la implementación de la Gestión del Cuidado ha llevado a la optimización de los

recursos existentes y su capacitación continua como dos tópicos relevantes dentro de la calidad, lo cual se expresa en los siguientes relatos:

*ENF 8 D.6 “(...) a diario, constantemente tiene que haber una mejora, tiene que haber una capacitación continua (...)”.*

*ENF 8 D.5 “(...) con los recursos que se tienen a disposición, se trata de hacer todo de la mejor manera posible, y (...) hay que estrujar (...), lo que tenemos disponible (...)”.*

*ENF 8 D.8 “(...) eso tiene que ver también con la Gestión del Cuidado, eso es algo de nuestro quehacer diario, ser determinante, tomar decisiones (...), en pro del paciente (...)”.*

### 4.3 CATEGORÍA PRÁCTICAS

Esta categoría es definida como: *“la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos en el quehacer diario de la/el enfermera/o”* en el análisis de los discursos se identificaron las siguientes tres subcategorías:

- El cuidado como “ser” de la/el enfermera/o
- La formación profesional
- La/el enfermera/o como gestor/a.

#### 4.3.1 Subcategoría el cuidado como “ser” de la/el enfermera/o

Se define como la esencia de la/el enfermera/o reflejado en las actividades de entrega de cuidado tanto clínicas como administrativas. Según los discursos presentados a continuación, la Gestión del Cuidado es vista como una integralidad, es decir, como un conjunto de acciones que involucran competencias disciplinares del profesional enfermero que le permiten brindar un cuidado de calidad y que satisface las necesidades de la persona cuidada. Lo que se expresa en los siguientes testimonios:

*ENF 1 D.7 “(...), todo lo que uno hace(...), la Gestión del Cuidado(...) [logra] que se haga de la mejor manera,(...) [por ejemplo ] hacer la curación [no es solo la técnica] (...), hay que ver todo lo que viene atrás y todo lo que va a [lograr] más adelante(...) [en] la herida del paciente, (...) [gestionar el lugar donde se hará las curaciones si se va de alta] (...), pensar en el momento y a largo plazo del paciente (...)”.*

*ENF 5 D.11 “(...) acá en general es casi todo lo que nosotros hacemos(...) las actividades que [se hacen] desde nuestra jefa(...), como coordinación(...), altas, hacer gestión en camas(...), nosotras en la coordinación que tenemos con los médicos (...), gestionamos todos los cuidados del paciente (...), una simple*

*orden de ambulancia, la educación, el cuidado permanente, [al] hacer una curación, instalar una vía venosa, en todos esos ámbitos vemos la Gestión del Cuidado en (...), distintas ramas, niveles (...)*”.

Por otra parte, las prácticas que reflejan la Gestión del Cuidado son estrictamente ligadas a etapas y tareas del proceso administrativo, interpretando así que las/os enfermeras/os asocian que las prácticas principales en torno a la Gestión del Cuidado son tareas propias del proceso administrativo. Lo anteriormente mencionado se logra evidenciar en los siguientes testimonios:

*ENF 2 D.8 “(...) [Llevando su mano al mentón y apoyando el codo] (...) yo diría que es la preparación de un paciente [para pabellón] (...), [donde] se realizan diferentes cosas que uno no ve en otros servicios, por ejemplo, (...) tiene que estar atento [de los] requisitos para ir a pabellón:(...) exámenes, consentimiento informado, realizar una hoja pre quirúrgica, si es una cirugía mayor tomar prueba de compatibilidad (...), [en] todo ese proceso que se va haciendo (...) uno ve la gestión (...)*”.

*ENF 7 D.16 “(...) la supervisión, el control, todas las etapas de la gestión (...), la comunicación también es un punto súper importante para saber en qué estamos fallando (...), que hay que modificar [y] arreglar (...)*”.

#### **4.3.2 Subcategoría la formación profesional**

Esta subcategoría se define como el conocimiento teórico, el estudio y el aprendizaje que es encaminado a la inserción laboral y al quehacer diario de la/el enfermera/o. Es en esta unión teórico-práctica donde el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es el constructo Gestión del Cuidado de manera integral. Esto se da a conocer en los discursos presentados a continuación:

*ENF 9 D.4 “(...) la Gestión del Cuidado como enfermeras aborda (...) todas las áreas biopsicosociales; por eso es que es tan importante que nosotras tengamos también buenas bases en el aspecto teórico, porque cuando uno llega a un servicio te das cuenta que [estos son] los recursos disponibles, y tienes que hacer malabares, para [otorgar una] atención integral (...)”.*

*ENF 9 D.15 “(...), la universidad te entrega herramientas con relación a la gestión, pero uno no las internaliza hasta que está ejerciendo (...)”.*

Actualmente a la carrera de Enfermería, se le asigna una gran importancia al proceso de formación de pregrado, con la finalidad de lograr transformaciones en la elaboración del pensamiento y juicio crítico, pilar en la toma de decisiones en el cuidado. Es en este contexto que González A, concluyó que “el proceso de enseñanza influye de forma decisiva en la gestión de cuidados de Enfermería con calidad...” (90). Esto revela que, para el profesional enfermero, la Gestión del Cuidado se constituye como un elemento esencial en su quehacer diario, el cual es adquirido desde su formación en pregrado; no obstante, a pesar de ello, se observa en los descritos una disparidad en la interpretación de esto, lo que se refleja en los siguientes discursos:

*ENF 10 D.9 “(...) nosotros vivimos de eso, es como el aire que [se respira], no puede ser de otra forma, nos [forman] así (...)”.*

*ENF 9 D.16 “(...), cuando tú vas a práctica, casi sólo haces técnica, y el área de gestión es muy limitada; (...), pero no te llevan a la práctica: “usted tramite esto”, que “usted haga esto”, que “usted coordine esto”(…), lo teórico es una cosa, pero llevarlo a la práctica es totalmente distinto (...) [pero] en la medida que una más lo haga, se va haciendo más fácil llevarlo a cabo y vas integrando todo (...)”.*

### 4.3.3 Subcategoría la/el enfermera/o como gestor/a

Esta subcategoría se repite en el análisis de los discursos, definiéndose como el profesional enfermero que logra la puesta en marcha del conjunto de conocimientos administrativos que le permiten realizar labores de supervisión y toma de decisiones, favoreciendo positivamente en la mejora de la calidad en la atención. Frente a esta descripción es que una de las prácticas más habituales que operacionalizan la Gestión del Cuidado a través de la planificación y de la supervisión. A continuación, se evidencia lo descrito:

*ENF 4 D.2 “(...) planificar cada cuidado con cada paciente, para poder ir supervisando que se vayan realizando todos los cuidados pertinentes (...).”*

*ENF 11 D.7 “(...) La supervisión refleja mucho la Gestión del Cuidado, eso es como lo principal (...).”*

*ENF 4 D.6 “La supervisión [es] diaria”.*

La supervisión permite dar operatividad al constructo Gestión del Cuidado, implica que el profesional enfermero realice una materialización óptima del cuidado planificado por medio de la vigilancia y el control. No obstante, a pesar de que en la mayoría de los discursos asocia la Gestión del Cuidado a actividades del proceso administrativo, llama la atención el siguiente discurso, el cual hace una diferencia entre gestión como tal (administración) y Gestión del Cuidado, refiriendo que esta última involucra todo el proceso de cuidado (incluyendo la supervisión) :

*ENF 6 D.7 “(...) la gestión como tal, porque si no, nuestra gestión es gestión solamente, entonces, necesitamos supervisar [si] efectivamente nuestras intervenciones lograron el objetivo que nosotros estábamos buscando, sino, (...) todo queda en lápiz (...) para nosotros saber que la Gestión del Cuidado se está llevando a cabo es [necesario] supervisar que esto realmente se esté*

*cumpliendo (...)*”.

La implementación de la Gestión de Cuidado exige al profesional enfermero la capacidad de analizar críticamente las diferentes situaciones a las que deba enfrentarse y con ello tomar decisiones y ejecutar acciones que favorezcan siempre la mejoría del paciente (26). Esto se ve evidenciado en el siguiente testimonio:

*ENF 8 D.9 “(...) antes acá existía una enfermera para el turno de noche, usted comprenderá que mediana complejidad es un servicio muy grande, entonces, hacíamos turnos nosotras solas y muchas veces teníamos que tomar determinaciones sin el consentimiento de un médico(...), siempre en pro del paciente (...) sin saltarse los conductos(...) eso tiene que ver también con la Gestión del Cuidado, eso es algo de nuestro quehacer diario, ser determinante, tomar decisiones(...), en pro del paciente (...)*”.

De la mano del discurso anterior dentro de esta subcategoría, la práctica que refleja o representa el constructo Gestión del Cuidado para el profesional enfermero, son todas las actividades desarrolladas a diario, especialmente aquellas que están ligadas a tareas administrativas (“papeleo”), lo cual se expresa en el siguiente discurso:

*ENF 9 D.8 “(...), En todo, porque tenemos que ver todas las cosas, los protocolos (...), tenemos hojas para [todo], hojas prequirúrgicas que se tienen que hacer a todos los pacientes que vayan a pabellón; después, cuando regresan de recuperación (...), en el cambio de turno (...), todos los libros de registros que tenemos (...)*”.

Agramonte del Sol A. explica cómo la calidad y la Gestión del Cuidado son elementos fundamentales para la satisfacción de las exigencias de los pacientes, familiares y equipo de salud, y como esta a su vez conlleva al cumplimiento de las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema; “...siendo la excelencia todo el esfuerzo por lograr resultados favorables con el mínimo de gasto posible, es esforzarnos con las personas a nuestro cuidado como quisiéramos se esforzaran con nosotros mismos...”; es decir, que al constructo Gestión del Cuidado contribuye a la calidad siempre y cuando su objetivo sea satisfacer las necesidades del usuario. Es dar respuesta al compromiso particular que se asume formalmente ante la sociedad de cuidar al más vulnerable, comprometiendo todo su ser (91). Finalmente, bajo este contexto es que el cuidado entregado se ve reflejado en la sensación de bienestar de la persona y familia atendida, favoreciendo así la satisfacción laboral y la mejora continua de la calidad de la atención, lo cual se evidencia en el siguiente discurso:

*ENF 12 D.25 “(...), cuando el paciente se va a su casa, agradecido de la atención, de los cuidados, creo que ese es el mejor reflejo, porque esto implica que detrás hubo una enfermera que se preocupó [golpea la mesa con sus manos, reafirmando] de hacer las curaciones de manera oportuna, que se preocupó de que, si el paciente tenía tos o estaba con fiebre, le avisó al médico, y el médico pudo abordar eso de forma oportuna; se preocupó de que (...), si no lo venía a ver nadie buscó al familiar; se preocupó de un montón de cosas, por las cuales el paciente se va bien (...).”*

#### 4.4 CATEGORÍA EXPERIENCIAS

Según la definición realizada para esta categoría la cual corresponde a “*Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas*”, en el análisis de los discursos se identificaron dos subcategorías que se indican a continuación:

- Factores internos que influyen en la construcción del concepto Gestión del Cuidado
- Factores externos que influyen en la construcción del concepto Gestión del Cuidado.

##### **4.4.1 Subcategoría factores internos que influyen en la construcción del concepto Gestión del Cuidado.**

Esta categoría se refiere a todas aquellas conductas y actitudes que afloran de vivencias personales, permitiendo el acto reflexivo, el compromiso y el conocimiento en el quehacer diario, lo que provoca en el profesional un profundo deseo por ayudar al otro y que influye en la construcción de su concepto de Gestión del Cuidado, lo cual se evidencia en el siguiente relato:

*ENF 1 D.10 “(...), una familiar que estuvo con cáncer y siento que un buen profesional debería haberla guiado y ayudado más en el momento (...) [del] diagnóstico (...), el hecho de que [me] tuve que hacer cargo como familiar más que como enfermera, me di cuenta de que es algo transversal y que debería tener siempre en cuenta (...), gestionar todo lo que tiene hacer el paciente, para que no quede ahí, porque es lo que le pasó a ella, hay gente que se tiene que hacer quimio y radio, pero ella no supo qué más tenía que hacer, y eso hizo que se retrasara el tratamiento (...), uno tiene que velar por el paciente, que si tiene un tratamiento en particular que se lleve a cabo cuando corresponde (...).”*

En el siguiente discurso se logra expresar que el acto reflexivo del profesional enfermero al momento de la entrega del cuidado, le otorga un mayor valor al quehacer.

*ENF 6 D.8 “(...) uno siempre debe pensar que el paciente que estás atendiendo puede ser tu familiar, tu mamá; (...), cuando uno le toca estar del otro lado, quizás, y ser familiar de pacientes o paciente, entonces ahí uno valora lo que es realmente (...), una buena gestión (...).”*

Dentro de las experiencias reconocidas por el profesional de Enfermería que han logrado en la construcción de su propio concepto de Gestión del Cuidado es el compromiso constante por resguardar el bienestar de la persona atendida como una labor principal e imperante, agotando los recursos, humanos y materiales para lograr la resolución de la situación de cuidado. Lo cual se refleja en el siguiente discurso:

*ENF 9 D.17 “(...) todos [los pacientes] ingresan descompensados, con patologías de base, mucho paciente en situación calle, y en este contexto [te preguntas]: “¿qué hago?” “(...), ahí uno tiene que comenzar a abrir redes: en primera instancia, hablar con el asistente social; creo que uno de los casos en los que yo fui más insistente en relación con la gestión, un paciente que me llegó con antecedentes de esquizofrenia, el paciente llegó policontuso: estaba, golpeado completamente, al punto que hizo una rabiomíolisis; tenía sus ojos de mapache, un paciente de mucha altura, grande, pero siempre muy educado y respetuoso. Él no llegó descompensado por su patología de base: llegó para ser tratada su rabiomíolisis; y una vez que se compensó, le dieron el alta; entonces yo le informé a el hogar en el que estaba, que era un hogar particular, y el cuidador o administrador no quería recibirlo; entonces yo le digo “pero, por qué no lo vas a recibir”, “no pero es que él requiere evaluación con psiquiatra”, “que ya lo evaluó*

*psiquiatra y le dieron el alta”, “no, es que yo no lo voy a recibir si no tiene evaluación por psiquiatra por el doctor tanto”. Perfecto. Ahí yo me moví con el médico tratante, con el becado, con el asistente social, pedí nuevamente, se evaluó tres veces al paciente y de su patología de base el paciente fue dado de alta; entonces tuve que comunicarme nuevamente; ya no estaba conforme con la respuesta que me daba el cuidador, porque cambió las versiones: ya no era por su patología descompensada, era porque no le habían pagado la mensualidad; entonces, ahí yo tuve que ponerme ya un poco más pesada y decirle “ a ver, ¿cuál es la situación?: tú no quieres recibirlo por este motivo o por este otro?... porque este motivo ya está resuelto, y este otro, bueno, tú tienes que verlo directamente con la persona que está a cargo”. Finalmente, viendo la situación del paciente (...), con el médico tratante creemos que él no había sido violentado en la calle, como se había mencionado inicialmente, sino que en el hogar, y a raíz de esto es que tampoco lo querían recibir; así que la asistente social tuvo que notificar esta situación para que se fuera a fiscalizar; y cuando el cuidador ya vino, muy molesto, a buscar el paciente que ya estaba de alta, abre el banano y dice “ a mí el médico me recetó estos Haldol en el caso de que el paciente se agite”. Tenía una bolsa que tenía unos 10, 20 Haldol, y dije “estos medicamentos tú no puedes administrarlos sin indicación médica; si los tiene registrados, sí, y espero que la colega que esté en tu hogar no los administre porque sí, porque el paciente está tranquilo”, hasta que se lo llevó, pero se lo llevó con todas (...) las indicaciones de que el caso había sido expuesto ya para ser evaluado y para ser fiscalizado, pero... y ahí uno se queda (...) tranquila, porque yo le insistía al asistente social: “(...), no lo podemos dejar ir así, porque le va a poner los Haldol y lo va a planchar, y quizás de nuevo le puedan pegar”; entonces, ahí se hizo todo lo que estaba al alcance para agotar todos los cursos disponibles, hasta que se lo llevó (...).”*

Martínez S; en su artículo “Factores motivacionales en la elección de los estudios de Enfermería” destaca que *“la mayoría de los encuestados estudia Enfermería “por vocación y/o deseo de ayudar a los demás”, independientemente de la edad y de los años de profesión, ante lo cual se puede resaltar el carácter vocacional de esta profesión a lo largo del tiempo”* (92), Lo cual está íntimamente ligado al conocimiento adquirido a través de una experiencia de vida personal, la que permite que aflore el interés innato de ayuda al otro (vocación), esto se expresa en el siguiente testimonio:

*ENF 11 D.8 “(...) eso es principal, yo siempre digo que entré a estudiar Enfermería porque no tenía claro qué quería en la vida, (...) yo quería algo totalmente distinto a esto; y mi profesora de biología me dijo “es que siempre te hemos visto en esto”, digo “ya, lo voy a hacer”. (...), y [no me gustaba], (...) hasta que mi abuelo cayó enfermo y (...) vi la realidad de un hospital, ahí cambió mi pensamiento y me enamoré de la Enfermería (...)”.* Por otra parte, dentro de las experiencias principales destaca el acto de entregar cuidados, ya que esta acción genera un sentimiento de bienestar en el profesional enfermero, así mismo la vivencia propia de recibir cuidados fortalece este sentimiento, lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

*ENF 12 D26 “(...), el querer hacer algo por alguien y poder hacerlo (...), porque si yo quiero que la persona mejore puedo hacer muchas cosas (...), eso es lo que a mí me gratifica; y que después pueda llegar a mi casa con la tranquilidad de que hice todo lo que tenía que hacer, todo lo que (...) estaba en mis manos (...)”.*

*ENF 12 D27 “(...), cuando a uno le dicen “gracias señorita”(…), a veces uno no mide realmente que tan agradecida se va la gente; entonces, yo lo veo del otro lado, yo he estado como paciente (...) realmente uno agradece mucho(...), yo me he ido como paciente sintiendo que le debo a la gente, que les necesito traer algo (...) porque no sé cómo demostrar mi gratitud;(…) uno dice, “en*

realidad la gente agradece”(…), eso es gratificante (…)”.

#### **4.4.2 Subcategoría factores externos que influyen en la construcción del Concepto Gestión del Cuidado**

Esta categoría se refiere a todas las vivencias académicas y laborales, que le permiten a la/el enfermera/o adquirir aquellas habilidades necesarias para el desarrollo de su quehacer diario y que influyen en la construcción de su concepto de Gestión del Cuidado. En la aplicación de la teoría en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es Gestión del Cuidado. Lo cual se refleja en los siguientes discursos:

*ENF 1 D.8 “(…), uno empieza desde la universidad (…), sobre todo en internado (…), ahí recién se da cuenta realmente de qué es lo que hace el profesional de Enfermería(…), [luego] cuando te haces cargo tú de tus pacientes [sin] nadie al lado, [sin] una profe que te guíe(…)”.*

*ENF 1 D.9 “(…), la experiencia que uno va teniendo (…), desde que está estudiando [hasta el conocimiento que se incorpora trabajando] (…)”.*

Bajo este mismo contexto es que, Medina J. define la experiencia de la aplicación teórico práctico como “*la relación entre conocimiento y acción, que no es directa, sino que está mediada por aquella comprensión o interpretación consensuada de significados. La acción no se deriva de la aplicación de reglas algorítmicas, sino que se funda en la comprensión que tienen de la situación los participantes en la misma*” (93), lo cual se refleja en el siguiente discurso:

*ENF 7 D.17 “(…), todos los días uno aprende cosas nuevas, lo más importante es aprender a planificarse y organizarse, cuando uno empieza a trabajar, lo que más te cuesta [es] organizarte con los tiempos y el tiempo te va dando la expertiz para poder hacer una buena planificación, saber con el*

*pensamiento crítico, en que me enfoco primero, que es más importante(...), para darle atención al que está más complejo y saber priorizar(...), me lo ha dado la experiencia aquí, en la clínica y en distintos lugares en los cuales he trabajado(...), las experiencias clínicas diarias te van dando tu propia construcción de Gestión del Cuidado (...)*”.

*ENF 5 D.12 “(...), cuando uno estudiaba, era como un título de gestión (...), pero uno al verlo como ramo, es tan lejano, pero al empezar a trabajar desde el día uno, uno empieza (...), y es la (...) mayor experiencia, porque ahí uno ve todo(...)*”.

Dentro estas mismas experiencias de aplicación, se constituye como parte fundamental el ingreso al mundo laboral y con ello todo lo que implica para la/el enfermera/o, como por ejemplo el trabajo en equipo, en donde los roles del equipo de Enfermería se encuentran definidos, por lo que el profesional enfermero lidera la organización de estas funciones, lo cual se evidencia en el siguiente discurso:

*ENF 2 D.9 “(...), la organización del equipo (...) de Enfermería, porque acá en el servicio, cada quien sabe que procedimiento tiene que hacer, de qué es lo que está encargado, entonces es (...) una organización y que se da gracias a la gestión que se hace del cuidado (...)*”.

Por otra parte, dentro de los factores externos destaca la presión generada en el servicio, la cual permite que el profesional enfermero identifique sus fortalezas, debilidades y gustos en el quehacer, potenciando sus habilidades profesionales lo cual se refleja en los siguientes relatos:

*ENF 8 D.10 “(...), el hecho de trabajar acá, trabajas en base a la presión, todos te presionan(...); [eso] te ayuda a (...) [darte] cuenta (...) de que estás hecha como profesional, porque no cualquiera podría trabajar con alta presión, no todos*

*tienen tolerancia a la frustración(...), te vas decepcionando de ciertas cosas, pero en base a lo que es neto de la carrera misma, el mismo campo laboral te va dando la experiencia, te vas haciendo más asertiva, pero si [adquieres] una expertiz (...)*”.

*ENF 8 D.11” (...), es tanto la presión y la responsabilidad que de alguna u otra forma tu capacidad mental aumenta(...), eso lo da (...), la rutina diaria(...)*”.

Además, en esta subcategoría se encuentra el factor externo de gestiones y tareas administrativas, es en estas dos instancias en donde el profesional enfermero va siendo modelado y logra reunir y poner en acción todas sus capacidades tanto administrativas como también su vocación y entrega hacia agotar todos los recursos administrativos disponibles para lograr una atención de calidad e integral, esto se refleja en los siguientes discursos:

*ENF 3 D.7 ”(...), cuando hacemos gestiones, por ejemplo, y médicos nos indican tramitar documentos o cosas así, claramente el médico deja los papeles y uno se encarga de acelerar todos los procedimientos para que el paciente tenga sus controles más cercanos, que no esperen tanto, entonces(...), ahí uno gestiona, se preocupa, de coordinar(...), en este caso con recaudación o con otros servicios para que el paciente logre su terapia más rápido (...)*”.

*ENF 9 D.17 “(...) todos [los pacientes] ingresan descompensados, con patologías de base, mucho paciente en situación calle, y en este contexto [te preguntas]: “¿qué hago?” (...), ahí uno tiene que comenzar a abrir redes: en primera instancia, hablar con el asistente social; creo que uno de los casos en los que yo fui más insistente con relación a la gestión, un paciente que me llegó con antecedentes de esquizofrenia, el paciente llegó policontuso: estaba, pero golpeado completamente, al punto que hizo una rabiomíolisis; tenía sus ojos de mapache, un paciente de mucha altura, grande, pero siempre muy educado y respetuoso. Él no llegó descompensado por su patología de base: llegó para ser tratada su rabiomíolisis; y una vez que se compensó, le dieron el alta; entonces*

*yo le informé a el hogar en el que estaba, que era un hogar particular, y el cuidador o administrador no quería recibirlo; entonces yo le digo “pero, por qué no lo vas a recibir”, “no pero es que él requiere evaluación con psiquiatra”, “que ya lo evaluó psiquiatra y le dieron el alta”, “no, es que yo no lo voy a recibir si no tiene evaluación por psiquiatra por el doctor “tanto””. Perfecto. Ahí yo me moví con el médico tratante, con el becado, con el asistente social, pedí nuevamente, se evaluó tres veces al paciente y de su patología de base el paciente fue dado de alta; entonces tuve que comunicarme nuevamente; ya no estaba conforme con la respuesta que me daba el cuidador, porque cambió las versiones: ya no era por su patología descompensada, era porque no le habían pagado la mensualidad; entonces, ahí yo tuve que ponerme ya un poco más pesada y decirle “ a ver, ¿cuál es la situación?: tú no quieres recibirlo por este motivo o por este otro?. porque este motivo ya está resuelto, y este otro, bueno, tú tienes que verlo directamente con la persona que está a cargo”. Finalmente, viendo la situación del paciente(...), con el médico tratante creemos que él no había sido violentado en la calle, como se había mencionado inicialmente, sino que en el hogar, y a raíz de esto es que tampoco lo querían recibir; así que la asistente social tuvo que notificar esta situación para que se fuera a fiscalizar; y cuando el cuidador ya vino, muy molesto, a buscar el paciente que ya estaba de alta, abre el banano y dice “ a mí el médico me recetó estos Haldol en el caso de que el paciente se agite”. Tenía una bolsa que tenía unos 10, 20 Haldol, y dije “estos medicamentos tú no puedes administrarlos sin indicación médica; si los tiene registrados, sí, y espero que la colega que esté en tu hogar no los administre porque sí, porque el paciente está tranquilo”, hasta que se le llevó, pero se lo llevó con todas las, en fondo, con las indicaciones de que el caso había sido expuesto ya para ser evaluado y para ser fiscalizado, pero... y ahí uno se queda (...) tranquila, porque yo le insistía al asistente social: “(...), no lo podemos dejar ir así, porque le va a poner los Haldol y lo va a planchar, y quizás de nuevo le puedan pegar”; entonces, ahí se hizo todo lo que estaba al alcance para agotar todos los cursos disponibles, hasta que se lo llevó (...).”*

Por último la Enfermería es una profesión que está inmersa bajo altos niveles de estrés, lo cual puede conducir a una situación de insatisfacción laboral, a su vez está involucrada en un equipo de trabajo con el cual debe complementarse, lo cual para el profesional enfermero es un gran desafío, marca su vida y a su vez permite el desarrollo de su rol principal como Gestor del Cuidado, por lo que el trabajo en equipo es una experiencia que debe ser gratificante para el profesional, ya que tiene un mayor valor un clima laboral afable que un clima laboral tenso, todo aquello para el desarrollo del profesional en su rol, esto se refleja en el siguiente testimonio:

*ENF 10 D.11 “(...), el trabajo te va marcando: el hacer turnos te marca, el trabajar con colegas te marca (...), te vas dando cuenta que (...), vale mucho más la pena llevar un buen ambiente (...) laboral, porque esta es tu segunda familia, (...) a veces todo puede funcionar como reloj, pero si no trabajas a gustos o en un clima ameno, es (...) perjudicial para el equipo en general (...).”*

## 4.5 CATEGORÍA CAMPO REPRESENTACIONAL

Según la definición realizada para esta categoría la cual corresponde a “*El núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado*”, en el análisis de los discursos se identificaron las siguientes tres subcategorías:

- Estereotipos de Enfermería
- La/el enfermera/o como gestor/a
- Imagen figurativa de la/el enfermera/o como cuidador/a.

### 4.5.1 Subcategoría estereotipos de Enfermería

Esta categoría se refiere a las imágenes, ideas o nociones que tiene la sociedad y que se encuentran interiorizadas por las/os enfermeras/os sobre sí mismas/os a las que le son atribuidos de forma generalizada conductas, cualidades, habilidades o rasgos distintivos respecto a su rol.

Dentro de esta subcategoría destaca la imagen del referente directivo, el cual refleja el empoderamiento e iniciativa de la/el enfermera/o en el desarrollo de las diversas actividades realizadas en torno al cuidado, generando así un sentimiento de admiración y seguridad por parte de sus pares, lo cual se muestra en los siguientes relatos:

*ENF 5 D.14 “(...) considero que nuestra gestora de la Gestión del Cuidado (...), para mi es una persona admirable (...), ellas están preocupadas continuamente de todos los servicios, (...), de ver en qué podemos estar fallando, cómo mejorarlo, o sea en ese sentido están haciendo bien su labor (...).”*

*ENF 12 D.29 “(...) cuando me hablan de gestión del cuidado, lo primero que se me viene a la mente son las coordinadoras (...). Si hay un buen líder (...), todas las batallas se van a dar por ganadas, mientras nos mantengamos unidos (...).”*

*ENF 12 D.30 “(...) Entonces, (...) cuando me hablan de esto, se me viene a la mente esta subdirección (...); me da hasta cierto orgullo [asiente con la cabeza y sonríe], (...)siento admiración, siento muchas cosas de ese tipo, (...) no es algo de ambición, sino más bien algo personal, (...) poder llegar a generar ese impacto (...).”*

Por otra parte, dentro de esta subcategoría se visualiza que en la actualidad el/la enfermero/a tiene una imagen propia de subordinación frente a otros miembros del equipo de salud, por lo cual debe obedecer órdenes que son otorgadas. Esto se logra dar a conocer en el discurso mostrado a continuación:

*ENF 5 D.9 “(...) nosotros somos los últimos del escalafón y tenemos que hacerle caso a lo que nos dicen (...).”*

La Enfermería, desde sus inicios, carga con una simbología (imagen) que la caracteriza y que contiene un significado importante en su desarrollo como profesión. Un componente esencial de esta imagen es la estética del profesional enfermero, como bien expone León C. en su artículo “El uniforme y su influencia en la imagen social”, en donde afirma que *“La utilización de una vestimenta adecuada, responde a las normas y exigencias de la profesión, así como el respeto que le tiene a la sociedad, elementos que favorecen una adecuada imagen social. Una enfermera o enfermero vestido correctamente inspira confianza y es socialmente respetado”* (94). Bajo este contexto, se identifica a través de los discursos, la latente imagen pulcra que caracteriza al profesional enfermero, lo cual genera un fuerte sentimiento de empatía y una postergación de sus preferencias de imagen personal que favorece la confianza que proyecta a la persona familia y comunidad atendida. Esta imagen se evidencia en los siguientes relatos:

*ENF 12 D.21 “(...) yo veo una generación nueva que anda toda chascona,*

*con las mechas sueltas (...); cualquiera creería que es cualquier persona y no es por un tema de clasismo o de discriminación (...)*”.

*ENF 12 D.23 “(...) porque ahí yo creo que para todos es lo mismo; es muy distinto [ver] entrar a una persona que viene ordenadita, (...) impecable, con el pelito tomado, las uñas limpias (...), bien ordenada, con uniforme acorde(...), a una persona que entra toda chascona, con la uñas largas, llena de aro, de pulsera, (...), es la impresión, y (...) muchas veces yo veo que hay harto descuido (...)*”.

*ENF 12 D.24 “(...), pero nosotras las enfermeras, así como muchas otras profesiones, usamos el uniforme por algo, porque hay que andar con uniforme (...), nadie dice que después de la salida [no] puedan andar como quieran; pero es eso, es el [valor] que uno le da a la profesión (...)*”.

#### **4.5.2 Subcategoría la/el enfermera/o como gestor/a**

Esta categoría se refiere a la representación que tiene la/el enfermera/o respecto a sus actividades en el ámbito administrativo y clínico, cuya finalidad es lograr una óptima atención, a través de la supervisión de estas actividades, lo cual se refleja en los siguientes discursos:

*ENF 2 D.10 “(...) es (...) todo. Para mí la Gestión del Cuidado es lo que uno hace diariamente, por ejemplo, nosotras como enfermeras (...) nos organizamos en que se hace en todo el turno(...), primero uno siempre hace los procedimientos(...) después uno va a ver indicaciones médicas y va a tramitar lo que son interconsultas,(...) entonces todo lo que uno va haciendo diariamente son Gestión del Cuidado, organizar el cuidado, de saber cómo nos vamos a organizar para cuidar a este paciente (...)*”.

*ENF 3 D.8 “(...) la mejoría del paciente (...)*”.

Valdebenito J; en su artículo “Gestión del Cuidado: valoración y

*conocimiento de enfermeros/as de un hospital de la región Metropolitana, Chile”*

Destaca y expone la imagen del profesional enfermero como gestor y define la Gestión del Cuidado como “*un arquetipo de gestión, donde se incorpora el profesional enfermero, que requiere de herramientas administrativas inherentes a la profesión, actividades proporcionadas y coordinadas a partir de la gestora del cuidado, los cuales faciliten el planificar, organizar, dirigir y evaluar los recursos económicos*”(44). Bajo este contexto es que dentro de esta subcategoría la Gestión del Cuidado se representa como imagen a través de la etapa de organización del proceso administrativo y a su vez como la materialización de esta representada en los protocolos y la estandarización.

*ENF 3 D.9 “(...) la organización (...)”*

*ENF 7 D.18 “(...), Gestión del Cuidado (...), la gestión propiamente tal, que esté todo regulado, [estandarizado, informado] para que se cumpla (...)”.*

Por último, dentro de esta subcategoría destaca la supervisión como la vigilancia o dirección de la realización de las acciones de cuidado, la cual refleja de forma vívida la gestión del cuidado, esto se ve explicitado en el siguiente discurso

*ENF 11 D.7 “(...) La supervisión refleja mucho la gestión del cuidado, eso es como lo principal (...)”.*

#### **4.5.3 Subcategoría imagen figurativa de la/el enfermera/o como cuidador/a**

Esta categoría se define como la imagen que proyecta la/el enfermera/o representada en una persona que realiza cuidados, lo cual se evidencia en los siguientes discursos:

*ENF 5 D.13 “(...) la imagen que a mí se me viene a la mente con Gestión del Cuidado es una cama, un paciente, su unidad y yo, mirando (...), de forma global (...)”.*

*ENF 1 D.11 “(...), uno como enfermera, eso es lo que se [me] viene a la mente, el profesional de Enfermería, haciéndose cargo de su profesión y [representándolo] bien, porque yo creo que la población en generalmente no tiene claro lo que hace Enfermería(...), siempre te van a confundir desde el auxiliar hasta al médico, y nunca tienen claro bien quién es el enfermero, entonces, esa es la imagen que se me viene a mí: el profesional enfermera haciéndose cargo (...), de lo que su profesión hace (...), que es gestionar el cuidado de cada paciente, desde lo más mínimo(...), a lo más grande(...), y que se hagan las cosas como corresponde(...)”.*

*ENF 4 D.8 “(...), un (...) cuidados destinados a cada paciente”. ENF 11 D.11 “Un enfermero (...)*

*ENF 10 D.13 “(...), me imagino a la enfermera (...), la enfermera viendo todo lo que tiene que hacer.” (...), Gestión del Cuidado es Enfermería (...)”.*

*ENF 6 D.9 “(...), es igual a Enfermería (...), me imagino una enfermera, un enfermero (...)”.*

Bajo este mismo contexto Estefo S. y Paravic T. en el artículo: “Enfermería en el rol de gestora de los cuidados” destaca que la Gestión del Cuidado es propia de los profesionales de Enfermería, es decir, “es entendida como el ejercicio profesional de la/el enfermera/o sustentada en su disciplina, la ciencia de cuidar” (83). De la mano de esto, es que a continuación se presenta un relato que destaca que la Gestión del Cuidado es representada como el sello de la profesión:

*ENF 8 D.12 “(...), es nuestro sello (...), nos respalda y avala el hecho de ser enfermeras (...)”.*

Por otra parte, dentro de esta subcategoría destaca la imagen que tiene el profesional enfermero respecto a la Gestión del Cuidado el cual cree que esta se refleja de manera preponderante en la atención cerrada. Esto es evidenciado en los siguientes relatos:

*ENF 12 D.15 “(...) cuando uno habla de la Gestión del Cuidado en hospital: una enfermera en el hospital, ¿qué es lo primero que uno ve o asocia? Que la persona le da las curaciones y le da los remedios, es todo lo que la persona ve, la comunidad ve (...)”.*

*ENF 9 D.18 “(...) el ámbito hospitalario es como el más representativo en este contexto (...), acá las estadías tienden a ser prolongadas, por lo tanto, uno tiene un mejor manejo de lo que es la Gestión del Cuidado en sí (...)”.*

Finalmente, el profesional enfermero debe inspirar confianza hacia la persona, familia y comunidad atendida, es por esto que debe mantener una imagen pulcra postergando sus preferencias personales en cuanto a su imagen, generando un gran sentimiento de empatía hacia sus pacientes. Esto se refleja en el siguiente discurso:

*ENF 12 D.22 “(...) no hay que olvidar que uno tiene que inspirar confianza para el otro, no para mí: si yo me siento confiada con lo que yo soy [lleva su mano al pecho], no tengo por qué andar demostrándole al mundo que yo soy confiada de mí, pero si yo estoy estudiando esta carrera tengo que pensar en el otro(...), quizás el otro no esté pensando igual que yo, pero yo sí tengo que pensar en el otro; por lo tanto, si yo considero o alguien me dice que mi imagen puede espantar a alguien o puede provocar desconfianza, yo me debo preocupar de eso (...)”*

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

## 5. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

### 5.1 DISCUSIÓN

Para el desarrollo de esta etapa, los resultados obtenidos previamente serán analizados en base a dos teorías:

La primera de ellas es la teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici, interpretada por Denise Jodelet a través de las siguientes categorías apriorísticas: Creencias y Opiniones, Actitudes, Experiencias, Prácticas y Campo Representacional (34).

Además, se considerará la teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson, que define este como un *“Arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía, cuerpo-mente-espíritu, utilizando 10 factores de cuidado (sic)”* (31).

Jean Watson considera el momento del cuidado como la ocasión en que el profesional y otra persona se conectan para el cuidado humano en un tiempo y espacio determinado, donde se comprometen valores, conocimientos, voluntad, y compromisos propios de esta acción (95). Paralelamente, Denise Jodelet define el concepto de Creencias y Opiniones como *“La forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”*(34).

En relación a lo descrito anteriormente, es que al indagar sobre las **creencias y opiniones** (primer tópico de las Representaciones Sociales) con respecto al constructo Gestión del Cuidado, los participantes estiman al profesional enfermero como el garante de los cuidados, es decir, el encargado de proteger las salud y avalar las actividades de cuidado en el ámbito clínico y administrativo, las cuales son de su exclusiva responsabilidad y que muchas veces son complemento a otras disciplinas. En este sentido históricamente se ha evidenciado que la/el enfermera/o siempre ha sido el profesional encargado de brindar cuidados, por lo que es quien asume una gran responsabilidad en la entrega de este, existiendo en la actualidad un reconocimiento legal que establece

una serie de desafíos, que implican fortalecer funciones y atribuciones en el quehacer diario del profesional. Así lo indican Estefo S. y Paravic T.: *“a través del artículo N° 113 y la normativa administrativa N° 19, se le confiere a la enfermera la responsabilidad de “la gestión del cuidado”, lo que implica una serie de funciones, atribuciones y responsabilidades, donde el rol de la enfermera como gestora del cuidado cobra importancia y a la vez desafíos”* (83).

Junto con lo anterior, las/os enfermeras/os poseen la convicción de que el profesional es gestor de acciones administrativas que involucran los cuidados realizados y la organización de estos. Lo que se refleja en la bibliografía encontrada, donde el profesional es el encargado de organizar, dirigir y controlar los recursos económicos, financieros y/o políticos para lograr determinados objetivos con eficacia y eficiencia (9).

Al reconocer al profesional de Enfermería como gestor, se le atribuye también como el encargado de liderar y supervisar todas las actividades donde se lleven a cabo acciones de cuidado. Esto se refleja en el artículo *“Percepción del liderazgo en las/os enfermeras/os de un hospital del sur de Chile”*, donde se reconoce al liderazgo como un elemento fundamental para el desarrollo de las diversas funciones en el ámbito de la práctica profesional, que por consiguiente provoca que el profesional sea el encargado de dirigir, motivar y supervisar a su equipo, en base a las metas del establecimiento e influyendo así en el comportamiento de éstos (96).

Las/os enfermeras/os poseen la certidumbre fehaciente de relacionar su actuar con la disciplina enfermera, es decir, con su saber propio, que es el cuidado; logran conectar el cuidado, la forma en que este se entrega y su desarrollo conceptual, logrando como resultado un soporte reflexivo e ideológico que fundamenta su hacer; en otras palabras, lo consideran como una función inherente al quehacer diario, lo cual le brinda una independencia y autonomía profesional. En este contexto, Jean Watson, afirma que el quehacer diario de la enfermera se sostiene en la relación de valores humanísticos y conocimientos científicos adquiridos a lo largo de la vida o su formación profesional,

respectivamente, y que constituyen la esencia de la disciplina; este soporte facilita la expresión de Enfermería como un “arte”, donde el profesional es capaz de comprender las características emocionales del otro, empatizar con sus sentimientos y entenderlos como su experiencia (95).

Las/os enfermeras/os consideran como elementos de cuidado, la forma en que se entrega y su desarrollo contextual, generando de esta forma, una conexión entre el profesional enfermero y la persona, lo cual permite expandir la capacidad humana en su hacer, tal como lo describe Watson en su teoría. No obstante, el exceso de labores administrativas limita su materialización, lo que se traduce en la pérdida del cuidado transpersonal y a pie de cama, tal como lo describen explícitamente los informantes en el estudio (95).

Un segundo aspecto que forma parte de las Representaciones Sociales; son las **actitudes**, las que se definen como “*la posición que va a asumir el profesional de Enfermería ya sea positiva o negativa frente a la Gestión del Cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, entre otros), afectiva y tendencial*”(43); en esta caso los participantes reconocen la identidad social de la/el enfermera/o como su rol dentro de los diversos contextos de cuidado, lo que les permite distinguirse de otros profesionales, formando el concepto de un “yo” enfermera/o. Este rol social de la Enfermería depende del conocimiento clínico y de la experiencia que obtiene de su quehacer, lo que no le limita en ejercer solo una función asistencial, sino que permite desarrollar otros ámbitos de actuación con autonomía y responsabilidad propia, desprendiéndose del carácter subordinado y dependiente (97).

Según Watson, es relevante la utilización del proceso de Enfermería para la visibilización y distinción del quehacer enfermero, puesto que este permite encontrar soluciones para aquellos problemas relacionados al “ser” de la/el enfermera/o (cuidado), disipando la idea errónea de ver a la/el enfermera/o como un/a profesional subordinada/o al médico (95). Esta percepción social sigue latente en la actualidad, manifestándose explícita e implícitamente a través de los discursos.

Zárate R; reflexiona en torno al quehacer de Enfermería y la Gestión del Cuidado afirmando que (98):

*“las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.”(98)*

Frente a esta descripción, los cambios a los que se han visto enfrentados los profesionales de Enfermería en la práctica y en la atención directa, se mantiene “el cuidado” como la razón de ser de la profesión y se constituye como el motor que rige cada acción ejercida (98). En torno a esta temática se encuentran puntos de convergencia con lo expuesto ya que se identifica, el quehacer de la/el enfermera/o como la disposición frente al conocimiento técnico y vivencial que posee el profesional de Enfermería para la realización de los cuidados. Estas bases derivan de la capacidad reflexiva, el juicio crítico, el saber teórico y la experiencia clínica laboral, los cuales sustentan e influyen sobre el actuar de Enfermería.

En este punto (actitudes) aborda nuevamente a la/el enfermera/o como gestor/a, puesto que, asocia al profesional con labores administrativas y de liderazgo dentro de un equipo de salud, quehacer que ha llevado a una mejora continua de la calidad de la atención y, por ende, de los cuidados propios de Enfermería. La capacidad de liderar adecuadamente un equipo influye en las personas y en su comportamiento, lo que se vincula directamente a la adquisición de empoderamiento profesional, mejorando la toma de decisiones, la mejora en la calidad en la atención, el desarrollo de la autonomía y el ejercicio interdependiente de la profesión dentro del equipo de salud (90,99).

En relación a las **prácticas**, tercer tópico que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado, entendiendo que estas se definen

como *“la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”* (50), es que los participantes lo reconocen como el “ser” o “esencia” de la/el enfermera/o, la cual se refleja en las actividades de entrega de cuidado clínicas y administrativas; en este sentido, identifican la Gestión del Cuidado como una integralidad, es decir, como un conjunto de acciones que involucran todas las competencias disciplinares del profesional enfermero, las cuales le permiten brindar un cuidado de calidad y satisfacer las necesidades de la persona cuidada. Respecto a esto, Jean Watson refiere algo similar a lo propuesto por los entrevistados, refiriendo que la enfermería debe ir más allá de los procedimientos, técnicas y tareas, e involucrar otros elementos como *“el conocimiento, el pensamiento crítico, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión”*, lo cual constituye la esencia misma de la disciplina enfermera (95).

En este aspecto, también se destaca la importancia de la formación, es decir, el conocimiento teórico adquirido desde el pregrado hasta la vida laboral y que se aplica en la práctica, ya que es este el que le permite comprender el significado de lo que es Gestión del Cuidado de manera integral. Dentro de la formación, Jean Watson refiere que es fundamental para el proceso de cuidado, la existencia de una base sólida en humanidades que permita al profesional expandir su capacidad mental, aumentar sus habilidades de pensamiento y favorecer el crecimiento personal. De esta idea nace uno de los diez factores curativos del cuidado en Enfermería: la formación de un sistema humanístico altruista de valores. Es importante reconocer que estos se pueden aprender tanto de experiencias vitales como de enfermeros educadores, ya que estos deben ser capaces de influenciar el desarrollo de habilidades blandas en sus alumnos. Resulta elemental que dicho profesional tenga estas capacidades ya que con esto se le permitirá al enfermero aprender a dar extensión al sentido personal que genera el cuidado (95).

Del mismo modo, se vuelve a identificar al profesional en su rol como gestor, logrando la puesta en marcha del conjunto de conocimientos administrativos que le permiten realizar labores de supervisión y toma de

decisiones; esto quiere decir que las prácticas principales que reflejan la Gestión del Cuidado son la supervisión, la toma de decisiones y el cumplimiento de tareas administrativas, destacando los registros y los protocolos. En este sentido Zarate R, explica que *"la práctica de 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 (...) la práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas"* (98).

Es a partir de esto que se destaca la preponderante creencia de que las prácticas principales en torno a la Gestión del Cuidado están estrechamente ligadas al ámbito administrativo, dejando de lado la esencia de la Enfermería: el cuidado. Si bien la/el enfermera/o debe tener este rol de gestor/a y con ello guiar sus actividades en base a las ciencias administrativas, económicas y políticas para la práctica administrativa del cuidado de Enfermería, también debe ser responsable de considerar valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le otorgan una visión distinta y específica de la Gestión del Cuidado (98).

En relación al cuarto punto, al indagar sobre las **experiencias** que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado, los participantes identifican factores internos y externos que influyen en la construcción de este concepto. Entre ellos destacan las conductas y actitudes que nacen de vivencias personales, las cuales permiten llevar a cabo el acto reflexivo al momento de entregar cuidados, otorgándole un mayor valor a su quehacer diario. Además, se destaca como una labor principal el compromiso constante que se posee para mantener el bienestar de la persona atendida, utilizando los recursos tanto humanos como materiales para lograr resolver la situación de cuidado.

Dentro de estas experiencias, se indica que el conocimiento que se adquiere a través de una vivencia personal permite que aflore un interés innato

de ayudar al otro. En este sentido, un estudio de Martínez S., que investiga los factores motivacionales en la elección de estudiar Enfermería, refiere *“la mayoría de los encuestados estudia Enfermería por vocación y/o deseo de ayudar a los demás”*, independientemente de la edad y de los años de profesión, ante lo cual se puede resaltar el carácter vocacional de esta profesión a lo largo del tiempo” (92).

Además, Beltrán O. en su artículo *“Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería”* explica que parte de las experiencias se dan, primeramente, en el proceso de interacción con el paciente, donde la/el enfermera/o debe hacer uso tanto de su experiencia clínica y su preparación académica, como bien debe exhibir una gran dosis de sentido común, intuición, sensibilidad y habilidades comunicativas. En este sentido, Joyce Travelbee plantea que *“tratar a los pacientes como seres humanos inicia la senda hacia la humanización del cuidado”*; por ende, no se les debe tratar como objetos, sino como seres multidimensionales que, posiblemente, no presentan solamente carencias físicas; por ello, es importante que el profesional tenga un correcto concepto del ser humano, ya que este definirá su actitud frente a cualquier situación vital (100).

Parte de las vivencias se ven fuertemente influenciadas externamente por el ámbito académico, el cuales le permite a la/el enfermera/o adquirir las habilidades necesarias para el desarrollo de su quehacer diario, lo cual influye en la concepción de su concepto de Gestión del Cuidado. Esto se deja en evidencia en el estudio *“Importancia de las competencias en la formación de enfermería”*, donde se da a conocer que:

*“...gran parte de la práctica de enfermería se relaciona con los conocimientos técnicos, es decir, con el aprendizaje de los motivos y los métodos para realizar las técnicas necesarias. Sin embargo, los conocimientos científicos, la fundamentación teórica y especialmente la formación humanística y ética son aspectos esenciales para el desempeño de una profesión que se desarrolla a través de las relaciones humanas” (99).*

Aun así, los entrevistados refieren que es al momento del ingreso al mundo laboral cuando se desarrolla la capacidad de liderazgo, lo cual les permite guiar y organizar al equipo de trabajo, generando un clima laboral afable que cree experiencias gratificantes para el profesional, evitando así altos niveles de estrés que pueden llevar a una insatisfacción laboral. En este sentido, Patricia Benner avala este discurso, refiriendo que *“la práctica sobrepasa los límites de la teoría formal”*, ya que esta última se debe sintetizar y adaptar a las situaciones de cuidado que deba enfrentar el enfermero (95).

En relación al quinto objetivo específico, al indagar sobre el **Campo Representacional** que forman las Representaciones Sociales del constructo Gestión del Cuidado, considerando que Campo Representacional se entiende como *“El núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”* (52), los entrevistados identifican diversas imágenes, entre las cuales destacan los estereotipos de Enfermería, identificando la/el enfermera/o como la/el líder y coordinador/a de la entrega de cuidados, y como un profesional de imagen pulcra, pero con una evidente subordinación profesional en la toma de decisiones. Estos hallazgos se ven reflejados en los estudios, *“Gestión del Cuidado: valoración y conocimiento de enfermeros/as de un hospital de la región Metropolitana, Chile”*, *“El uniforme y su influencia en la imagen social”* y *“Representación social de enfermería a través del dibujo infantil”*, en los cuales se afirma que el profesional enfermero requiere de diversas herramientas administrativas como, por ejemplo, la coordinación, la cual permite facilitar la puesta en marcha de su profesión. Asimismo, es importante que la/el enfermera/o cumpla con aquellas normas de vestimenta características de la profesión, para así inspirar confianza hacia la persona atendida e irradiar una imagen que pueda ser socialmente respetado (41, 44, 94).

Si bien las/os enfermeras/os entrevistadas/os se reconocen como líderes, su percepción se ve minimizada por el estereotipo social y profesional latente de subordinación. Respecto a esto, Cano M. refiere que la/el enfermera/o aún prioriza la realización de actividades profesionales dependientes de la figura

del médico, frente a aquellas específicas de la Gestión de Enfermería (101). Una de las formas de disuadir esta idea es lo que propone Jean Watson a través del sexto factor del cuidado, mencionado previamente, que anima al profesional a utilizar el método científico (proceso de enfermería) para la toma de decisiones y solución de problemas (95). Asimismo, Corser W. refiere que esta autonomía profesional favorece en la satisfacción de la/el enfermera/o y del médico frente a los resultados de sus labores, lo que aumenta la productividad y una disminución del estrés; además, esto permite la toma de mejores decisiones en torno al cuidado, lo que incide en la mejora de la calidad de vida del paciente (102).

Por consiguiente, la imagen que representa a la Gestión del Cuidado es el profesional de Enfermería como cuidador, es decir la persona que realiza los cuidados integrales, no sólo abordando el cuidado de pie de cama, sino también, todo lo requerido por el paciente, principalmente en el ámbito hospitalario. Cabe destacar que los participantes refieren que el trabajo del profesional tiende a ser poco visualizado y confundido con otros técnicos o profesionales del área. Esto se refleja en el estudio realizado Alba-Leonel A, donde los individuos en estudio no poseen suficiente conocimiento sobre las labores del profesional de Enfermería, desconociendo la gran gama de actividades que realiza, obteniendo una información errónea o incompleta por parte de la sociedad, reconociendo primordialmente los cuidados preventivos de la salud como lo es la vacunación, la toma de signos vitales y la administración de medicamentos, sin poseer mayor información sobre las responsabilidades del profesional en la atención otorgada a cada paciente.

Finalmente, los participantes también reflejan la Gestión del Cuidado como el profesional enfermero encargado de actividades en el ámbito administrativo y clínico, como lo son organizar, supervisar, gestionar y regular todo aquello que busque la mejoría y bienestar de las personas atendidas. Esta afirmación se encuentra de manera generalizada y redundantemente a través de todas las categorías analizadas, esto quiere decir que, para el profesional enfermero, las creencias, las actitudes, prácticas, experiencias y campo

representacional, son lo mismo, resultando dificultoso disgregar el concepto Gestión del Cuidado de la gestión administrativa, minimizando el ámbito esencial que compone este constructo y su razón de ser: El cuidado.

- **Limitaciones de la investigación**

- Metodológicas: La falta de estudios previos de investigación sobre el tema, dificultó la construcción del estado del arte, debiendo utilizar literatura, fuera de los límites en años de publicación utilizados normalmente.
- Operacionales: Debido a que el horario designado para la realización de la entrevista correspondía a horario de colación, las/los entrevistadas/dos, demostraban cierto grado de distracción y ansiedad al momento de la entrevista.

## 5.2 CONCLUSIONES

Las Representaciones Sociales son las expresiones dinámicas, propias de la cotidianidad, que reflejan la forma en que colectivamente un individuo se construye y es construido de acuerdo a su realidad; por ende, todo objeto o persona social tiene su propia Representación Social, desarrollada alrededor de conceptos objetivos y subjetivos propios del contexto.

El investigar sobre las Representaciones Sociales de constructo Gestión del Cuidado en enfermeros/as de un servicio quirúrgico, permitió obtener diversas conclusiones y reflexiones en torno al objeto de estudio. Una de las más destacadas fue la dificultad de disociar el constructo Gestión del Cuidado, de las labores administrativas, lo que conlleva al distanciamiento de la esencia del cuidado mismo. En este sentido se genera una dificultad en analizar este concepto a través de las categorías dispuestas (Actitudes, Creencias, Prácticas y Experiencias), las cuales fueron consideradas por los participantes implícitamente como “iguales”, evidenciándose una escasa reflexión de cada una de estas.

En este contexto, la Gestión del Cuidado al ser entendida por el profesional de Enfermería como un proceso del ámbito administrativo; la práctica que refleja de mejor manera es la supervisión y se destaca como la materialización de la Gestión del Cuidado, enmarcándose como un proceso fundamental para asegurar la calidad de los cuidados, y por ende la correcta gestión de estos.

Por otra parte, la historia de la Enfermería ha estado marcada por diversos hitos, los que llevaron a la formación de una imagen social fuertemente ligada a la subordinación y a una estética asociada a lo puro, limpio y pulcro. Si bien se han evidenciado diversos cambios respecto a la figura de el/la enfermero/a, como su autopercepción de líder y empoderamiento dentro del equipo de Enfermería, se puede concluir que este estereotipo (subordinado) aún sigue latente dentro del equipo de salud, lo cual se relaciona a la escasez de

visibilidad sobre su labor y su razón de ser, especialmente como gestor del cuidado.

En el ámbito de lenguaje, se observó una escasa reflexión acerca de los tópicos planteados, se evidencian diversos discursos positivos y negativos en cuanto a la interpretación del constructo Gestión del Cuidado, preponderando mayormente el “saber hacer” por sobre el “ser” de la/el enfermera/o.

Otro aspecto importante a destacar es la competitividad, que en la mayoría de los discursos se asocia a la escasez de compañerismo dentro de la profesión, sin embargo, se reconoce la importancia que posee esta Representación Social en el actuar de la/el enfermera/o, puesto que, mejora el establecimiento de un liderazgo efectivo y por ende la puesta en marcha de la Gestión del Cuidado.

Al ser el profesional enfermero el responsable legal de la Gestión del Cuidado, se le ha otorgado una gran cantidad de labores administrativas implícitas en el rol y sumado además a una proporción inadecuada de enfermera/o por paciente, ha generado una sensación de inevitable alejamiento del cuidado a pie de cama, es decir, el aumento de responsabilidades ligado a la relación paciente - enfermera/o provoca el distanciamiento del profesional con la persona cuidada tomando un mayor valor las tareas de gestión administrativas.

Asociado a lo anterior se evidencia en esta investigación, que existe por parte del profesional enfermero una carencia de conocimiento en torno al marco legal del constructo Gestión del Cuidado y cómo este influye de manera importante en el rol que asume actualmente el profesional de Enfermería, llevando a una interpretación dificultosa de lo que significa para ellos la Representación Social del constructo de Gestión del Cuidado.

Por último, la adecuada comprensión de la Gestión del Cuidado permite fortalecer el empoderamiento, la visibilidad y validación del profesional de Enfermería, logrando gestionar de manera idónea los cuidados otorgados a cada paciente, sin perder la esencia de la disciplina, que es el cuidado.

### 5.3 SUGERENCIAS

Debido a la escasa literatura acerca de las Representaciones Sociales con respecto a la Gestión del Cuidado, es menester generar mayor investigación en torno a esta temática, tanto de tipo cualitativa como cuantitativa; al existir un mayor corpus y dominio de esta área en estudio por parte de los profesionales enfermeros, aumentará la identidad profesional, lo que a su vez generará un mayor compromiso y empoderamiento; en otras palabras, un profesional empoderado de la Gestión del Cuidado podrá ser un buen líder y enfermera/o.

De acuerdo con lo anterior, es fundamental asegurar una correcta formación profesional, en torno al conocimiento e interpretación del constructo Gestión del Cuidado lo cual se puede llevar a cabo a través de:

- La enseñanza continua durante todo el proceso de formación curricular con respecto a la Gestión del Cuidado, dándole énfasis debido a la importancia que posee este concepto para la Enfermería nacional.
- El fortalecimiento de liderazgo como eje formativo y transversal en el currículum, consolidando competencias fundamentales para el ejercicio profesional, entre las que se pueden destacar toma de decisiones, empoderamiento, pensamiento crítico y comunicación.

Otro desafío que nace a partir de esta investigación es la correcta incorporación del constructo Gestión del Cuidado, tanto en la teoría como en el quehacer diario (práctica); esto puede ser llevado a cabo a través del perfeccionamiento continuo sobre la temática, lo que fortalecerá el conocimiento, las habilidades, las destrezas, la motivación y el compromiso del enfermero con el cuidado que entrega, a fin de mejorar la calidad de estos.

Finalmente es primordial revitalizar el sentido del “ser” de la disciplina, que haga reflexionar a la Enfermería como una profesión ligada al otro, en la búsqueda constante de su bienestar biopsicosocial, tal como lo describe Watson J.:

*“ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería” (103).*

## REFERENCIAS

1. Flores R. Historia de la Enfermería en Chile. 1ra ed. Santiago (Ch): Universidad de Chile. 1965. 157 p.
2. Ayala R, Torres M, Calvo M. Gestión del Cuidado en Enfermería. Santiago (Ch): Ediciones Mediterráneo; 2014. 181p.
3. Jodelet, D. (1986). "La representación social: Fenómenos, conceptos y teorías". En S. Moscovici, Psicología social II (págs. 469-494). Buenos Aires: Paidós.
4. Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. Anales Sis San Navarra. 2012; 35( 2 ): 269-83.
5. Calvo M. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. Index Enferm. 2011; 20( 3 ): 184-8.
6. Milos P, Bórquez B, Larraín AI. "Gestión del Cuidado" en la Legislación chilena: interpretación y alcance. Cienc. enferm. 2010; 16(1): 17-29.
7. Ministerio de Salud. Modificación Ley de autoridad Sanitaria y Gestión. Santiago de Chile. 2004.
8. Oré M. Representaciones Sociales de las Enfermeras sobre la Cultura de Seguridad en el Cuidado del Paciente. Rev Per ObstEnf. 2011; 7(1): 2-10.
9. Encinas L. La Imagen Social de la Enfermería [Tesis de Grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2016.
10. Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. Rev Cubana Enfermer. 2009; 25(1-2).
11. Martínez M, Chamorro E. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. 2da ed. Barcelona (Es): Elsevier; 2011. 176 p.

12. Facultad de Psicología Universidad de la República de Uruguay (Ur). Recorrido Histórico sobre las Concepciones de Salud y Enfermedad. Montevideo [Internet]. [Acceso 18 jul 2017] . Disponible en: [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf).
13. Sellán, M. Identidad y conflicto en el cuidado. Una aproximación histórica a la dinámica de la identidad enfermera en España. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma, 2007.
14. Arquiola E., Montiel L. La medicina en el Siglo XVIII y XIX. [Internet]. Seminario de Problemas Colombianos Contemporáneos [acceso 18 jul 2017]. Disponible en: <https://problemascolombianos.wordpress.com/medicina-y-curanderia/la-medicina-en-el-siglo-xviii-y-xix/>.
15. Vázquez, A. El papel del conocimiento histórico en la construcción de la identidad enfermera en España: una perspectiva mediacional sobre conflicto disciplinar. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma. 2011.
16. Global Medical Affairs (GMA). Historia de la Salud Pública. Revolución industrial y Estado moderno [Internet]. GMA; 2014. [Actualizado Ag 2014; acceso 18 jul 2018]. Disponible en: <https://globalmedicalaffairs.wordpress.com/2014/08/30/historia-de-la-salud-publica-revolucion-industrial-y-estado-moderno/>.
17. Mateos J. Actas de las conferencias sanitarias internacionales (1851-1938). Rev. Esp. Salud Pública . 2005 (Jun). [acceso 18 de julio de 2018]; 79 (3): 339-49.
18. Young P, Hortis De Smitha V, Chambib M, Finn B. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev. méd. Chile. 2011; 139 (6): 807-13.
19. Tripod. Medicina en el siglo XX [Internet].; Sf [ Acceso 12 Sep 2019]. Disponible en: [http://members.tripod.com/nico\\_3.mx/msxx.html](http://members.tripod.com/nico_3.mx/msxx.html)

20. Universidad del Bío-Bío. Evolución histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile. Chillán, Chile. 1999.
21. Milos P. Las Especialidades en Enfermería en Chile: Situación actual y su regulación. Horiz Enferm. [Internet]. 2018. [acceso 12 sep 2019]; 29 (3). Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/197&sa=D&ust=1558711037704000&usg=AFQjCNEp4dzIVh65jefcViP1bL15D-KSpA>
22. Introducción a la historia de la Enfermería en Chile. Línea de tiempo: Historia de la Enfermería en Chile. Santiago de Chile. 2016.
23. Paredes P, Rivas E. Historia del Ejercicio Profesional de Enfermeras Hospitalarias del sur de Chile. Cienc. enferm. [Internet]. 2014. [acceso 12 Sep 2019]; 20 (1).
24. Mosqueda, A., Stiepovich, J. Implementación de subdirecciones de gestión del cuidado en hospitales Autogestionados, avances y desafíos para enfermería. EGlobal. 2012; 11(4): 355-367.
25. Ley N° 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. [en línea] 2004. [ fecha de acceso 25 de Jun 2019]. Disponible en: <http://www.sqingenieria.cl/biblioteca/NormativaPrevencion/leyautoridadsanitaria.pdf>
26. Ministerio de Salud. Decreto N° 15. Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud. [Internet]. 2007. [acceso 20 de abril de 2019]. Disponible en: [http://cursos.puc.cl/fes1-1/almacen/1302168839\\_rpobletu\\_sec4\\_pos0.pdf](http://cursos.puc.cl/fes1-1/almacen/1302168839_rpobletu_sec4_pos0.pdf) 12.
27. Campos C, Vargas X, Milos P. Los servicios profesionales de la Enfermera(o) en la legislación Chilena. Rev. Med. Clin. Condes. 2018; 29(3): 270-7.
28. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pacheco-Arce A.L, Ramírez-Pérez

- M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enferm Univ Albacete*. 2014; 11(4):145-53.
29. Riquelme G. El cuidado de enfermería: Una reflexión sobre el cuidado humanístico. *Horiz enferm*. 2012; 23(2): 9-12.
30. Collado C, Castillo S. Reflexiones sobre enfermería desde la biopolítica: relaciones de poder y cuidado. *Cultura de los Cuidados*. [Internet]. 2017. [acceso 13 de Diciembre de 2018]; 21(47). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.47.03>
31. Ortiz A. Gestión del cuidado en enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*. Invest Educ Enferm -Col. 2000; 18 (1): 93-102.
32. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stieповich-Bertoni J, Aguilera-Rojas P, Vílchez-Barboza V. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. [Internet]. 2015. [acceso 13 Jun 2018]; (29). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19733>.
33. Morfi R. Gestión del cuidado en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2010; 26 (1): 1-2.
34. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital* [Internet]. 2002. [acceso 13 de marzo de 2019]; 2. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>.
35. Biografías y Vida: la enciclopedia biográfica en línea. Émile Durkheim [Internet]. *Biografías y Vida: la enciclopedia biográfica en línea*. S/f. [S/f; acceso 2 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/d/durkheim.htm>.
36. Lorec F. Émile Durkheim y la teoría sociológica de la acción. *Andamios*. 2014; 11(26): 299-322.
37. Perera M. A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. *CLACSO*. [Internet]. 2003. [Acceso 26 dic 2019]. Disponible en:

[http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera\\_perez\\_repr\\_sociales.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf)

38. Serge Moskovici. El psicoanálisis, su imagen y su público. 2da ed. Buenos Aires (Arg): Editorial Huemul S.A; 1979. 363 p.
39. Olivares-Donos R. Las representaciones sociales de la clasificación de escuelas presentes en los discursos en medios de comunicación escritos. *Estud. pedagóg.* [Internet]. 2015. [acceso 4 de abril de 2019]; 41 (2). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052015000200012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052015000200012).
40. Santos EI, Alves YR, Gomes AMT, Silva ACSS, Mota DB, Almeida EA. Representaciones sociales de enfermería desarrollada por profesionales de salud no enfermeros. *OBJN.* [internet]. 2016. [acceso 20 de marzo de 2019]; 15 (2). Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5294>.
41. Alba-Leonel A, Hernández-Falcón J. Representación social de enfermería a través del dibujo infantil. *EIMSS.* [Internet]. 2015. [acceso 20 de marzo de 2019]; 24 (1). Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim161c.pdf>.
42. Hinostroza N. Representaciones sociales del cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico. Hospital estatal cerro de Pasco-Perú. 2013-2014.[Tesis Doctoral].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
43. Arroyo V, Rangel Y. Las representaciones sociales como marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermero. *Cult. Cuid.* [Internet]. 2017. [acceso 20 de marzo de 2019]; 49 (16). Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72939/1/CultCuid\\_49\\_16.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72939/1/CultCuid_49_16.pdf).
44. Valdebenito J, Barquero A, Carreño M. Gestión del cuidado: Valoración y conocimiento de enfermeros(as) de un hospital de la región metropolitana, Chile. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2015. [acceso 20 Jun 2019]; 21(1): 127-142. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000100012&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100012>.

45. Real Academia Española (RAE). Definición de opinión. Madrid (Esp). 2014.
46. Real Academia Española (RAE). Definición de creencia. Madrid (Esp). 2014.
47. Banchis M. Concepto de “Representaciones Sociales”: análisis completo. Revista Costarricense de Psicología. 1986; 27-40.
48. Ospina Rave BE, Sandoval JJ, Aristizábal Botero CA, Ramírez Gómez MC. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. Invest Educ Enferm. 2005;23(1): 14-29.
49. Real Academia Española (RAE). Definición de Experiencia. Madrid (Esp). 2014.
50. Ariztía, T. 2017. La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites. Cinta moebio [Internet]. 2017. [acceso 5 de mayo de 2019]. 59. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n59/0717-554X-cmoebio-59-00221.pdf>.
51. Cruz A, Grados G, Tresierra H. Actitud de la enfermera frente al cuidado del paciente crítico en clínicas privadas de Trujillo, 2016. [Internet]. 2017. [acceso 5 de mayo de 2019]; 28 (1). Disponible en: <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/viewFile/755/698>.
52. Rateau P, Lo Monaco G. La teoría de las representaciones sociales: orientaciones, conceptualizaciones, campos aplicacionales y método. Universidad CES, Medellín, Colombia. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539419003.pdf>
53. Alfonso I. Las representaciones sociales. Psicología Onlines. 2018. [S/f; acceso 5 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/las-representaciones-sociales-2604.html>.

54. Cortés M, Iglesias M. Generalidades sobre Metodología de la Investigación. Campeche (Méx). Universidad Autónoma del Carmen; 2004. 103 p.
55. Study.com. Social Processes: Cooperation, Competition & Conflict. Gaines Arnold. S/F. [Actualizado 2019; Acceso 5 Jul 2019]. Disponible en: <https://study.com/academy/lesson/social-processes-cooperation-competition-conflict.html>
56. Rodríguez G, Gil J, García E. Métodos de investigación cualitativa. En: Aljibe. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga (Es): Aljibe; 1999. 19 p.
57. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta ed. Iztapalapa (Mex): Mc-Graw-Hill Interamericana; 2006. 882 p.
58. Alesina L, Batthyány K, Bertoni M, Cabrera M, Mascheroni P, Moreira N, et al. La definición de objetivos y su relación con el diseño de investigación. En: Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República. Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial. Montevideo (Ur). Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). 2011. p. 33 - 37.
59. Crespo M, Salamanca A. El muestreo en la investigación Cualitativa. Nure Investigación. [Internet]. 2007.[acceso 13 de mayo de 2019]; (27). Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/plwlumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>
60. Díaz-Bravo Laura, Torruco-García Uri, Martínez-Hernández Mildred, Varela-Ruiz Margarita. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación educ. médica. [Internet]. 2013. [acceso 02 Jun 2019]; 2(7). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es).

61. Número de entrevistas para estudios en profundidad. Stefanu, Y. [Actualizado 08 Jul 2015; Acceso 4 Jul 2019] Disponible en: <http://www.estudiosmercado.com/numero-de-entrevistas-para-estudios-enprofundidad/>
62. Hernández, R. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. Cuestiones Pedagógicas. [Internet]. 2014. [acceso 15 jun 2019]; 23. Disponible en: [http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis\\_5.pdf](http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis_5.pdf)
63. Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal estrategia metodológica cualitativa: um ensaio teórico. Cogitare Enferm. 2004; 9(1): 9-14.
64. Debus M. Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales. Washington (EU): Washington: Academy for Educational Development; 1997.97 p.
65. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. 1ra Ed. Barcelona (Es): Grijaldo;1987. 335 p.
66. Callejo Gallego Javier. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev. Esp. Salud Publica.2002; 76 (5): 409-22.
67. Observatorio Comunicación En Cambio. Habilidades comunicativas (III): la escucha activa [Internet]. Castello, A. 2013. [Actualizada Nov 2013; acceso 21 Jun 2019]. Disponible en: <https://comunicacionencambio.com/escucha-activa/>.
68. Schreier M. Qualitative Content Analysis. En: Flick, U. The SAGE handBook of Qualitative Data Analysis. Londres (UK): SAGE; 2014. 170-83 p.
69. Arandes JA. El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. Provincia. [Internet]. 2013. [acceso 21 Jun 2019]; (29). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55530465007>.

70. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas F, Quezada A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. 1ra ed. Santiago (Ch): Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. 83-95 p.
71. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan. [Internet]. 2012. [acceso 09 Abr 2019]; 12(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>.
72. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. Gestión de datos de investigación [Internet]. CEPAL; [Actualizado Ene 2019; acceso en 09 Abr 2019]. Disponible en: <https://biblioguias.cepal.org/c.php?g=495473&p=4398114>.
73. Bibliotecas CEPAL. ¿Qué se entiende por privacidad? Santiago de Chile; 2018.
74. De la Cuesta C. ¿Por dónde empezar?: la pregunta de investigación cualitativa. Enferm Clin. [Internet]. 2008. [acceso 13 sept de 2019]; 18(4). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/250776150\\_Por\\_donde\\_empezar\\_la\\_pregunta\\_en\\_investigacion\\_cualitativa.--](https://www.researchgate.net/publication/250776150_Por_donde_empezar_la_pregunta_en_investigacion_cualitativa.--)
75. Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 sep. [acceso 27 nov. de 2019]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824/2936>
76. Hernando A. La Gestión del Cuidado. Rev. Enferm. CyL [Internet]. 2015. [acceso 25 nov 2019]; 7 (2). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/162/134>

77. Cardona D, González O. El proceso administrativo: una aproximación conceptual. Rev. Cultural UNILIBRE [Internet]. 2011. [acceso 25 nov de 2019]. Disponible en: [https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/revista\\_cultural/article/view/3979/3348](https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/revista_cultural/article/view/3979/3348).
78. Landman C, Ariola Y, Chacón A, De Giorgis A, Esparza C, Herrera E, et al. Transitando hacia el ejercicio de autonomía y liderazgo: ... "Para el posicionamiento hay que luchar". Enferm. Univ. [Internet]. 2019. [acceso 26 nov. de 2019]; 16 (2). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000200157](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000200157).
79. Etimologías, Latín, Chistes, Refranes, Ciudades de Chile de California, de Rusia. Etimología de VOCACIÓN [Internet]. [Actualizado 25 dic 2019; acceso 25 dic 2019]. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?vocacio.n>.
80. Rivera M. El arte de cuidar en Enfermería. Horizonte de Enfermería. [Internet]. 2004. [acceso 27 nov de 2019]; 15(1). Disponible en: <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/711/545>.
81. Sánchez B. Identidad y empoderamiento de la profesión de Enfermería. Av. enferm. [Internet]. 2002. [acceso 27 nov de 2019]; 20 (1). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16310/17242>.
82. Guerrero S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. Aquichan [Internet]. 2015. [acceso 27 nov. de 2019]; 15 (1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3511/3849>
83. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el Rol de Gestora de los Cuidados. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 (dic). [acceso 28 nov de 2019]; 16 (3). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005)
84. Minguez-Moreno I, Siles J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. Aquichan [Internet]. 2014. [acceso 28 nov de 2019]; 14(4):594-604. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74133057013>.

85. Medina J, Schubert V, Lenise M, Sandin M. La Enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2010. [acceso 29 nov de 2019]; 19 (4). Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21974/1/584222.pdf>.
86. Saltos M, Pérez C, Suárez R, Linares S. Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet]. 2018. [acceso 29 nov de 2019]; 34 (2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170/366>.
87. Núñez K. La Supervisión en Enfermería: Responsabilidades e implicaciones [Internet]. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. 2018. [Actualizado 22 mar 2018; acceso 29 nov de 2019]. Disponible en: <https://boletin.enfermeria.cr/la-supervision-en-enfermeria-responsabilidades-e-implicaciones/>.
88. Souza L, Ferreira A, Nunes R, Veloso O, Vieira M, Ramos L. El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013. [acceso 30 nov de 2019]; 12 (30). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200013).
89. Moreno M. Análisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería. [Tesis para grado de enfermería]. Navarra: Universidad Pública de Navarra, 2014-2015.
90. González A, Villazón N, Almira K, Cowley A, Mugarra C. Gestión de cuidados con calidad desde la formación del profesional de Enfermería. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet]. 2011 (sep-dic). [acceso 1 dic de 2019]; 27 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192011000400009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192011000400009&script=sci_arttext&tlng=pt).
91. Agramonte A, Farres R. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. *Rev Cubana Enfermer.* [Internet]. 2010 (abr-jun). [acceso 2 dic de

- 2019]; 26 (2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200003&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200003&script=sci_arttext&lng=pt).
92. Martínez S, Zaragoza P, Herrero A, Campo A. Factores motivacionales en la elección de los estudios de Enfermería. *Metas de Enfermería*. [Internet]. 2013. [acceso 1 dic de 2019]. 16 (10). Disponible en: <https://medes.com/publication/86905>
93. Medina J. *La Pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Barcelona (Es): Laertes; 1999. 346 p
94. León C. El uniforme y su influencia en su imagen social. *Rev Cubana Enfermer*. [Internet]. 2006. [acceso 2 dic de 2019]; 22(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100006)
95. Marriner A., Raile M. *Modelos y teorías de enfermería*. 7ma ed. Barcelona (Es); Elsevier; 2011. 797 p.
96. Quezada C, Illesca M, Cabezas M. Percepción del Liderazgo de las/os enfermeras/os de un hospital del sur de Chile. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2014. [acceso 16 dic de 2019]; 20 (2). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000200005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200005)
97. Ligeti P, Salas P, Veliz L. Significados de la enfermería en estudiantes, una perspectiva desde la construcción social de la profesión. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2019. [acceso 18 dic de 2019]; 35 (3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2612/477>.
98. Zarate R. *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. *Index Enferm* [Internet]. 2004. [acceso 19 dic de 2019]; 13 (44-45). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso)
99. Latrach-Ammar C, Febré N, Demandes I, Araneda J, González I. Importancia de las competencias en la formación de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2011 (sep). [acceso

20 dic de 2019]; 11 (3). Disponible en:

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2020/2581>.

100. Beltrán O. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Invest. educ. enferm. [Internet]. 2006 (dic). [acceso 20 dic de 2019]; 24 (2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072006000200016](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200016).

101. Cano-Caballero M. Enfermería y Género: tiempo de reflexión para el cambio. Index Enferm. [Internet]. 2004 (oct). [acceso 20 dic de 2019]; 13 (46). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007)

102. Corser W. A Conceptual Model of Collaborative Nurse-Physician Interactions: The Management of Traditional Influences and Personal Tendencies. Scholarly Inquiry for Nursing Practice. 1998. 12 (4). 324-41.

103. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc. enferm. [Internet]. 2010. [acceso 23 dic 2019]; 16(1). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004)

## ANEXOS

## 1. Anexo 1: Evaluación Comité de Ética

---



SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO  
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO  
RVF/Eca.-

MEMORANDUM N° 03

VALPARAISO, JULIO 11 de 2019.-

DE: SECRETARIA EJECUTIVA  
COMITÉ DE ETICA-CIENTIFICA SSVSA.

A: PROFESORA GUIA SEMINARIO DE TESIS  
UNIVERSIDAD VALPARAISO

Estimada Sra. Cibeles González N.

El Comité de Ética-Científica (CEC) del SSVSA, revisó el estudio: **"Representaciones sociales que el otorgan a la gestión del cuidado, enfermeras de un hospital de alta complejidad, de la Región de Valparaíso"**.

Este estudio no corresponde a una investigación biomédica, ni utiliza datos de pacientes del Hospital Carlos van Buren, por lo que no corresponde que este Comité lo revise o autorice.

De acuerdo a lo que estimen las jefaturas del Hospital y de los Servicios Clínicos, podría bastar la autorización de ellos.

Saluda atentamente a Ud.



MARIANA CUBILLOS GOMEZ  
SECRETARIA EJECUTIVA  
COMITÉ ETICA-CIENTIFICA SSVSA.

## 2. Anexo 2: Consentimiento Informado



### Modelo de Formulario de Consentimiento Informado

#### INDICACIONES GENERALES

1. El presente material ha sido elaborado en conformidad con los estándares aceptados por el Ministerio de Salud de Chile, basado en el formato desarrollado por el Comité de Evaluación de Ética en la Investigación (CEI) de la OMS, adaptado por el CBI de la FAMED de la Universidad de Valparaíso y el CEC del SSVSA.
2. Se solicita no incluir esta primera página al documento final de Consentimiento Informado, al enviar para su evaluación al CEC.
3. Se debe numerar las páginas e indicar la versión del documento en el pie de página.
4. En general, los subtítulos de cada párrafo (en negrita) son referenciales para efectos de la redacción del presente documento, no obstante, se recomienda no eliminarlos posteriormente del documento final, especialmente los subtítulos subrayados y destacados en negrita que aparecen en el modelo.
5. El texto en azul es solo indicativo y deberá ser eliminado posteriormente para ser sustituido o adaptado según corresponda. Se debe evitar en lo posible el uso de paréntesis en la edición del formulario.
6. Se debe tener presente que la copia de este Formulario de Consentimiento Informado va dirigido al participante o a al responsable legal de él (padres o tutor legal, en el caso de incluir participantes menores de edad). En el caso que contemple simultáneamente la participación de sujetos adultos y menores de edad, debe editar por separado los formularios de consentimiento informado para participantes adultos y para adultos responsables legales (padres / tutores legales). Además, para contar con la participación de menores de edad, entre 8 y 17 años, se solicita la elaboración de un formulario de asentimiento informado especialmente adaptado según edad de los participantes.
7. El documento de Consentimiento Informado consta de dos secciones, la primera parte corresponde a la "Información" y la segunda al "Acta de Consentimiento Informado". Ésta última debe ser redactada en primera persona.
8. Se debe utilizar lenguaje sencillo<sup>1</sup> (llano), claro y directo, dirigido de modo respetuoso. Se recomienda redactar el documento en voz activa usando pronombres "nosotros" y "usted". Debe privilegiar el uso de palabras comunes que sean comprensibles por cualquier persona con nivel educacional básico. Debe evitar uso de palabras complicadas como los tecnicismos y evitar en lo posible el uso de siglas o abreviaturas (en el caso ser inevitable, debe señalar su significado en la primera aparición en el cuerpo del texto).
9. El diseño del documento debe entregar la información esencial en forma precisa y breve, omitiendo descripciones innecesarias. El uso de textos redundantes puede hacer tediosa, densa y confusa la lectura del documento. En lo ideal, debe utilizar frases cortas y párrafos breves. El orden y secuencia de la información entregada también cobra sentido junto a la utilización del lenguaje apropiado.

### Formulario de Consentimiento Informado

#### <sup>1</sup> ¿Qué es el lenguaje sencillo?

Brevemente definido, el lenguaje sencillo implica la utilización de expresiones simples mediante el uso de oraciones completas y las palabras correctas. Es una manera de escribir de forma inteligible y de decirle al lector exactamente lo que necesita saber, omitiendo palabras, hechos y expresiones innecesarias. Algunas características del lenguaje sencillo incluyen:

- Usar la voz activa
- Escribir en lenguaje cotidiano empleando términos y palabras comunes.
- Escribir en un tono coloquial, de la manera en que las personas hablan regularmente.
- Dirigirse directamente al consumidor utilizando "nosotros", "usted" y otros pronombres personales.
- Evitar expresiones idiomáticas y localismos que no todos los lectores podrían entender.
- Evitar terminología y jerga médica, el lenguaje especializado que utilizan los profesionales en el campo médico, que no todos los lectores podrían entender.

Algunos de los beneficios del lenguaje sencillo son: - Facilidad para actualizar documentos. - Simplificación de la información para todos los lectores; ya que incluso los lectores más competentes prefieren el lenguaje sencillo. - Mejor comprensión del material; los lectores entienden los documentos y encuentran la información importante más rápidamente

1



SERVICIO SALUD  
VALPARAÍSO  
C.E.C.  
SAN ANTONIO  
11/09/2019

**Información para Enfermeras de servicios médico-quirúrgicos de un Hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso**

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio de investigación "Representaciones Sociales que le otorgan a la Gestión del Cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso"

Usted ha sido invitado porque cumple con los requisitos de la investigación de ser profesional de enfermería, perteneciente al Hospital Carlos Van Buren y que se desempeña en una unidad medico-quirúrgica de dicho hospital. El investigador principal es Cibele González Nahuelquín y los alumnos tesistas son: Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Fariás Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego, patrocinado con autofinanciamiento.

Su participación es voluntaria y para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistirá su participación:

**Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación**

La investigación mencionada se realizará en el Hospital Carlos Van Buren durante el segundo semestre del año 2019.

**Motivación y propósito del estudio**

Desde el reconocimiento legal de su autonomía y su incorporación al Código Sanitario como "Gestora de los Cuidados" y la aprobación ministerial de la Norma Técnica Número 19 "Gestión del Cuidado en Enfermería para la Atención Cerrada", la enfermería ha ganado un importante valor social y profesional dentro de la comunidad y equipo de salud. Las nuevas atribuciones y responsabilidades que implica lo anterior ha generado un distanciamiento del cuidado clínico o a "pie de cama", creándose percepciones y representaciones sociales erróneas respecto a la labor de la enfermera.

En este contexto, es esencial interpretar las Representaciones Sociales que le otorgan a la Gestión del Cuidado enfermeras, en este caso de su servicio, con el fin de unificar estas, dejar atrás los estigmas y estereotipos que históricamente han desvirtuado la imagen social de la enfermería.

**En qué consiste su participación**

La participación es voluntaria y consiste en una entrevista semi estructurada individual de duración aproximada de 30 minutos. Esta será registrada a través de grabación de audio y se llevará a cabo en dependencias de la unidad de cuidado del Hospital Carlos Van Buren el día \_\_\_\_ a las \_\_\_\_

**Riesgos**

Esta investigación no presupone ningún riesgo para los informantes. La información utilizada no generará ningún perjuicio en el ámbito institucional, profesional o individual. Por otra parte, los hallazgos descubiertos no serán utilizados con fines distintos a los del proyecto. Eventualmente si durante la realización de la entrevista se produce alguna exacerbación emocional los entrevistadores aplicarán apoyo y contención psicológica. En caso de que esta situación no logre ser controlada, se evaluará la continuación de la entrevista.

2



SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO  
C.E.C.  
SAN ANTONIO  
11/07/2019

#### Beneficios

La ejecución del estudio permite crear un espacio de libre expresión, donde se pretende, a través del dialogo y la escucha activa, lograr un aporte a la investigación de la disciplina enfermera.

Respecto a lo último, el crecimiento disciplinar se verá reflejado en los resultados obtenidos, los cuales se orientarán a la identificación de las representaciones sociales en torno a la gestión del cuidado existentes. Esto favorecerá directamente en la formación de líderes dentro de un equipo de salud, capaces de gestionar correctamente la ejecución de cuidados continuos y eficientes.

#### Costos y pagos

No existirá ningún pago de por medio para los participantes ni para los investigadores. Los costos asociados a la investigación ya sean, materiales, transporte y recursos humanos, serán cubiertos por los investigadores a cargo del proyecto.

#### Derechos del participante

##### *A manifestar dudas y a hacer preguntas*

Ud. tiene derecho a manifestar las dudas al investigador en cualquier momento, y en caso que tenga dudas posteriores respecto a este proyecto, podrá contactar a la Prof. Cibele Gonzalez, Investigador Principal de esta investigación, Telefonos: 96194952-2603815, en la dirección Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar. Mail: cibeles.gonzalez@uv.cl

##### *A la participación voluntario, a conocer alternativas y a retirar consentimiento*

Ud. se puede retirar del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, solo comunicándose al investigador principal; que su decisión de no seguir participando. Su eventual retiro no lo perjudicará en caso alguno.

##### *A la atención y a una derivación oportuna*

En caso de presentar molestias, los estudiantes tesistas poseen la certificación para realizar contención en caso necesario.

##### *A recibir información relevante derivada de la investigación*

Al término de la investigación, usted podrá tener acceso a los resultados, reiterando siempre que los datos obtenidos son confidenciales sin ser expuestos a tercero. La información obtenida solo se podrá publicar en los términos descritos posteriormente y con fines académicos.

#### Confidencialidad

##### *Reserva de la identidad del participante*

La información recogida será confidencial, es decir, en lugar de su nombre se le asignará un folio al que solo el investigador principal y su equipo de investigación tendrán acceso.

##### *Privacidad de los datos personales y sensibles*

El registro de los datos será reservado, que sólo tendrán acceso a ellos el investigador principal y estudiantes tesista, estos serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina, en la siguiente dirección: Angamos 655, Reñaca, Viña del Mar

**Difusión y entrega de los resultados**

Los resultados de la investigación, podrán ser divulgados, según lo estime el investigador, en publicaciones, seminarios o reuniones de tipo científico y/o académico y que podrán ser utilizados o no, en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando la identidad del participante.

**Evaluación Ética Científica**

Esta investigación ha sido evaluada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y en caso de tener alguna dudas acerca de sus derechos como participante, puede contactarse con su Secretaria Ejecutiva, Dra. Mariana Cubillos, al número de teléfono 32-257 65 81 o escribir al correo electrónico: comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl.)



### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, \_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_ declaro que el investigador principal Enfermera Ciboles González Nahuelquén y los co-investigadores Carolina Álvarez Masúén, Catalina Azaveña Salinas, Gabriela Fariás Krog, Catalina Oyaced Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Callego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que será sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibí una copia completa y firmada de este documento.

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

Fecha:

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

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:

5



11/08/2019

### 3. Anexo 3: Consentimientos Informados firmados



#### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Neliso Figueroa, RUT: 16.967.911-8 declaro que el investigador principal Enfermera Cibeleles Gonzales Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Fariás Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Neliso Figueroa  
Nombre y Firma Participante

Fecha: 16-08-19

[Firma]  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:

  
[Firma]  
11/08/2019



### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Francisca Ruth Vargas, RUT 17.808.427-8..... declaro que el investigador principal Enfermera Cibele Gonzales Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Fariás Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Francisca Ruth Vargas  
Nombre y Firma Participante

Fecha: 16/08/2019

[Firma]  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:





### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Lorena Araya Acosta, RUT... 17.141.842-9 declaro que el investigador principal Enfermera Cibele Gonzales Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Farías Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que será sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

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

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

Fecha: 23/08/19.

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:



SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO  
C.E.C.  
SAN ANTONIO

Cibele

11/09/2019

### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Jocabet Ballodaves, RUT. 18915625-9 declaro que el investigador principal Enfermera Cibelez Gonzales Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Fariás Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Jocabet Ballodaves  
Nombre y Firma Participante

Fecha:

[Firma]  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado


Fecha:

  
[Firma]  
11/07/2019



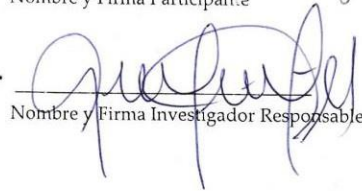
### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Trinidad Ruiz-Tajeri RUT...17.994.387...4 declaro que el investigador principal Enfermera Cibeles Gonzales Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Farías Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Trinidad Ruiz-Tajeri 

Nombre y Firma Participante

Fecha: 23/8/19



Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:

  
11/09/2019 

### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, José Luis Vargas Zúñiga, RUT. 16.742.072 declaro que el investigador principal Enfermera Cibeles Gonzales Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Farías Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que será sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

José Luis Vargas Zúñiga  
Nombre y Firma Participante

[Firma]

Fecha: 16/8

[Firma]  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:

  
[Firma]  
11/09/2019



### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Paloma Lobo Peñ, RUT. 16.885.986-4 declaro que el investigador principal Enfermera Cibele Gonzales Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Farías Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Paloma Lobo Peñ  
Nombre y Firma Participante

Fecha: 23/08/19

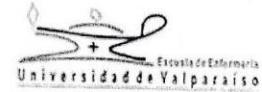
[Firma]  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:





### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Hugo Mauricio Maldonado, RUT. 13.751.820-1 declaro que el investigador principal Enfermera Cibele Gonzalez Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Fariás Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

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

Fecha: 16/08/2019

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

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:



SERVICIO BAÑO  
C.E.C.  
SAN ANTONIO  
11/08/2019



### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Ana Rosa Santibañez, RUT 179453983 declaro que el investigador principal Enfermera Cibeles Gonzales Nahuelquín y los co-investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Farías Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Ana Rosa S. Santibañez  
Nombre y Firma Participante

Fecha: 16/08/19.

[Firma]  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

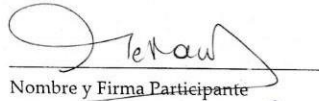
Fecha:

  
[Firma]  
11/09/2019

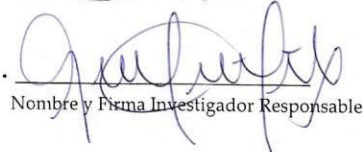


### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Da. Esmeralda Navon, RUT 12.170.053-8 declaro que el investigador principal Enfermera Cibele Gonzales Nahuelquín y los co- investigadores Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Farías Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la gestión del cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la región de Valparaíso". He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que será sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

  
Nombre y Firma Participante

Fecha: 29/01/19

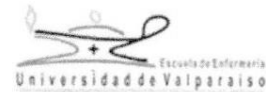
  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

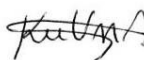
Fecha:





### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Katerine Valdebenito M., RUT...16558418.-K declaro que el investigador principal Enfermera- Matrona Cibeles Gonzales Nahuelquín y Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Fariás Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "**Representaciones Sociales que le otorgan a la Gestión del Cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la Región de Valparaíso**" que llevarán a cabo en Hospital de alta complejidad de la ciudad de Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Katerine Valdebenito M.   
Nombre y Firma Participante

Fecha: 30/8/2019

  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:

Nombre

  
11/09/2019 

### Acta de Consentimiento Informado (participante)

Yo, Paulina Bruma Tabo RUT. 8.992.368-0 declaro que el investigador principal Enfermera- Matrona Cibeles Gonzales Nahuelquín y Carolina Álvarez Maulén, Catalina Aravena Salinas, Gabriela Fariás Kong, Catalina Oyarce Morales, José Salinas Quezada, Emily Vilches Gallego me han invitado a participar en el estudio "Representaciones Sociales que le otorgan a la Gestión del Cuidado enfermeras de un hospital de alta complejidad de la Región de Valparaíso" que llevarán a cabo en Hospital de alta complejidad de la ciudad de Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio (entrevista) a los que seré sometido. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio. De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Paulina Bruma Tabo  
Nombre y Firma Participante

Fecha: 30/8/19.

[Firma]  
Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha:

\_\_\_\_\_  
y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha:

Nombre

  
11/07/2019

#### 4. Anexo 4: Correos de aprobación de directiva

De: Johana Vidal <[johana.vidal@uv.cl](mailto:johana.vidal@uv.cl)>  
Date: lun., 5 ago. 2019 a las 9:32  
Subject: Fwd: AUTORIZACIÓN TJO TESIS ENFERMERÍA UV - C. GONZALEZ  
To: Cibeles Gonzalez Nahuelquin <[cibeles.gonzalez@uv.cl](mailto:cibeles.gonzalez@uv.cl)>

Estimada Cibeles:  
Junto con saludar, informo que ya pueden ingresar al HCVB para la realización del Proyecto de Investigación II.  
Saludos cordiales.

----- Forwarded message -----

De: Johanna Bahamondes Palacios <[johanna.bahamondes@uv.cl](mailto:johanna.bahamondes@uv.cl)>  
Date: lun., 5 ago. 2019 a las 9:28  
Subject: Fwd: AUTORIZACIÓN TJO TESIS ENFERMERÍA UV - C. GONZALEZ  
To: Johana Vidal <[johana.vidal@uv.cl](mailto:johana.vidal@uv.cl)>  
Cc: Unidad Campos clínicos <[unidadcamposclinicos@uv.cl](mailto:unidadcamposclinicos@uv.cl)>

---

Estimada Johana:

Junto con saludar, en atención a solicitud de estudio de tesis de la profesora Cibeles González, envío autorización para realizar tesis en las dependencias del HCVB. Que tenga una buena semana.

Saludos



**Johanna Bahamondes Palacios**  
Unidad de Campos Clínicos y  
Prácticas Profesionales  
Vicerrectoría Académica  
Universidad de Valparaíso  
[www.uv.cl](http://www.uv.cl)  
Tel: +56 (32) 260 3232

----- Forwarded message -----

De: HCVB-Beatriz Soto A. (Gestión Docente Secretaria) <[beatriz.soto@redsalud.gov.cl](mailto:beatriz.soto@redsalud.gov.cl)>  
Date: lun., 5 ago. 2019 a las 8:04  
Subject: AUTORIZACIÓN TJO TESIS ENFERMERÍA UV - C. GONZALEZ  
To: Johanna Bahamondes Palacios <[johanna.bahamondes@uv.cl](mailto:johanna.bahamondes@uv.cl)>

Estimada Johana:

Junto con saludarte, le informo que el Tjo de Investigación de la EU C. Gonzalez, ya puede realizarse en los Servicios Clínicos.

Saludos.



**Beatriz Soto Águila**  
Hospital Carlos Van Buren  
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio  
Oficina Asistencial Docente  
Anexo Minsal: 324680 Fono: (56 32) 236-4680  
E-mail: [gestion-docente.hcvb@redsalud.gov.cl](mailto:gestion-docente.hcvb@redsalud.gov.cl)

## 5. Anexo 5: Códigos descriptivos

### ENF 1

- **Creencias y opiniones:** Paciente. Quehacer diario
- **Actitudes:** Hacer de todo. Paciente. Empoderamiento del rol. Racionalizar el cuidado. Actitud positiva.
- **Prácticas:** Quehacer diario. Proceso. Paciente. Competencia (conocimiento teórico).
- **Experiencias:** Poner en práctica el conocimiento. Experiencia laboral. Formación de pregrado. Experiencia personal con familiar.
- **Campo representacional:** Profesional enfermero.

### ENF 2

- **Creencias y opiniones:** Organización macro y micro. Actividad innata.
- **Actitudes:** Organización en cuanto orden. Paciente. Supervisión. Empoderamiento.
- **Prácticas:** Preparación del paciente (coordinación).
- **Experiencias:** Organización del equipo. Responsabilidad (intrínsecamente, lo asocia a vacíos).
- **Campo representacional:** Cuidado diario. Organizar el cuidado.

### ENF 3

- **Creencias y opiniones:** Coordinación. Paciente. Disciplina.
- **Actitudes:** Paciente. Comunicación. Actitud positiva.
- **Prácticas:** Procedimiento.
- **Experiencias:** Quehacer diario.
- **Campo representacional:** Paciente de alta. Organización

#### ENF4

- **Creencias y opiniones:** Liderazgo. Planificación. Proceso administrativo (planificación y supervisión).
- **Actitudes:** Compromiso.
- **Prácticas:** Supervisión.
- **Experiencias:** Planificación. Quehacer diario (estacionario).
- **Campo representacional:** Planificador (Documentos).

#### ENF 5

- **Creencias y opiniones:** Pilar fundamental. Empoderamiento. Autonomía. Interdisciplinariedad.
- **Actitudes:** Liderazgo directivo.  
Reconocimiento. Admiración. Interdisciplinariedad. Liderazgo. Empoderada. Mejorar (la responsabilidad moral).
- **Prácticas:** Cuidado. Coordinación.
- **Experiencias:** Incorporar la teoría a la práctica laboral.
- **Campo representacional:** Paciente. Unidad. Enfermera Observador

#### ENF 6

- **Creencias y opiniones:** Que hacer diario. Paciente. Optimiza recursos humanos. Paciente.
- **Actitudes:** Compromiso. Dedicación- Competencias. Paciente. Macro gestión. Tiempo al paciente. Gestión del recurso humano. Carga laboral. Positiva. Paciente. Macro gestión.
- **Prácticas:** Supervisión. Materializar el cuidado. Llevar a la Práctica.
- **Experiencias:** Vivencia de cuidado. Experiencia de cuidado. Personaliza el cuidado.
- **Campo representacional:** Enfermero/a

### ENF 7

- **Creencias y opiniones:** Proceso de enfermería (calidad de los cuidados, planificar, supervisar). Ética. Pensamiento crítico. Beneficio al paciente. Supervisión.
- **Actitudes:** Ética. Paciente. Estandarizado. Comunicación. Dotación del personal. Responsabilidad. Alto ego profesional. Falta de compañerismo.
- **Prácticas:** Proceso administrativo. Comunicación.
- **Experiencias:** Práctica clínica (quehacer diario). Teórico a lo práctico.
- **Campo representacional:** Normas. Protocolos.

### ENF 8

- **Creencias y opiniones:** Rol. Vocación e identidad. Empoderamiento. Orden. Estándar.
- **Actitudes:** Autonomía.  
Capacitación continua. Empoderamiento de  
l rol. Sentimiento de calificado y cualificado. Determinante.
- **Prácticas:** Toma de decisiones. Paciente.
- **Experiencias:** Presión. Tolerancia a la frustración. Rutina diaria.
- **Campo representacional:** Sello de identificación.

### ENF 9

- **Creencias y opiniones:** Paciente. Atención integral (biopsicosocial). Totalidad del quehacer. Coordinación. Transversalidad con otras disciplinas.
- **Actitudes:** Paciente. Calidad de la atención. Cordialidad. Trabajo en equipo. Liderazgo. Competitividad entre pares.
- **Prácticas:** Coordinación. Aprendizaje. Teórico a lo práctico.
- **Experiencias:** Coordinación interdisciplinaria.
- **Campo representacional:** Hospitales.

### ENF 10

- **Creencias y opiniones:** Organización (cuidados oportunos). Herramientas de la Gestión del Cuidado. Organización. Supervisión.
- **Actitudes:** Rigidez y estructura. Supervisión. Falta de empoderamiento de la enfermera para ejercer un liderazgo efectivo. Orden de procesos. Aumento de carga laboral disminuye el tiempo por el paciente.
- **Prácticas:** Formación. Quehacer de enfermera.
- **Experiencias:** Clima laboral. Liderazgo. Experiencia laboral.
- **Campo representacional:** Enfermera.

### ENF 11

- **Creencias y opiniones:** Satisfacción de necesidades del paciente. Habilidades blandas. Componente sociohistórico de gestión. Organización. Planificación.
- **Actitudes:** Habilidades. Supervisión Gestión administrativa (documentación). Cumplimiento de estándares.
- **Prácticas:** Supervisión.
- **Experiencias:** Vivencia hospitalaria.
- **Campo representacional:** Enfermero.

### ENF 12

- **Creencias y opiniones:** Proceso. Atención de calidad.
- **Actitudes:** Versátil. Autonomía de cuidado. Toma de decisiones. Respaldo legal. Investigación. Reconocimiento social. Visibilidad. Dedicación. Vocación. Formación.
- **Prácticas:** Satisfacción usuario externo. Preocupación por el usuario interno.
- **Experiencias:** Gratificación de su trabajo. Satisfacción personal. Experiencias de cuidado. Vocación. Clima laboral.
- **Campo representacional:** Enfermera ordenada (confianza). Enfermera desarreglada (chascona, mechassueltas). Uniforme representativo

Anexo 6: Tabla de Reducción Cualitativa

ENF 1

Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<p><b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”</p>	Paciente	<p><b>D.1</b> “(...), es ayudar a que el paciente logre (...) [mantener] su salud o que retome su salud, y para eso se requieren muchas cosas, necesitamos no solamente los cuidados que uno ejerce de manera directa sobre el paciente, sino que todo lo que hay que hacer por afuera, la parte médica (...) tanto [del] papeleo como la parte técnica (...)”.</p> <p><b>D.4</b> “(...), finalmente esa es la Gestión del Cuidado: hacer de todo y velar de alguna manera de que el paciente obtenga la mejor calidad de atención (...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...), todo lo que uno hace(...), la Gestión del Cuidado (...) [logra] que se haga de la mejor manera,(...) [por ejemplo ] hacer la curación [ no es solo la técnica] (...), hay que ver todo lo que viene atrás y todo lo que va a [lograr] más</p>	<p><b>I.1, I.4, I.7</b> La Gestión del Cuidado; entendida como toda acción ejercida por el profesional enfermero tanto administrativa como técnica se constituye como un bien para la persona atendida.</p>

		adelante (...) [en] la herida del paciente, (...) [gestionar el lugar donde se hará las curaciones si se va de alta] (...), pensar en el momento y a largo plazo del paciente(...)."	
	<b>Quehacer diario</b>	<b>D.2</b> "(...), la Gestión del Cuidado está presente en todo el quehacer del enfermero, porque nosotros somos los responsables de la gestión del cuidado, entonces todo tiene que estar apuntando a eso (...)".	<b>I.2</b> Actividades desempeñadas diariamente por el profesional enfermero, y de exclusiva responsabilidad de este.
<b>ACTITUDES:</b> "La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores,	<b>Empoderamiento del rol</b>	<b>D.3</b> "(...), es algo propio de Enfermería, o sea más allá de que el código sanitario lo diga o no, somos los profesionales encargados y más aptos para poder gestionar el cuidado de manera correcta con los pacientes (...)". <b>D.5</b> "(...), nosotros como enfermeros nos empoderamos (...) más de esto, porque muchas veces (...) uno sale de la universidad y como que llega haciendo, haciendo [y] haciendo, falta (...) darse cuenta que hay que gestionar otro tipo de cosas, hay que ordenar (...), pensar el cómo se	<b>I.3, I.5</b> Comportamiento que refleja la fortaleza e identidad del profesional de Enfermería, que impulsa cambios positivos hacia la persona atendida.

<p>etc.), <i>afectiva y tendencial</i>".</p>	<p><b>Racionalizar el cuidado</b></p>	<p><i>hace y para qué se hace(...)"</i>.</p> <p><b>D.5</b> "(...), nosotros como enfermeros nos empoderamos (...) más de esto, porque muchas veces (...) uno sale de la universidad y como que llega haciendo, haciendo [y] haciendo, falta (...) darse cuenta que hay que gestionar otro tipo de cosas, hay que ordenar (...), pensar el cómo se hace y para qué se hace(...)"</p> <p><b>D.6</b> "(...), uno tiene la idea de que viene hacer procedimientos nada más, [pero] después se da cuenta que es mucho más amplio el quehacer (...), cuando uno va creciendo como profesional, teniendo más experiencia, puede aplicarlo de mejor manera en el quehacer diario (...)"</p>	<p><b>I.5, I.6</b> La capacidad reflexiva que debe tener el profesional enfermero logrando pasar desde la técnica hacia una perspectiva global incorporando tanto los procesos clínicos como los administrativos en la entrega del cuidado diario.</p>
<p><b>PRÁCTICAS:</b> "práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de</p>	<p><b>Proceso de Cuidado</b></p>	<p><b>D.7</b> "(...), todo lo que uno hace(...), la Gestión del Cuidado (...) [logra] que se haga de la mejor manera,(...) [por ejemplo ] hacer la curación [ no es solo la técnica] (...), hay que ver todo lo que viene atrás y todo lo que va a [lograr] más</p>	<p><b>I.7</b> Conjunto de acciones que involucra las competencias disciplinares del profesional enfermero que le permiten</p>

<p>conocimientos”.</p>		<p><i>adelante (...) [en] la herida del paciente, (...) [gestionar el lugar donde se hará las curaciones si se va de alta] (...), pensar en el momento y a largo plazo del paciente(...).”.</i></p>	<p>brindar un cuidado de calidad y que satisfice las necesidades de la persona cuidada.</p>
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”.</p>	<p><b>Aplicación teórico práctico</b></p>	<p><b>D.8</b> “(...), uno empieza desde la universidad (...), sobre todo en internado(...), ahí recién se da cuenta realmente de qué es lo que hace el profesional de Enfermería(...), [luego] cuando te haces cargo tú de tus pacientes [sin] nadie al lado, [sin] una profe que te guíe(...).”.</p>	<p><b>I.8</b> En la aplicación de la teoría en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es Gestión del Cuidado.</p>
	<p><b>Experiencia laboral</b></p>	<p><b>D.9</b> “(...), la experiencia que uno va teniendo (...), desde que está estudiando [hasta el conocimiento que se incorpora trabajando](...)”</p>	<p><b>I.9</b> Para el profesional enfermero las habilidades para ejecutar la Gestión del Cuidado se adquieren por medio de las diferentes vivencias, ya sean académicas y/o laborales que influyen de manera significativa en el quehacer diario.</p>

	<b>Acompañamiento en la enfermedad</b>	<b>D.10</b> “(...), una familiar que estuvo con cáncer y siento que un buen profesional debería haberla guiado y ayudado más en el momento (...) [del] diagnóstico (...), el hecho de que [me] tuve que hacer cargo como familiar más que como enfermera, me di cuenta de que es algo transversal y que debería tener siempre en cuenta(...), gestionar todo lo que tiene hacer el paciente, para que no quede ahí, porque es lo que le pasó a ella, hay gente que se tiene que hacer quimio y radio, pero ella no supo qué más tenía que hacer, y eso hizo que se retrasara el tratamiento(...), uno tiene que velar por el paciente, que si tiene un tratamiento en particular que se lleve a cabo cuando corresponde(...)”.	<b>I.10</b> La vocación enfermera nace de una vivencia personal de cuidado
<b>Campo representacional:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto	<b>Profesional enfermero/a</b>	<b>D.11</b> (...), uno como enfermera, eso es lo que se [me] viene a la mente, el profesional de Enfermería, haciéndose cargo de su profesión y [representándolo] bien, porque yo creo que la población en general no tiene claro lo que hace Enfermería,(...), siempre te van a confundir	<b>I.11</b> La Gestión del Cuidado se refleja en un profesional enfermero.

<p><i>representado”.</i></p>		<p><i>desde el auxiliar hasta al médico, y nunca tienen claro bien quién es el enfermero, entonces, esa es la imagen que se me viene a mí: el profesional enfermero haciéndose cargo (...), de lo que su profesión hace (...), que es gestionar el cuidado de cada paciente, desde lo más mínimo(...), a lo más grande(...), y que se hagan las cosas como corresponde(...)”.</i></p>	
------------------------------	--	---	--

ENF 2			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS U OPINIONES:</b> “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”	<b>Proceso administrativo</b>	<b>D.1</b> “(...) la Gestión del Cuidado abarca desde la organización que tenemos (...) como equipo de Enfermería hasta cómo me organizo yo en mi turno (...), al final es todo lo que hacemos, (...) todos los mecanismos que tomamos para realizar el cuidado (...)”.	<b>I.1</b> Conjunto de acciones o de actividades administrativas colectivas e individuales en torno a las diferentes fases del cuidado para otorgar una atención de calidad.
	<b>Actividad innata</b>	<b>D.2</b> “(...), está innato, tampoco es como que yo diga “ya hoy día voy a realizar una gestión”, uno lo hace realizando las tareas (...) [del] turno, no es (...) algo aparte, sino que es algo innato del quehacer de Enfermería (...)”.	<b>I.2</b> Las diferentes actividades propias del cuidado nacen de manera espontánea en el profesional enfermero durante el desarrollo de su quehacer diario.
<b>ACTITUDES:</b> “La posición que va a asumir el	<b>Regulación</b>	<b>D.3</b> “(...), ordena más el quehacer de Enfermería(...), como seres humanos, necesitamos tener una línea que nos vaya (...),	<b>I.3</b> Gestión del Cuidado brinda normas y guías que rigen y regulan el

<p>profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”.</p>		<p>ordenando y eso hace que los procedimientos [y] la atención, sean mejor para los pacientes(...)”.</p>	<p>funcionamiento del profesional enfermero con el fin de entregar una mejor atención.</p>
	<p><b>Paciente/ beneficio</b></p>	<p><b>D.4</b> “(...), como seres humanos, necesitamos tener una línea que nos vaya (...), ordenando y eso hace que los procedimientos [y] la atención, sean mejor para los pacientes (...)”.</p>	<p><b>I.4</b> La Gestión del Cuidado es un bien en torno a la atención tanto para la persona atendida como para los profesionales enfermeros.</p>
	<p><b>Supervisión/ Rol supervisor</b></p>	<p><b>D.5</b> “(...) la supervisión porque igual uno no tiene tiempo, uno realiza los procedimientos, los paramédicos realizan los procedimientos, [para] uno es difícil realizar supervisión a todo lo que se hace (...)”.</p>	<p><b>I.5</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial lo cual provoca un déficit de tiempo para tareas de supervisión del equipo.</p>
	<p><b>Empoderamiento</b></p>	<p><b>D.6</b> “(...), es una actitud positiva a la Gestión del Cuidado (...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...), hace poco tiempo el empoderamiento de la enfermería en la Gestión del Cuidado (...)”</p>	<p><b>I.6 I.7</b> Actitud que refleja la fortaleza del profesional de Enfermería, que impulsa cambios positivos hacia la</p>

			persona, familia y comunidad cuidada.
<p><b>PRÁCTICAS:</b> “práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”.</p>	<p><b>Operacionalización del cuidado</b></p>	<p><b>D.8</b> “(...) [Llevando su mano al mentón y apoyando el codo] (...)yo diría que es la preparación de un paciente [para pabellón] (...) se realizan diferentes cosas que uno no ve en otros servicios, por ejemplo, (...) tiene que estar atento [de los ] requisitos para ir a pabellón:(...) exámenes, consentimiento informado, realizar una hoja pre quirúrgica, si es una cirugía mayor tomar prueba de compatibilidad (...),[en] todo ese proceso que se va haciendo (...) uno ve la gestión(...)”.</p>	<p><b>I.8</b> Proceso clínico-administrativo que permite evidenciar el quehacer propio del profesional de Enfermería en un servicio médico quirúrgico.</p>
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”.</p>	<p><b>Trabajo de equipo</b></p>	<p><b>D.9</b> “(...), la organización del equipo (...) de enfermería, porque acá en el servicio, cada quien sabe que procedimiento tiene que hacer, de qué es lo que está encargado, entonces es (...)una organización y que se da gracias a la gestión que se hace del cuidado(...)”.</p>	<p><b>I.9</b> los roles del equipo de Enfermería se encuentran definidos, por lo que el profesional enfermero lidera la organización de estas funciones.</p>

<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”.</p>	<p><b>Quehacer diario (organizado)</b></p>	<p><b>D.10</b> “(...) es (...) todo. Para mí la Gestión del Cuidado es lo que uno hace diariamente, por ejemplo, nosotras como enfermeras(...)nos organizamos en que se hace en todo el turno(...), primero uno siempre hace los procedimientos(...) después uno va a ver indicaciones médicas y va a tramitar lo que son interconsultas, (...) entonces todo lo que uno va haciendo diariamente son gestión del cuidado, organizar el cuidado, de saber cómo nos vamos a organizar para cuidar a este paciente (...)”</p> <p><b>D.11</b> “(...), entonces todo lo que uno va haciendo diariamente son Gestión del Cuidado, organizar el cuidado, de saber cómo nos vamos a organizar para cuidar a este paciente (...)”.</p>	<p><b>I.10 I.11</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el ámbito clínico y administrativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>
--	--	---	---

ENF 4			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”	<b>Planificación</b>	<p><b>D.1</b> “Es una planificación [asiente con la cabeza], de los cuidados que se tienen que realizar en base a cada paciente”</p> <p><b>D.2</b> “(...) es excelente [mantiene codo apoyado en la mesa y con su mano demuestra rigor] porque de acuerdo a eso uno puede planificar los cuidados, como lo dice gestionar, planificar cada cuidado con cada paciente, para poder ir supervisando que se vayan realizando todos los cuidados pertinentes (...)”.</p> <p><b>D.4</b> “(...)”, El mejor tiempo que se pueda dedicar a hacer la planificación (...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) con todos los pacientes se hace [mueve la cabeza asintiendo], con todos, no puedes dejar un paciente que no se le haga una planificación, tiene que ser con todos (...)”.</p>	<p><b>I.1 I.2, I.4, I.7 Proceso</b> personalizado que involucra el conjunto de acciones administrativas (de gestión y supervisión) que se interrelacionan para el desarrollo del quehacer diario de la enfermera/o.</p>
	<b>Supervisión</b>	<p><b>D.2</b> “(...) planificar cada cuidado con cada paciente, para poder ir supervisando que se vayan</p>	<p><b>I.2</b> La vigilancia de la realización de las</p>

		<i>realizando todos los cuidados pertinentes (...)</i> ”.	acciones de cuidado es el componente principal de la Gestión del Cuidado.
<b>ACTITUDES:</b> “ <i>La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial</i> ”.	<b>Empoderamiento</b>	<b>D.10</b> “ <i>(...), con la experiencia se va adquiriendo todo eso [empoderamiento] (...), cuando uno es interna ya sabe que (...) tiene que llegar empoderado, sabiendo sus roles, lo que tiene que hacer y lo que no, porque así tú puedes dirigir todo</i> ”	<b>I.10</b> Actitud que refleja la fortaleza del profesional de Enfermería, que permite el desarrollo del liderazgo.
<b>PRÁCTICAS:</b>	<b>Supervisión</b>	<b>D.6</b> “ <i>(...) La supervisión diaria (...)</i> ”.	<b>I.6, I.2</b> La vigilancia de la

<p>“práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”</p>		<p><b>D.2</b> “(...) planificar cada cuidado con cada paciente, para poder ir supervisando que se vayan realizando todos los cuidados pertinentes (...)”.</p>	<p>realización de las acciones de cuidado es el componente principal de la Gestión del Cuidado.</p>
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”.</p>	<p><b>Rutina</b></p>	<p><b>D.11</b>“(...) siempre se van mejorando los procesos de cada actividad que se programa (...), no es algo como que vaya cambiando, siempre ha sido lo mismo (...)”.</p>	<p><b>I.11</b> Todos los procesos de cuidado realizados diariamente por el profesional enfermero se mantienen constantes.</p>

ENF 5			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”	<b>Base/Pilar</b>	<b>D.1</b> “(...) la Gestión del Cuidado para mi es lo principal, nuestra base para todas las actividades que como enfermeros realizamos. (...), de ahí (...), se disgregan todas las ramas (...), [es] el pilar fundamental de nosotros (...)”.	<b>I.1</b> La Gestión del Cuidado es la base y el pilar del enfermero/a, que permite el desarrollo profesional.
	<b>Empoderamiento</b>	<b>D.2</b> “(...), porque eso nos dio (...), la capacidad de empoderamiento profesional, como autonomía en el sentido de que nosotras como enfermeras somos profesionales igual que el médico, y ellos tienen una parte y nosotros otra, y nos complementamos; entonces (...), ha sido favorable (...)”.	<b>I.2</b> Actitud que refleja la Gestión del Cuidado otorgando fortaleza al profesional de enfermería, que impulsa cambios positivos hacia la persona, familia y comunidad cuidada.
	<b>Autonomía</b>	<b>D.3</b> “(...) yo, empecé a trabajar ya bajo la Gestión del Cuidado de Enfermería (...), cuando [se] va avanzando en trabajo y todo (...), [se] va escuchando a las más antiguas y obviamente	<b>I.3</b> Independencia del quehacer de Enfermería con respecto a otras disciplinas, lo que es considerado un

		<p><i>hay muchos cambios positivos, (...) como autonomía en el sentido de que nosotras como enfermeras somos profesionales igual que el médico, y ellos tienen una parte y nosotros otra (...), ha sido favorable (...)</i>”.</p>	<p>beneficio para la profesión.</p>
	<b>Interdisciplinariedad</b>	<p><b>D.4</b> “(...) nosotras como enfermeras somos profesionales igual que el médico, y ellos tienen una parte y nosotros otra, y nos complementamos (...)”:</p>	<p><b>I.4</b> Complemento del quehacer de enfermería con otras disciplinas, lo que es considerado un beneficio.</p>
<p><b>ACTITUDES:</b> “La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas</p>	<b>Líder/liderazgo</b>	<p><b>D.5</b>“(...) considero que nuestra gestora de la gestión del cuidado (...), para mi es una persona admirable (...), ellas están preocupadas continuamente de todos los servicios (...), de ver en qué podemos estar fallando, cómo mejorarlo, o sea en ese sentido están haciendo bien su labor (...)”</p> <p><b>D.6</b> “(...) nosotras somos las líderes de la</p>	<p><b>I.5</b> El Referente directivo refleja el empoderamiento e iniciativa de la enfermera/o en el desarrollo de las diversas actividades en torno al cuidado, generando sentimientos de admiración y seguridad por parte de sus pares.</p> <p><b>I.6</b> El profesional enfermero se esfuerza por guiar de</p>

<p><i>cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”.</i></p>		<p><i>gestión del cuidado, pero tenemos que (...), serlo de manera transversal, [y] llevarlo a los (...), técnicos paramédicos (...), en el sentido de nuestras indicaciones (...).”.</i></p>	<p>manera efectiva al equipo de Enfermería.</p>
	<p><b>Trabajo de equipo</b></p>	<p><b>D.6</b> “(...) nosotras somos las líderes de la Gestión del Cuidado, pero tenemos que (...), serlo de manera transversal, [y] llevarlo a los (...), técnicos paramédicos (...), en el sentido de nuestras indicaciones (...).”.</p>	<p><b>I.6</b> Los roles del equipo de Enfermería se encuentran definidos, por lo que el profesional enfermero debe liderar la organización de estas funciones.</p>

	<p><b>Desconocimiento del rol por el personal de Enfermería</b></p>	<p><b>D.7</b> “(...) creo que estamos débiles, porque acá hay mucha gente que tiene el concepto [erróneo], uno [da] una indicación en pro de la Gestión del Cuidado [y se percibe como] “la mala onda”, (...),”es pesada”, entonces tiene que haber un cambio (...), masivo en el pensamiento que se tiene de esto (...)”</p> <p><b>D.8</b> “(...) quizás no todos tienen la claridad de qué se trata, de por qué nosotros tenemos que hacer esto (...), mucha gente no entiende que es como una seguidilla de cosas (...)”.</p>	<p><b>I.7 I.8</b> Existe un desconocimiento por parte del equipo de Enfermería en torno al rol de la/el enfermera/o como gestora de los cuidados.</p>
	<p><b>Subordinado</b></p>	<p><b>D.9</b> “(...) nosotros somos los últimos del escalafón y tenemos que hacerle caso a lo que nos dicen; entonces ese es como el pensamiento general (...)”.</p>	<p><b>I.9</b> La/ell enfermera/o clínica aún percibe la subordinación en la toma de decisiones bajo ciertos contextos del cuidado.</p>
	<p><b>Empoderamiento</b></p>	<p><b>D.10</b> “(...) por lo menos nosotros (...), al ser un “grupo joven” de enfermeros estamos bien actualizados en el concepto, entonces estamos todos (...), empoderados y afiatados en el</p>	<p><b>I.10</b> Actitud que refleja la gestión del cuidado otorgando fortaleza al profesional de Enfermería,</p>

		sentido de que tenemos que hacerlo para mejorar (...)."	que impulsa cambios positivos hacia la persona, familia y comunidad cuidada.
<b>PRÁCTICAS:</b> "práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos".	<b>Quehacer diario</b>	<b>D.11</b> "(...) acá en general es casi todo lo que nosotros hacemos(...) las actividades que [se hacen] desde nuestra jefa(...), como coordinación(...), altas, hacer gestión en camas(...), nosotras en la coordinación que tenemos con los médicos(...),gestionamos todos los cuidados del paciente (...), una simple orden de ambulancia, la educación, el cuidado permanente, [al] hacer una curación, instalar una vía venosa, en todos esos ámbitos vemos la gestión del cuidado en (...),distintas ramas, niveles(...)".	<b>I.11</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el ámbito clínico, administrativo y educativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente.
<b>EXPERIENCIAS:</b> "Conocimiento de la vida adquirido por las	<b>Aplicación teórico-práctico</b>	<b>D.12</b> "(...), cuando uno estudiaba, era como un título de gestión (...), pero uno al verlo como ramo, es tan lejano, pero al empezar a trabajar desde el día uno, uno empieza (...), y es la (...)	<b>I.12</b> En la aplicación de la teoría en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de

<p><i>circunstancias o situaciones vividas”.</i></p>		<p><i>mayor experiencia, porque ahí uno ve todo(...)”.</i></p>	<p>lo que es Gestión del Cuidado</p>
<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”.</p>	<p><b>Cuidado a pie de cama</b></p>	<p><b>D.13</b>“(…) <i>la imagen que a mí se me viene a la mente con gestión del cuidado es una cama, un paciente, su unidad y yo, mirando, (...), de forma global (...)</i>”.</p>	<p><b>I.13</b> La Gestión del Cuidado se refleja en: Un paciente en su cama en su unidad observado por el profesional enfermero de manera global.</p>
	<p><b>Líder</b></p>	<p><b>D.14</b>“(…) <i>considero que nuestra gestora de la gestión del cuidado (...), para mí es una persona admirable (...), ellas están preocupadas continuamente de todos los servicios, (...), de ver en qué podemos estar fallando, cómo mejorarlo, o sea en ese sentido están haciendo bien su labor(...)</i>”.</p>	<p><b>I.14</b> El Referente directivo refleja el empoderamiento e iniciativa de la/el enfermera/o en el desarrollo de las diversas actividades en torno al cuidado, generando sentimientos de admiración y seguridad por parte de sus pares.</p>

	<b>Subordinado</b>	<b>D.9</b> “(...) nosotros somos los últimos del escalafón y tenemos que hacerle caso a lo que nos dicen (...)”.	<b>I.9</b> La/el enfermera/o clínica aún percibe la subordinación en la toma de decisiones bajo ciertos contextos del cuidado.
--	--------------------	--	--

ENF 6			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”	<b>Quehacer diario</b>	<b>D.1</b> “(...) la labor que realizamos diariamente con el fin de que los pacientes mejoren o recuperen su salud, son todas las labores que podemos realizar acá en el hospital (...), para los pacientes (...)”.	<b>I.1</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el ámbito clínico y administrativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente
	<b>Paciente</b>	<b>D.1</b> “(...) la labor que realizamos diariamente con el fin de que los pacientes mejoren o recuperen su salud, son todas las labores que podemos realizar acá en el hospital (...), para los pacientes (...)”.	<b>I.1</b> La Gestión del Cuidado se constituye como un bien para la persona atendida.

	<b>Eficiencia</b>	<i>D.2 “(...) hablar de gestión del cuidado ha servido para que se optimicen los recursos humanos (...), para que esta experiencia de los pacientes que están hospitalizados acá se haga lo más corta posible y lo más llevadera (...), dentro de lo que se puede estar (...), que está estadía hospitalaria logre que los pacientes no sean mayormente afectados en su vida (...).”</i>	<b>I.2</b> La Gestión del Cuidado para el profesional enfermero ha llevado a la optimización de los recursos existentes para lograr una atención eficiente para la persona atendida.
<b>ACTITUDES:</b> “La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva	<b>Vocación</b>	<i>D.3 “(...) la preocupación permanente de los pacientes(...), tener dedicación (...), compromiso, esa es una actitud que uno debería tener (...), para lograr fielmente una buena Gestión del Cuidado; también como las destrezas y (...) tener una base, (...) [porque] sin base teórica no podríamos hacer una buena Gestión del Cuidado (...).”</i>	<b>I.3</b> El profesional de Enfermería posee un interés innato relacionado a la ayuda al otro, reflejado a través de la dedicación, el compromiso, el pensamiento crítico, la responsabilidad y el amor en la entrega del cuidado.
	<b>Conocimiento</b>	<i>D.4 “(...), sin base teórica no podríamos hacer una buena Gestión del Cuidado (...).”</i>	<b>I.4</b> Para el profesional enfermero son fundamentales las

<p>(creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”.</p>			competencias teóricas, las cuales deben sustentar el actuar de Enfermería.
	<b>Sobrecarga laboral</b>	<i>D.5 “(...), uno no puede dedicarle mucho tiempo a cada individuo; lamentablemente, hay algunos parámetros de cuántos pacientes deberíamos tener cada uno, pero eso, en la práctica no se logra (...) si tuviéramos una mejor distribución de pacientes, una mayor rotación de enfermeros, inclusive de hasta paramédicos, ahí lograríamos abarcar a un paciente en su globalidad(...)”.</i>	<b>I.5</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial relacionada a una inadecuada distribución de personal y pacientes, lo cual provoca un déficit de tiempo para el cuidado integral.
	<b>Paciente</b>	<i>D.6 “(...), tenemos la actitud positiva hacia la Gestión del Cuidado;(…), articula todo para que podamos, a los pacientes, lograr mantenerlos bien (...)”.</i>	<b>I.6</b> La Gestión del Cuidado es un bien, siendo considerado un aspecto positivo para la entrega de cuidado a la persona atendida.
<b>PRÁCTICAS:</b> “práctica se considera como la	<b>Supervisión</b>	<i>D.7 “(...)la gestión como tal, porque si no, nuestra gestión es gestión solamente, entonces, necesitamos supervisar [si] efectivamente nuestras intervenciones</i>	<b>I.7</b> La supervisión permite diferenciar la gestión de la Gestión del Cuidado,

<p><i>puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”.</i></p>		<p><i>lograron el objetivo que nosotros estábamos buscando, sino, (...), todo queda en lápiz (...) para nosotros saber que la Gestión del Cuidado se está llevando a cabo es [necesario] supervisar que esto realmente se esté cumpliendo(...).”.</i></p>	<p>considerando que esta última, implica que el profesional enfermero vigile una materialización óptima del cuidado planificado.</p>
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”.</p>	<p><b>Personificar el cuidado</b></p>	<p><b>D.8</b> “(...) uno siempre debe pensar que el paciente que estás atendiendo puede ser tu familiar, tu mamá; (...), cuando uno le toca estar del otro lado, quizás, y ser familiar de pacientes o paciente, entonces ahí uno valora lo que es realmente (...), una buena gestión(...)”.</p>	<p><b>I.8</b> El acto reflexivo del profesional enfermero al momento de la entrega del cuidado, le otorga un mayor valor al quehacer.</p>
<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”.</p>	<p><b>Enfermero</b></p>	<p><b>D.9</b> “(...), es igual a Enfermería (...), me imagino una enfermera, un enfermero (...)”.</p>	<p><b>I.9</b> La Gestión del Cuidado se refleja en el profesional enfermero.</p>

ENF 7			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> <i>“la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”.</i>	<b>Proceso de Enfermería</b>	<b>D.1</b> <i>“(…), es un concepto súper amplio porque abarca cómo nos enfrentamos a un paciente, cómo gestionamos la calidad de los cuidados, que hacemos para que eso se pueda llevar a cabo, engloba la supervisión; es todo lo que hacemos (...). La Gestión del Cuidado es planificar cuidados de los pacientes, involucrarnos con el diagnóstico que ellos tienen, su historia, que hay hacia atrás, los probables pronósticos, lo que yo voy a hacer y gestionar (...), porque la idea es que tenga una recuperación en base a los cuidados que yo le voy a dar en conjunto con todo el equipo (...) lo que yo voy a hacer y voy a gestionar, lo que voy a supervisar para que esto se cumpla(...)”.</i>	<b>I.1</b> La Gestión del Cuidado es el proceso en donde se relacionan tanto las etapas del Proceso de Enfermería como del Administrativo, destacando de ésta última la planificación y la supervisión, para lograr en conjunto al equipo, la mejoría del paciente.
	<b>Pensamiento crítico</b>	<b>D.2</b> <i>“(…), dentro [del] actuar siempre incorporando la ética (...), saber que determinar, en qué momento para poder gestionar los cuidados de la mejor forma para el paciente; el pensamiento crítico, es [muy]</i>	<b>I.2</b> La implementación de la Gestión del Cuidado exige al profesional enfermero la capacidad de aplicar

		<i>importante (...)</i> ”.	constructos éticos del cuidar y un análisis crítico para la toma de decisiones.
	<b>Quehacer diario</b>	<p><b>D.5</b> “(...)hay cosas que son súper importantes que quizás no son tan de Enfermería como lo que es cuidar a alguien enfermo, [como lo es] la coordinación, que sí tengo un paciente de alta y este paciente es de muy lejos y no tiene traslado, ¿Quién coordina la ambulancia?, la enfermera, y quizás eso no es de enfermería, pero si es parte importante de la Gestión del Cuidado, porque si no lo hacemos nosotras y no nos preocupamos de hacerlo en el momento oportuno, de gestionarlo, de entregarle a mi colega [lo que] está pendiente, no lo va a hacer nadie(...)”</p> <p><b>D.6</b> “(...), muchas veces los pacientes tienen dudas que nadie les aclara (...), uno les dice: “ya lo van a venir a buscar”, nadie les ha dado información y muchas veces hacemos de secretarios, pero es parte del proceso y tenemos que estar en todas esas situaciones(...)”.</p>	<p><b>I.5, I.6</b></p> <p>Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el ámbito clínico y administrativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>

	<p><b>Supervisión</b></p>	<p><i>D.4 “(...), antiguamente no se hablaba de Gestión del Cuidado, quizás no nos consideraba a nosotros como parte importante de todo esto, la verdad es que nosotros somos el punto de corte para todo, porque supervisamos que todas las cosas se realicen(...)”.</i></p>	<p><b>I.4</b> Actualmente, el profesional de enfermería es un miembro importante del equipo de salud, ya que es quien vigila el cumplimiento de las actividades de cuidado.</p>
	<p><b>Coordinación</b></p>	<p><i>D.5 “(...)hay cosas que son súper importantes que quizás no son tan de Enfermería como lo que es cuidar a alguien enfermo, [como lo es] la coordinación, que sí tengo un paciente de alta y este paciente es de muy lejos y no tiene traslado, ¿Quién coordina la ambulancia?, la enfermera, quizás eso no es de enfermería, pero si es parte importante de la Gestión del Cuidado, porque si no lo hacemos nosotras y no nos preocupamos de hacerlo en el momento oportuno, de gestionarlo, de entregarle a mi colega [lo que] está pendiente, no lo va a hacer nadie(...)”.</i></p> <p><i>D.7 “(...), como lo que estábamos hablando, es importante que [todo] este bien coordinado (...),</i></p>	<p><b>I.5, I.7</b> Conjunto de acciones o de actividades administrativas organizadas en torno a las diferentes fases del cuidado, orientadas a otorgar una atención oportuna.</p>

		<i>regido (...), [y] normado(...)</i> ”.	
<p><b>ACTITUDES:</b> “La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.),</p>	<p><b>Respeto</b></p>	<p><b>D.8</b> “(...) lo importante también es(...) la ética con la que se realizan las cosas(...), hay algunos pacientes que son súper demandantes y a veces eso puede generar un problema, pero hay que saber abordarlo porque es un paciente que está enfermo, que necesita atención(...)”.</p> <p>“<b>D.9</b>(...), a veces el paciente está enfermo(...), desorientado(...), no entiende, no se puede autorregular [ni] controlarse(...), lo más importante es la ética con la que abordamos y tratamos a los pacientes(...)”.</p>	<p><b>I.8, I.9</b> Para una adecuada atención del paciente, el profesional enfermero debe aplicar aspectos éticos, normas y principios para poder discernir en los diferentes niveles de demanda de cada persona atendida. La armonía de estos elementos corresponde a lo más importante en su quehacer diario.</p>

afectiva y tendencial”.	<b>Protocolizado</b>	<p><b>D.3</b> “(...), es importante que [exista] (...), en todos los recintos asistenciales, ya sean públicos o privados una Gestión del Cuidado (...), que esté descrita para los funcionarios y que todos tengamos conocimientos de los protocolos (...).”</p> <p><b>D.7</b> “(...), como lo que estábamos hablando, es importante que [todo] este bien coordinado (...), regido (...), [y] normado (...).”</p>	<b>I.3, I.7</b> Es importante que las actividades administrativas en cuidado sean protocolizadas para todos los servicios de salud y orientadas a otorgar una atención de calidad.
	<b>Comunicación</b>	<p><b>D.10</b> “(...), siempre hay cosas que pulir, pero creo que la comunicación es lo más importante (...).”</p> <p><b>D.13</b> “(...) creo que se podría mejorar entre colegas la comunicación (...).”</p>	<b>I.10</b> La comunicación se constituye como un área deficiente en el quehacer diario.
	<b>Sobrecarga laboral</b>	<p><b>D.11</b> “(...), la dotación de personal es un punto súper importante(...), quizás deberíamos ser más enfermeras por paciente(...), y también [más] técnicos paramédicos porque es un equipo(...), [muchas veces] estamos todos corriendo, sacando exámenes, haciendo curaciones, paciente que se complicó, que te llama el médico, que te lo piden de rayos, a veces uno corre mucho y eso desgasta</p>	<b>I.11</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial relacionada a una inadecuada distribución de personal lo cual provoca deterioro físico y emocional en personal de salud.

		<p><i>harto la salud y el autocuidado [personal](...),no sé si habrán más tesis sobre las personas con el síndrome de burnout, que se ven mucho, hay muchas licencias psiquiátricas, por estrés, porque [el trabajo] de nosotras en especial en hospital es súper [alto](...):</i></p>	
	<p><b>Responsabilidad</b></p>	<p><b>D.12</b> “(...), Los enfermeros, por lo menos todos los que yo he conocido acá son súper responsables de que se cumplan y se lleven a cabo las tareas que están estipuladas para el día a día (...).”</p>	<p><b>I.12</b> Una de las características que reconoce el profesional enfermero de sus pares es la responsabilidad.</p>

	<p><b>Competitividad</b></p>	<p><b>D.14</b> “(...) disminuir un poco los egos (...), la convivencia entre colegas se podría mejorar (...), si un colega no pudo a la primera, no pudo a la segunda, “yo te ayudo y te doy mi técnica” (...), el ego hay que dejarlo de lado porque aquí estamos [para] la gente, no [para] creernos [mejores] que otros (...)”.</p> <p><b>D.15</b> “(...) un colega nuevo que llegue y que este incómodo(...), temeroso(...), va a dificultar el proceso de la gestión del cuidado, porque si yo tengo miedo de ir a pedirle a mi colega ayuda, quizás voy a multipuncionar al paciente por no pedir ayuda, bueno éticamente todos sabemos que si no funciona a la primera, no funciona a la segunda, no funciona a la tercera [debe ceder] la mano, pero estas con temor, de ir a pedirle a otra persona que te ayude, y nadie llega del internado siendo [excelente] en vías, en punciones, en instalación de sonda nasogástrica, nadie, porque eso te lo da la experiencia(...), [hay que ] disminuir un poco la batalla de egos que hay en enfermería a nivel país(...)”.</p>	<p><b>I.14, I.15</b> La camaradería entre profesionales se ve entorpecida por el alto individualismo entre pares, lo que refleja un desmedro del trabajo en equipo.</p>
--	------------------------------	--	---

<p><b>PRÁCTICAS:</b> “práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”.</p>	<p><b>Quehacer de enfermería</b></p>	<p><b>“D.16(...)</b>la supervisión, el control, todas las etapas de la gestión(...), la comunicación también es un punto súper importante para saber en qué estamos fallando(...), que hay que modificar [y] arreglar(...).”.</p>	<p><b>I.16</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero en el ámbito clínico y administrativo, siendo relevante la comunicación, con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”.</p>	<p><b>Aplicación teórico práctico</b></p>	<p><b>D.17</b> “(...), todos los días uno aprende cosas nuevas, lo más importante es aprender a planificarse y organizarse, cuando uno empieza a trabajar, lo que más te cuesta [es] organizarte con los tiempos y el tiempo te va dando la expertiz para poder hacer una buena planificación, saber con el pensamiento crítico, en que me enfoco primero, que es más importante(...), para darle atención al que está más complejo y saber priorizar(...), me lo ha dado la experiencia aquí, en la clínica y en distintos lugares en los cuales he trabajado(...), las experiencias clínicas diarias te van dando tu propia construcción de gestión del cuidado(...).”.</p>	<p><b>I.17</b> En la aplicación de la teoría en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es Gestión del Cuidado.</p>

<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”.</p>	<p><b>Protocolos</b></p>	<p><b>D.18</b> “(...), Gestión del Cuidado (...), la gestión propiamente tal, que esté todo regulado, [estandarizado, informado] para que se cumpla(...)”.</p>	<p><b>I.18</b> La Gestión del Cuidado se representa como protocolos estandarizados y difundidos.</p>
--	--------------------------	--	--

ENF 8			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> <i>“la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”</i>	<b>Rol</b>	<p><b>D.1</b> “(...)es algo que nos califica a nosotros como nuestro rol, desde que iniciamos esta carrera(...) [es] lo que más(...) se nos enseña, que la Gestión del Cuidado es de nosotros(...), estamos calificadas y cualificadas (...) con este tipo de trabajo, con nuestros pacientes(...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) hace un tiempo atrás con respecto a neonatología que nosotros la peleamos como campo (...), son áreas que nos competen, es un tema (...), nosotros estamos calificados y cualificados (...)”.</p>	<b>I.1, I.7</b> La Gestión del Cuidado es la función inherente del profesional de Enfermería que a su vez se transforma en la esencia y el sustento de la enfermera/o.
	<b>Identidad</b>	<p><b>D.2</b> “(...) es algo que nace de nosotras (...), es netamente la vocación de nosotros, es algo que a nosotros nos identifica, yo así lo veo más que nada (...)”.</p>	<b>I.2</b> La Gestión del Cuidado es el conjunto de rasgos o características (como la vocación) propios del profesional enfermero y que le distinguen de otros profesionales.

	<b>Estándar</b>	<p><b>D.3</b> “(...), que se haya implementado y que exista en un hospital una unidad [de] Gestión del Cuidado, de alguna u otra forma nos genera, no un orden, sino que las cosas [funcionen] más estandarizadas (...)”.</p> <p><b>D.4</b> “(...), nos enfoca, nos ayuda, no solo a que se estandaricen las cosas si no que, dentro de nuestro rol, también nos ayuda a cumplir [todos] nuestros objetivos (...)”.</p>	<b>I.3, I.4</b> La implementación de la Gestión del Cuidado ha llevado a la protocolización del quehacer enfermero, lo cual favorece el cumplimiento de sus metas en los servicios de salud.
<b>ACTITUDES:</b> “La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa”	<b>Autonomía</b>	<b>D.5</b> “(...), nos da (...) autonomía en nuestro quehacer, en base a lo que es nuestro código (...)”.	<b>I.5</b> Independencia del quehacer de Enfermería con respecto a otras disciplinas.
	<b>Mejoramiento Continuo</b>	<b>D.6</b> “(...) a diario, constantemente tiene que haber una mejora, tiene que haber una capacitación continua (...)”.	<b>I.6</b> El profesional enfermero debe perfeccionarse continuamente.

<p><i>Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”.</i></p>	<p><b>Sentimiento de calificado</b></p>	<p><b>D.1</b> “(...) es algo que nos califica a nosotros como nuestro rol, desde que iniciamos esta carrera(...) [es] lo que más(...) se nos enseña, que la gestión del cuidado es de nosotros(...), estamos calificadas y cualificadas (...) con este tipo de trabajo, con nuestros pacientes(...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) hace un tiempo atrás con respecto a neonatología (...), son áreas que nos competen (...), nosotros estamos calificados y cualificados(...)”.</p> <p><b>D.8</b> “(...) eso tiene que ver también con la Gestión del Cuidado, eso es algo de nuestro quehacer diario, ser determinante, tomar decisiones (...), en pro del paciente (...)”.</p>	<p><b>I.1, I.7, I.8</b> Respaldo en su formación, el profesional enfermero se siente capacitado para ejercer las funciones de Gestión de Cuidado y la toma de decisiones en los diferentes servicios hospitalarios.</p>
<p><b>PRÁCTICAS:</b> <i>“práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”</i></p>	<p><b>Toma de decisiones</b></p>	<p><b>D.9</b> “(...) antes acá existía una enfermera para el turno de noche, usted comprenderá que mediana complejidad es un servicio muy grande, entonces, hacíamos turnos nosotras solas y muchas veces teníamos que tomar determinaciones sin el consentimiento de un médico(...), siempre en pro del paciente (...) sin saltarse los conductos(...) eso tiene que ver también con la gestión del cuidado, eso es</p>	<p><b>I.9</b> La implementación de la Gestión de Cuidado exige al profesional enfermero/a la capacidad de analizar críticamente las diferentes situaciones a las que deba enfrentarse y, con ello, ejecutar acciones que</p>

		algo de nuestro quehacer diario, ser determinante, tomar decisiones(...), en pro del paciente(...)"	favorezcan la mejoría del paciente.
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> "Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas".</p>	<p><b>Presión laboral</b></p>	<p><b>D.10</b> "(...), el hecho de trabajar acá, trabajas en base a la presión, todos te presionan(...); [eso] te ayuda a (...) [darte] cuenta (...) de que estás hecha como profesional, porque no cualquiera podría trabajar con alta presión, no todos tienen tolerancia a la frustración(...), te vas decepcionando de ciertas cosas, pero en base a lo que es neto de la carrera misma, el mismo campo laboral te va dando la experiencia, te vas haciendo más asertiva, pero si [adquieres] una expertiz(...)".</p> <p><b>D.11</b> "(...), es tanto la presión y la responsabilidad que de alguna u otra forma tu capacidad mental aumenta (...), eso lo da (...), la rutina diaria (...)".</p>	<p><b>I.10, I.11</b> La presión generada en el servicio le permite al profesional enfermero identificar sus fortalezas, debilidades y gustos en el quehacer, potenciando sus habilidades profesionales.</p>
<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL:</b> "el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto</p>	<p><b>Sello de identificación</b></p>	<p><b>D.12</b> "(...), es nuestro sello (...), nos respalda y avala el hecho de ser enfermeras (...)".</p>	<p><b>I.12</b> Gestión del Cuidado simboliza al profesional enfermero.</p>

<i>representado”.</i>			
-----------------------	--	--	--

ENF 9			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> <i>“la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”</i>	<b>Integralidad</b>	<p><b>D.1</b> <i>“(…), abarca todo lo que nosotras como enfermeras tenemos que abordar, desde lo más mínimo hasta lo más amplio en relación al paciente (…)”.</i></p> <p><b>D.2</b> <i>“(…), en el ambiente hospitalario nosotros nos encontramos con escenarios donde los pacientes están en situaciones super adversas, y se sienten invadidos porque se ven limitados en realizar sus actividades de la vida diaria de manera autónoma; entonces, hay que tratar de abordarlos de manera integral y en todos los aspectos(…)”.</i></p> <p><b>D.3</b> <i>“(…), implica estar otorgando atención en el ámbito no sólo en lo clínico sino también en lo emocional, en lo social, porque muchos de los pacientes acá llegan en malas condiciones y no tienen redes de apoyo, por lo tanto, tú tienes que gestionar todo (…)”</i></p>	<p><b>I.1, I.2, I.3, I.4, I.13</b> La Gestión del Cuidado es el principio fundamental de todo el quehacer de la/el enfermera/o, la cual considera tanto la condición biomédica como el área psicosocial del paciente con la finalidad de dar respuesta la totalidad de las necesidades de la persona atendida.</p>

		<p><b>D.4</b> “(...), la Gestión del Cuidado como enfermeras aborda (...) todas las áreas biopsicosociales; por eso es que es tan importante que nosotras tengamos también buenas bases en el aspecto teórico, porque cuando uno llega a un servicio te das cuenta que [estos son] los recursos disponibles, y tienes que hacer malabares, para [otorgar una] atención integral (...)”.</p> <p><b>D.13</b> “(...), nosotras visualizamos la Gestión del Cuidado [de] manera integral (...), ojalá contar con buenas bases para poder integrar todas las áreas que esto implica (...)”</p>	
	<p><b>Calidad de la atención</b></p>	<p><b>D.8</b> “(...), todo dirigido al paciente, ahora han implementados nuevas políticas, las que la calidad de la atención es el pilar fundamental (...), principalmente por el tema de la acreditación (...) ha favorecido, (...) se [ha] hecho un orden, se [ha] generado una mejor estructura en relación al cuidado y el cómo se entrega (...)”</p>	<p><b>I.8</b> La Gestión del Cuidado favorece a la mejora de la calidad de la atención en salud, permitiendo el logro de la acreditación del establecimiento.</p>

	<p><b>Coordinación</b></p>	<p><b>D.7</b> “(...) Se realiza mucha gestión (...), nuestra función, aparte de la clínica, [es] tramitar, gestionar exámenes, movilización, pacientes que ingresan, que se dializan en el extrasistema, incluso aquí, cuando están hospitalizados, hay que estar listos con las colegas para coordinar los cupos, que le asignen las horas (...)”.</p>	<p><b>I.7</b> Conjunto de acciones o de actividades administrativas organizadas en torno a las diferentes fases del cuidado, orientadas a otorgar una atención oportuna.</p>
	<p><b>Dependencia del profesional médico para la toma de decisiones</b></p>	<p><b>D.6</b> “(...), Estando aquí, uno se da cuenta que aborda harto (...), para poder otorgar una atención adecuada. ¿Depende de nosotras?, Sí, pero también depende mucho del aspecto médico: acá los médicos son como itinerantes, no hay un médico que esté todo el día acá o esté residente(...), no están disponibles; entonces, hay que estar también gestionando, insistiendo bastante con el tema, por ejemplo, de las recetas, que a veces (...) nos dejan las recetas y los pacientes quedan sin su tratamiento, hay que buscar en stock para poder(...), cumplir con los requerimientos [y]</p>	<p><b>I.6</b> La/el enfermera/o clínica/o percibe que existe una dependencia con otros profesionales (médicos), para suplir procesos ineficientes en el tratamiento de las diferentes situaciones de salud.</p>

		<p><i>subsanan un poco, la sintomatología (...), entonces tenemos que estar persiguiéndolos, y esa es función nuestra(...)</i>”.</p>	
<p><b>ACTITUDES:</b> “<i>La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial</i>”.</p>	<p><b>Eficiencia</b></p>	<p><b>D.5</b> “<i>(...), con los recursos que se tienen a disposición, se trata de hacer todo de la mejor manera posible, y (...) hay que estrujar (...), lo que tenemos disponible (...)</i>”.</p>	<p><b>I.5</b> La Gestión del Cuidado para el profesional enfermero ha llevado a la optimización de los recursos existentes para lograr una atención eficiente.</p>
	<p><b>Cordialidad</b></p>	<p><b>D.9</b> “<i>(...), para mí lo más importante, inicialmente para entregar una buena atención es la cordialidad (...), y de ahí en adelante uno se va desarrollando de acuerdo a los conocimientos y las bases que uno tiene (...)</i>”.</p>	<p><b>I.9</b> La cordialidad es un factor principal para el profesional enfermero en la ejecución de la Gestión de Cuidado.</p>
	<p><b>Trabajo en equipo</b></p>	<p><b>D.10</b> “<i>(...), el trabajo en equipo, si bien hay una diferenciación en torno de estamentos, lo que implica que ser enfermero, lo que implica ser paramédico, nosotros estamos estrechamente ligados en nuestro quehacer (...)</i>”.</p> <p><b>D.11</b> “<i>(...), establecer buenas relaciones con tu</i>”.</p>	<p><b>I.10, I.11, I.12</b> Los roles del equipo de Enfermería se encuentran definidos, por lo que el profesional enfermero debe liderar la organización de estas</p>

		<p><i>equipo de trabajo y ejercer un liderazgo, idealmente transformacional, es super importante para el desempeño del equipo en general. Estamos ligados estrechamente; por lo tanto, yo no puedo ser despectiva con mi equipo de trabajo, o ser muy autocrática; claramente, todo en margen de respeto (...)</i>”.</p> <p><b>D.12</b> “(...), es fundamental crear un buen ambiente con tu equipo de trabajo, que haya una retroalimentación constante para saber qué es lo que (...) debemos mejorar, (...) fortalecer (...)”.</p>	<p>funciones. Considerando las fortalezas y debilidades de los miembros del equipo.</p>
	<p><b>Liderazgo</b></p>	<p><b>D.10</b> “(...), el trabajo en equipo, si bien hay una diferenciación en torno de estamentos, lo que implica que ser enfermero, lo que implica ser paramédico, nosotros estamos estrechamente ligados en nuestro quehacer (...)”</p> <p><b>D.11</b> “(...) establecer buenas relaciones con tu equipo de trabajo y ejercer un liderazgo, idealmente transformacional, es super importante para el desempeño del equipo en</p>	<p><b>I.10, I.11</b> El profesional enfermero se esfuerza por guiar de manera efectiva al equipo de Enfermería.</p>

		<i>general. Estamos ligados estrechamente; por lo tanto, yo no puedo ser despectiva con mi equipo de trabajo, o ser muy autocrática; claramente, todo en margen de respeto (...)</i> ”.	
	<b>Competitividad</b>	<i><b>D.14</b> “(...), en términos de estamentos, existe mucha competencia, competitividad entre nosotras mismas; por lo tanto, eso (...) entorpece tu quehacer, porque genera a veces un ambiente un poco hostil, en vez de reforzar áreas que quizás la otra colega, que llega con menos experiencia, [presenta déficit], (...) pero en la medida que uno vaya dándose cuenta de cuáles son sus falencias y busque la forma de mejorarla, eso se revierte (...)</i> ”.	<b>I.14</b> La camaradería entre profesionales se ve entorpecida por el alto individualismo entre pares, lo que refleja un desmedro del trabajo en equipo.
<b>PRÁCTICAS:</b> <i>“práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”</i>	<b>Aplicación teórico-práctico.</b>	<i><b>D.4</b> “(...) la Gestión del Cuidado como enfermeras aborda (...) todas las áreas biopsicosociales; por eso es que es tan importante que nosotras tengamos también buenas bases en el aspecto teórico, porque cuando uno llega a un servicio te das cuenta</i>	<b>I.4, I.15, I.16</b> En la aplicación de la teoría en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es Gestión del

		<p>que [estos son] los recursos disponibles, y tienes que hacer malabares, para hacer [otorgar una] atención integral (...).”</p> <p><b>D.15</b> “(...), la universidad te entrega herramientas en relación a la gestión, pero uno no las internaliza hasta que está ejerciendo (...).”</p> <p><b>D.16</b> “(...), cuando tú vas a práctica, casi sólo haces técnica, y el área de gestión es muy limitada; o [ te piden que realices] un trabajo(...), pero no te llevan a la práctica: “usted tramite esto”, que “usted haga esto”, que “usted coordine esto”(…),lo teórico es una cosa, pero llevarlo a la práctica es totalmente distinto (...) [pero] en la medida que una más lo haga, se va haciendo más fácil llevarlo a cabo y vas integrando todo(...).”</p>	Cuidado.
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o</p>	<p><b>Preocupación por el otro</b></p>	<p><b>D.17</b> “(...) todos [los pacientes] ingresan descompensados, con patologías de base, mucho paciente en situación calle, y en este contexto [te preguntas]: “¿qué hago?” (...), ahí uno tiene que comenzar a abrir redes: en</p>	<p><b>I.17</b> El profesional de Enfermería se compromete constantemente a resguardar el bienestar de la persona atendida, agotando</p>

<p>situaciones vividas”.</p>		<p><i>primera instancia, hablar con el asistente social; creo que uno de los casos en los que yo fui más insistente en relación a la gestión, un paciente que me llegó con antecedentes de esquizofrenia, el paciente llegó policontuso: estaba, pero golpeado completamente, al punto que hizo una rhabdomiólisis; tenía sus ojos de mapache, un paciente de mucha altura, grande, pero siempre muy educado y respetuoso. Él no llegó descompensado por su patología de base: llegó para ser tratada su rhabdomiólisis; y una vez que se compensó, le dieron el alta; entonces yo le informé a el hogar en el que estaba, que era un hogar particular, y el cuidador o administrador no quería recibirlo; entonces yo le digo “pero, por qué no lo vas a recibir”, “no pero es que él requiere evaluación con psiquiatra”, “que ya lo evaluó psiquiatra y le dieron el alta”, “no, es que yo no lo voy a recibir si no tiene evaluación por psiquiatra por el doctor “tanto””. Perfecto. Ahí yo me moví con el médico tratante, con el becado, con el asistente</i></p>	<p>los recursos, humanos y materiales para lograr la resolución de la situación de cuidado.</p>
------------------------------	--	--	---

		<p><i>social, pedí nuevamente, se evaluó tres veces al paciente y de su patología de base el paciente fue dado de alta; entonces tuve que comunicarme nuevamente; ya no estaba conforme con la respuesta que me daba el cuidador, porque cambió las versiones: ya no era por su patología descompensada, era porque no le habían pagado la mensualidad; entonces, ahí yo tuve que ponerme ya un poco más pesada y decirle “ a ver, ¿cuál es la situación?: tú no quieres recibirlo por este motivo o por este otro? porque este motivo ya está resuelto, y este otro, bueno, tú tienes que verlo directamente con la persona que está a cargo”. Finalmente, viendo la situación del paciente(...), con el médico tratante creemos que él no había sido violentado en la calle, como se había mencionado inicialmente, sino que en el hogar, y a raíz de esto es que tampoco lo querían recibir; así que la asistente social tuvo que notificar esta situación para que se fuera a fiscalizar; y cuando el cuidador ya vino,</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>muy molesto, a buscar el paciente que ya estaba de alta, abre el banano y dice “ a mí el médico me recetó estos Haldol en el caso de que el paciente se agite”. Tenía una bolsa que tenía unos 10, 20 Haldol, y dije “estos medicamentos tú no puedes administrarlos sin indicación médica; si los tiene registrados, sí, y espero que la colega que esté en tu hogar no los administre porque sí, porque el paciente está tranquilo”, hasta que se lo llevó, pero se lo llevó con todas (...) las indicaciones de que el caso había sido expuesto ya para ser evaluado y para ser fiscalizado, pero... y ahí uno se queda (...) tranquila, porque yo le insistía al asistente social: “(...), no lo podemos dejar ir así, porque le va a poner los Haldol y lo va a planchar, y quizás de nuevo le puedan pegar”; entonces, ahí se hizo todo lo que estaba al alcance para agotar todos los cursos disponibles, hasta que se lo llevó(...).</i></p>	
--	--	--	--

	<p><b>Interdisciplinariedad</b></p>	<p><i>D.17 “(...) todos [los pacientes] ingresan descompensados, con patologías de base, mucho paciente en situación calle, y en este contexto [te preguntas]: “¿qué hago?” (...), ahí uno tiene que comenzar a abrir redes: en primera instancia, hablar con el asistente social; creo que uno de los casos en los que yo fui más insistente en relación a la gestión, un paciente que me llegó con antecedentes de esquizofrenia, el paciente llegó policontuso: estaba pero golpeado completamente, al punto que hizo una rabdomiólisis; tenía sus ojos de mapache, un paciente de mucha altura, grande, pero siempre muy educado y respetuoso. Él no llegó descompensado por su patología de base: llegó para ser tratada su rabdomiólisis; y una vez que se compensó, le dieron el alta; entonces yo le informé a el hogar en el que estaba, que era un hogar particular, y el cuidador o administrador no quería recibirlo; entonces yo le digo “pero, por qué no lo vas a recibir”, “ no pero es que él requiere evaluación</i></p>	<p><b>I.17</b> Complemento del quehacer de Enfermería con otras disciplinas, lo que es considerado un beneficio.</p>
--	-------------------------------------	--	--

		<p><i>con psiquiatra”, “que ya lo evaluó psiquiatra y le dieron el alta”, “no, es que yo no lo voy a recibir si no tiene evaluación por psiquiatra por el doctor “tanto”. Perfecto. Ahí yo me moví con el médico tratante, con el becado, con el asistente social, pedí nuevamente, se evaluó tres veces al paciente y de su patología de base el paciente fue dado de alta; entonces tuve que comunicarme nuevamente; ya no estaba conforme con la respuesta que me daba el cuidador, porque cambió las versiones: ya no era por su patología descompensada, era porque no le habían pagado la mensualidad; entonces, ahí yo tuve que ponerme ya un poco más pesada y decirle “ a ver, ¿cuál es la situación?: tú no quieres recibirlo por este motivo o por este otro? porque este motivo ya está resuelto, y este otro, bueno, tú tienes que verlo directamente con la persona que está a cargo”. Finalmente, viendo la situación del paciente(...), con el médico tratante creemos que él no había sido violentado en la calle,</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>como se había mencionado inicialmente, sino que en el hogar, y a raíz de esto es que tampoco lo querían recibir; así que la asistente social tuvo que notificar esta situación para que se fuera a fiscalizar; y cuando el cuidador ya vino, muy molesto, a buscar el paciente que ya estaba de alta, abre el banano y dice “ a mí el médico me recetó estos Haldol en el caso de que el paciente se agite”. Tenía una bolsa que tenía unos 10, 20 Haldol, y dije “estos medicamentos tú no puedes administrarlos sin indicación médica; si los tiene registrados, sí, y espero que la colega que esté en tu hogar no los administre porque sí, porque el paciente está tranquilo”, hasta que se le llevó, pero se lo llevó con todas las, en fondo, con las indicaciones de que el caso había sido expuesto ya para ser evaluado y para ser fiscalizado, pero... y ahí uno se queda (...) tranquila, porque yo le insistía al asistente social: “(...)”, no lo podemos dejar ir así, porque le va a poner los Haldol y lo va a planchar, y</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>quizás de nuevo le puedan pegar”; entonces, ahí se hizo todo lo que estaba al alcance para agotar todos los cursos disponibles, hasta que se lo llevó(...).”</i></p>	
<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”.</p>	<p><b>Hospitales</b></p>	<p><b>D.18</b> “(...) el ámbito hospitalario es como el más representativo en este contexto (...), acá las estadías tienden a ser prolongadas, por lo tanto, uno tiene un mejor manejo de lo que es la gestión del cuidado en sí(...).”</p>	<p><b>I.18</b> La Gestión del Cuidado se refleja de manera preponderante en la atención cerrada.</p>

ENF10			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”	<b>Organización</b>	<b>D.1</b> “(...), es la forma en que las enfermeras organizan su trabajo (...), su quehacer (...), la forma en que trabajan con el equipo que dirigen y el resto del equipo de salud. Para mí es una forma de organización, que es primordial (...), nos permite dar cuidados atingentes y dirigidos (...)”.	<b>I.1</b> La Gestión de Cuidado permite la mantención del orden y estructura en el quehacer diario de profesional enfermero y su relación con el equipo de salud.
	<b>Estándar</b>	<b>D.2</b> “(...), una de las herramientas de la Gestión del Cuidado son los protocolos (...), directrices que te sirven para organizar tu trabajo y hacerlo de la forma más correcta posible, beneficiando en mayor cuantía al paciente (...)”.	<b>I.2</b> La Gestión del Cuidado ha llevado a la protocolización del quehacer enfermero, lo cual beneficia directamente al paciente.
<b>ACTITUDES:</b> “La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea	<b>Rigidez y estructura</b>	<b>D.4</b> “(...), yo vengo de un servicio donde era más estricto (...), se llevaba mejor a cabo la gestión (...)”.	<b>I.4</b> Para el profesional enfermero, la rigurosidad dentro del quehacer del servicio favorece el mejor desarrollo de las labores de

<p><i>positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”.</i></p>	<p><b>Supervisión</b></p>	<p><b>D.3</b> “(...), hace falta un poco más de supervisión; por ejemplo, no es que mis paramédicos no asistan a los pacientes en la alimentación, pero no lo registran, o los registros no son oportunos (...), un poco más de supervisión en algunas tareas (...)”.</p> <p><b>D.5</b> “(...) me cuesta mucho supervisar a mis paramédicos por la alta carga laboral, porque hay mucho(...) movimiento de paciente(...), pierdes mucho tiempo en algunas tareas que no están organizadas(...), pierdes tiempo valioso en esas cosas que podrías estar dedicándole a los pacientes(...)”.</p> <p><b>D.6</b> “(...), falta supervisión para las tareas de los paramédicos (...), organización (...) en el equipo, que por ejemplo, si bajan de pabellón, [que no llegan sin] algunos de los medicamentos, que se tome los rayos para no hacer doble viaje, y otras cosas (...), con otros servicios(...), ahora se está trabajando en eso(...)”.</p>	<p>gestión.</p> <p><b>I.3, I.5, I.6</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial lo cual provoca un déficit de tiempo para tareas de supervisión del equipo.</p>
--	---------------------------	---	---

	<p><b>Demanda laboral/ sobrecarga asistencial</b></p>	<p><i>D.5 “(...) me cuesta mucho supervisar a mis paramédicos por la alta carga laboral, porque hay... hay mucho(...), hay mucho movimiento de paciente(...), pierdes mucho tiempo en algunas tareas que no están organizadas(...), pierdes tiempo valioso en esas cosas que podrías estar dedicándole a los pacientes(...)”.</i></p> <p><i>D.7 “(...), trabajan super coordinados los enfermeros(...), falta (...) tiempo por la carga laboral; por ejemplo, aquí los [fines] de semana la carga laboral es muy alta, hay cosas que (...) se nos podrían pasar porque no alcanza, porque estás tú solo; en el día tenemos 10 pacientes cada uno, pero el fin de semana tienes treinta, y tienes que hacer las mismas cosas con treinta, y tantos(...)mis colegas son como super organizados, lo han logrado (...) de la mejor forma posible(...)”.</i></p>	<p><b>I.5, I.7</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial relacionada a una inadecuada distribución de personal y pacientes, lo cual provoca un déficit de tiempo para el cuidado integral.</p>
<p><b>PRÁCTICAS:</b> “práctica se considera como la puesta en marcha</p>	<p><b>Formación</b></p>	<p><i>D.9 “(...) nosotros vivimos de eso, es como el aire que [se respira], no puede ser de otra forma, nos [forman] así (...)”.</i></p>	<p><b>I.9</b> Para el profesional enfermero, la gestión es un elemento esencial en su quehacer, adquirido en el</p>

<p>de un conjunto de conocimientos”</p>	<p><b>Quehacer administrativo</b></p>	<p><b>D.8</b> “(...), En todo, porque tenemos que ver todas las cosas, los protocolos (...), tenemos hojas para [todo], hojas prequirúrgicas que se tienen que hacer a todos los pacientes que vayan a pabellón; después, cuando regresan de recuperación (...), en el cambio de turno(...), todos los libros de registros que tenemos (...)”.</p>	<p>pregrado.</p> <p><b>I.8</b> Para el profesional enfermero, la gestión del cuidado se ve reflejada en todas las actividades desarrolladas diariamente, especialmente administrativas.</p>
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”.</p>	<p><b>Experiencia laboral</b></p>	<p><b>D.10</b> “(...) la vida laboral te va marcando; entonces, por ejemplo, yo, que vengo del otro servicio, me sirvió mucho(...), soy muy rigurosa o soy muy estructurada(...), me sirve mucho trabajar bajo estructuras; pero (...) algo que agradezco acá, es que hay un mejor clima laboral; no está bien cuando estas estructuras se trabajan bajo un clima punitivo(...), donde paramédicos, por ejemplo, tienen miedo de acercarse a la jefatura (...),acá (...) un día me llamó por una [tontería] y yo (...) iba con miedo; y después vi que su actitud era completamente diferente a la que tenía mi otra supervisora(...). Uno tiene que lograr</p>	<p><b>I.10, I.11</b> Para el profesional enfermero las habilidades para ejecutar la gestión del cuidado se adquieren por medio de las diferentes vivencias laborales que influyen de manera significativa en el quehacer diario.</p>

		<p>eso (...), tratar de llegar a ese equilibrio (...).  <b>D.11</b> “(...), el trabajo te va marcando: el hacer turnos te marca, el trabajar con colegas te marca (...), te vas dando cuenta que (...), vale mucho más la pena llevar un buen ambiente (...) laboral, porque esta es tu segunda familia, (...) a veces todo puede funcionar como reloj, pero si no trabajas a gustos o en un clima ameno, es (...) perjudicial para el equipo en general (...).”</p>	
	<b>Trabajo en equipo</b>	<p><b>D.12</b> “(...), el clima laboral (...) es demasiado importante, que trabajen en equipo (...), yo tenía un paramédico que era riquísimo, pero era odioso, y prefería mil veces trabajar con la que era simpática y amorosa con los pacientes, aunque me preguntara las cosas mil veces, a trabajar con él. Entonces ahí uno va compensando (...).”</p>	<p><b>I.12</b> Los roles del equipo de Enfermería se encuentran definidos, por lo que el profesional enfermero debe liderar la organización de estas funciones. Considerando las fortalezas y debilidades de los miembros del equipo.</p>
<b>CAMPO</b>	<b>Profesional</b>	<p><b>D.13</b> “(...), me imagino a la enfermera (...), la</p>	<p><b>I.13</b> La Gestión del Cuidado</p>

<p><b>REPRESENTACIONAL:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”.</p>	<p><b>enfermero</b></p>	<p><i>enfermera viendo todo lo que tiene que hacer.” (...), Gestión del Cuidado es Enfermería (...)</i>”.</p>	<p>se refleja en el profesional enfermero.</p>
	<p><b>Quehacer diario.</b></p>	<p><b>D.14</b> “(...) la enfermera viendo todo lo que tiene que hacer. Yo me hago un mapa mental todos los días de lo que tengo que hacer (...), son mis estructuras, entonces para mí eso es la gestión; llamar por teléfono, pedirle al médico cosas, ver los protocolos, revisar a mi paciente, hacer las evaluaciones, el plan de Enfermería(...), hablar con los familiares, todo eso es gestión: no es sólo ir y evolucionar a un paciente o poner una vía solamente, sino que también voy a llamar a la asistente social si esta abuelita está sola, o pedirle a la secretaria un favor, o incluso conseguir pañales porque no tengo y la colega [con buena disposición] de recuperación me va a prestar, todo eso es la labor de la enfermera; no es sólo lo que pueda decir un papel o lo que pueda estar en un protocolo, es tu quehacer diario(...), gestión del cuidado es enfermería(...).”</p>	<p><b>I.14</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el ámbito clínico y administrativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>

ENF 11			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”	<b>Cuidado integral</b>	<i>D.1 “(...) no tiene que ver sólo con el hacer, sino que con el saber escuchar, con el entender, con el ponerse en el lugar del otro, y (...), tratar de cubrir todas las necesidades que pueda tener un paciente o un usuario (...)”.</i>	<b>I.1</b> El profesional enfermero debe satisfacer la totalidad de las necesidades de la persona atendida, aplicando tanto las competencias técnicas como las habilidades blandas.
	<b>Trascendencia</b>	<i>D.2 “(...), siempre ha habido gestión, de alguna u otra manera las enfermeras más antiguas (...) organizaban, planificaban y llevaban a cabo todo lo que correspondía al día a día de un servicio (...)”.</i>	<b>I.2</b> A pesar de su reciente reconocimiento, la/el enfermera/o siempre han realizado Gestión del Cuidado.
	<b>Proceso administrativo</b>	<i>D.2 “(...), siempre ha habido gestión, de alguna u otra manera las enfermeras más antiguas (...) organizaban, planificaban y llevaban a cabo todo lo que correspondía al día a día de un servicio (...)”.</i>	<b>I.2</b> Conjunto de acciones de planificación y organización que se interrelacionan para el desarrollo del quehacer diario de la/el enfermera/o.

<p><b>ACTITUDES:</b> “La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva (creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”.</p>	<p><b>Habilidades blandas</b></p>	<p><b>D.3</b> “(...), lo que puedo destacar no es sólo el hacer, sino también el saber escuchar, el (...) ponerse en el lugar del paciente, tratar de mover el equipo de trabajo de una manera (...) acorde, mediante trabajo grupal (...), eso es lo más importante para mí, porque técnicas puede hacer cualquier persona (...)”.</p>	<p><b>I.3</b> El profesional enfermero debe poseer capacidades de escucha, empatía y lograr un trabajo en equipo efectivo, todo esto por sobre las competencias técnicas.</p>
	<p><b>Liderazgo</b></p>	<p><b>D.3</b> “(...), lo que puedo destacar no es sólo el hacer, sino también el saber escuchar, el (...) ponerse en el lugar del paciente, tratar de mover el equipo de trabajo de una manera (...) acorde, mediante trabajo grupal (...), eso es lo más importante para mí, porque técnicas puede hacer cualquier persona (...)”.</p>	<p><b>I.3</b> El profesional enfermero se esfuerza por guiar de manera efectiva al equipo de Enfermería.</p>
	<p><b>Supervisión/ Rol supervisor</b></p>	<p><b>D.4</b> “(...), supervisar más, porque (...) de repente son tantos los pacientes que no da para (...), hacer una supervisión del trabajo que se está haciendo (...) ahora nosotros estamos más enfocados en eso (...)”.</p>	<p><b>I.4</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial lo cual provoca un déficit de tiempo para tareas de supervisión del equipo.</p>
	<p><b>Gestión administrativa</b></p>	<p><b>D.5</b> “(...), no sé si se han fijado (...), pero es mucho llenar papeles (...), verificar que se cumplan con las</p>	<p><b>I.5</b> Frente a la importancia de la acreditación para el</p>

	<b>(documentación)</b>	<i>actividades (...) por el tema de la acreditación (...)</i> ”.	servicio el profesional enfermero se le adjudica una gran cantidad de labores relacionada a la gestión administrativa.
	<b>Compromiso</b>	<p><b>D.6</b> “(...) Siempre hay [uno que no] quiere, que no está acorde (...)</p> <p><b>D.7</b> “(...) los objetivos se están realizando (...) si no es por las buenas, es por las malas, de alguna u otra manera hay que cumplir (...)</p>	<b>I.6, I.7</b> El equipo de Enfermería logra cumplir con los objetivos establecidos, a pesar de presentar aisladas diferencias (ideales personales) en torno a la forma y disposición hacia quehacer diario.
<b>PRÁCTICAS:</b> <i>“práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”.</i>	<b>Supervisión/ Rol supervisor</b>	<b>D.7</b> “(...) La supervisión refleja mucho la Gestión del Cuidado, eso es como lo principal” (...).	<b>I.7</b> La vigilancia o dirección de la realización de las acciones de cuidado es el componente principal de la Gestión del Cuidado.

<p><b>Experiencias:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”.</p>	<p><b>Vivencia personal</b></p>	<p><b>D.8</b> “(...) eso es principal, yo siempre digo que entré a estudiar Enfermería porque no tenía claro qué quería en la vida, (...)yo quería algo totalmente distinto a esto; y mi profesora de biología me dijo “es que siempre te hemos visto en esto”, digo “ya, lo voy a hacer”. (...), y [no me gustaba], (...), hasta que mi abuelo cayó enfermo y (...) vi la realidad de un hospital, ahí cambió mi pensamiento y me enamoré de la Enfermería (...).</p>	<p><b>I.8</b> El conocimiento adquirido a través de una experiencia de vida personal, aflora el interés innato de ayuda al otro (vocación).</p>
<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”.</p>	<p><b>Enfermero</b></p>	<p><b>D.11</b> “Un enfermero (...)”.</p>	<p><b>I.11</b> La Gestión del Cuidado se refleja en un profesional enfermero.</p>
	<p><b>Supervisión/ rol supervisor</b></p>	<p><b>D.7</b> “(...) La supervisión refleja mucho la Gestión del Cuidado, eso es como lo principal” (...).</p>	<p><b>I.7</b> La vigilancia o dirección de la realización de las acciones de cuidado refleja de forma vívida la Gestión del Cuidado.</p>

ENF 12			
Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretaciones
<b>CREENCIAS Y OPINIONES:</b> “la forma en que un individuo fija su punto de vista frente a un objeto social”.	<b>Proceso de Cuidado</b>	<b>D.1</b> “(...), proceso que involucra todo lo que esté a nuestro alcance (...) para entregar una atención de calidad (...) de forma oportuna. Con todo lo que se requiera para cubrir esa necesidad (...)”. <b>D.5</b> “(...) cubre todas estas aristas, todas estas necesidades que pudiera tener la persona, (...) sin dejar nada afuera, todo tiene que ser parte de, porque estamos todos conectados (...)”.	<b>I.1</b> Conjunto de acciones que involucra las competencias disciplinares del profesional enfermero que le permiten brindar un cuidado de calidad de acuerdo a los recursos disponibles y que satisface las necesidades de la persona cuidada y de su familia.
		<b>D.4</b> “(...), La implementación de la Gestión del Cuidado (...) siempre ha existido, ahora se le ha dado un nombre, (...) no es de las curaciones, (...) no es de la parte administrativa, (...) no es apoyo emocional, sino que (...) es un sinfín de necesidades que nosotras cubrimos con los profesionales y que pertenecen a la Gestión del Cuidado (...), es de algo	<b>I.4, I.6</b> Gestión del Cuidado es bidimensional, puesto que, abarca 2 de las 4 funciones inherentes al rol profesional (administrativa y asistencial), Considerando aspectos propios del “Ser”

		<p><i>que necesita cuidado; por lo tanto, todo lo que abarca ese cuidado es una gestión (...)</i>”.</p> <p><b>D.6</b> “(...) Entonces no solo habla la gestión, de un proceso clínico como tal, una técnica, un procedimiento, sino que habla de algo que puede ser administrativo (...)”.</p>	<p>Enfermero.</p>
		<p><b>D.2</b> “(...), apunta hacia la satisfacción de quien la requiere que, en este caso, es nuestro usuario, paciente y también todo el contexto que esto conlleva, que es familiar (...)”.</p> <p><b>D.3</b> “(...), hay una familia detrás del paciente que siempre está acompañando en todo (...) es la parte emocional, también se angustian, entonces uno tiene que abordar todo eso (...)”.</p>	<p><b>I.2, I.3</b> Satisfacción de las necesidades del binomio persona - familia, considerando la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran insertos.</p>

		<p><b>D.7</b> “(...) yo por lo menos (...) lo aplico diariamente, en la preocupación que involucra frente a cualquier proceso (...) que tenemos que desarrollar (...) la preocupación, la decisión (...), si no tiene todos los implementos, todos los insumos para realizarlo (...) igual puede cubrir esa necesidad, quizás de otra forma (...), pero está la voluntad de poder hacerlo igual (...), buscar alguna alternativa (...)”.</p>	<p><b>I.7</b> Gestión del Cuidado es aplicada frente a las necesidades insatisfechas, en todos los contextos que se puedan presentar.</p>
<p><b>ACTITUDES:</b> “La posición que va a asumir el profesional de enfermería ya sea positiva o negativa Frente a la Gestión del cuidado fundamentada por las áreas cognitiva</p>	<p><b>Autonomía profesional</b></p>	<p><b>D.8</b> “(...), creo que nos da la libertad, de alguna forma, de poder realizar más cosas para poder (...) cubrir la necesidad(...)”.</p> <p><b>D.9</b> “(...), yo destaco, (...)por ejemplo, cada estamento de alguna forma tiene límites dentro de su desempeño (...);no tienen las mismas funciones ni pueden hacer las mismas gestiones que un enfermero(...), nosotras como enfermeras podemos abarcar mucho más(...), nuestra área es tan amplia que podemos(...), trabajar en un área de maternidad, en un área de pediatría, en un área de adulto, tercera edad, de joven(...), de consultorio, en</p>	<p><b>I.8, I.9, I.11</b> Independencia del quehacer de Enfermería con respecto a otras disciplinas, lo que es considerado como un beneficio para la profesión. Este beneficio incorpora la versatilidad en el desempeño de sus labores en diferentes contextos.</p>

<p>(creencias, valores, etc.), afectiva y tendencial”.</p>		<p>hospital, en un área privada, en una toma de muestra(...),nos da más amplitud para hacer cosas(....)”.</p> <p><b>D.11</b> “(...),Yo tengo experiencias muy cercanas de gente que trabaja en otras áreas (...),que a veces me dicen(...), “(...), a mí me gustaría poder solucionar esto” pero es como que las funciones de esa persona llegan hasta cierto punto, sin embargo, nosotras podemos ir más allá, y ese es un beneficio que tenemos(...), que es la enfermería, qué es tan completa, tan compleja, podemos abarcar (...),muchas cosas(...)”</p>	
	<p><b>Validación legal</b></p>	<p><b>D.10</b> “(...) no tenemos tantas limitantes, solamente la parte legal(...), por ahí podemos (...), limitarnos en algunas cosas; pero en lo que es gestión, podemos hacer mucho(...)”.</p> <p><b>D.12</b> “(...) cubrir a un área un poco menos respaldado legalmente(...), siento que nosotras como enfermeras somos muy capaces(...), por ejemplo, asumir la dirección de un hospital, así como ya está ocurriendo en algunas regiones, (...),</p>	<p><b>I.10, I.12</b> La interpretación del respaldo legal deficiente, genera un sentimiento de estancamiento profesional y falta de respaldo en el quehacer; no obstante, se reconoce las capacidades que posee el profesional de Enfermería para asumir</p>

		<i>poder administrar(...) una gran cantidad de recursos humanos(...), en el fondo respaldar(...) la verdadera capacidad desde el punto de vista legal (...)</i> ”.	labores gerenciales.
	<b>Reconocimiento social</b>	<p><b>D.13</b> “(...) pero podemos hacer mucho; quizás, entrelazar con la parte de estudios científicos(...), poder sacar evidencias de todo (...), porque nosotros tenemos muchas cosas acá que se hacen, que generalmente no están constatadas en ningún lado. Entonces, no hay (...), reconocimiento, (...) de todo esto que se hace dentro de la Gestión del Cuidado (...)”.</p> <p><b>D.14</b>“(...)no se identifica realmente todo lo que uno hace, sino más bien se ven los resultados, pero todo lo que hay detrás no hay cómo demostrarlo más que con un registro o que uno verbalice, pero eso no está estimado(...) en ninguna parte; entonces (...) yo creo que (...) tenemos un área (...) de altruismo, de comunicación, (...) que no se reconoce(...): damos tantas charlas, damos tantas capacitaciones y un montón de cosas donde nosotros nos relacionamos con la comunidad, con la gente que está dentro del</p>	<b>I.13, I.14, I.16</b> Se refiere a que a pesar de la gran cantidad de actividades que realiza la/el enfermera/o, estas no son visualizadas ni reconocidas socialmente (usuario interno y externo), lo cual se asocia a un escaso desarrollo de la función investigativa del profesional de Enfermería.

		<p><i>hospital(...), ser capaces de hacerlo, de entregar(...) información adecuada, de orientar, de educar (...) a los pacientes(...), esas partes tampoco están como muy reconocidas(...)</i>”.</p> <p><b>D.16</b> “(…), pero no entiende, no tienen conocimiento de todo lo que uno hace (...), desde el momento en que uno (...) planifica o participa de la planificación de una hospitalización [desde] que el paciente ingresa le tiene que revisar la ficha, le tiene que ver el examen, le tiene que verificar ciertos ítems estén, (...) el paciente como viene, tiene que hacer una evaluación previa; todo eso, todo ese proceso (...), hasta el último momento que el paciente se va, nosotras estamos involucradas, en la educación que uno hace, en la información, en todo lo que uno entrega tiene que cerciorarse de que el paciente se va bien, entendiendo todas las instrucciones (...); es un proceso largo, que involucra harto tiempo y que a veces no se valora(...); entonces(...), no se puede visualizar con eso todo lo que involucra la Gestión del Cuidado(...)”.</p>	
--	--	---	--

	<p><b>Vocación</b></p>	<p><b>D.17</b> “(...), yo veo una actitud bastante positiva (...), con harta dedicación y de una actitud de poder (...) mejorar y buena recepción a cada cambio que hay (...)”.</p> <p><b>D.18</b> “(...) siento que las generaciones nuevas que están llegando, vienen con otra actitud, siento que las nuevas generaciones no son tan comprometidas (...), quizás, se ha desvalorizado (...) la función (...), hay más interés en cuánto van a ganar que en lo que realmente van a hacer y eso (...) me da mucha pena, porque siento que lo que los mueve no es tanto la vocación, sino que el interés económico y eso es frustrante (...)”.</p> <p><b>D.19</b> “(...) uno ve que a veces somos mecánicos, que no hay un pensamiento lógico detrás, que no hay un análisis, que, si le dijeron que hay que hacerlo redondo, se hace redondo, y si hay que hacerlo cuadrado, es cuadrado, pero no hay un cuestionamiento, no dicen “por qué” (...), no discuten porque son muy mecánicos (...)”.</p> <p><b>D.20</b> “Entonces (...), eso me preocupa (...), [reafirma con la cabeza](...), ver que las nuevas generaciones</p>	<p><b>I.17, I.18, I.19, I.20, I.25, I.28</b></p> <p>El profesional de Enfermería posee un interés innato relacionado a la ayuda al otro, reflejado a través de la dedicación, el compromiso, el pensamiento crítico, la responsabilidad y el amor en la entrega del cuidado.</p>
--	------------------------	---	--

		<p>son (...) menos comprometidas; puede que esté equivocada y sea mi percepción(...), es (...) mucha diferencia entre lo que es la escuela antigua de Enfermería y lo que es la escuela de ahora(...)" .</p> <p><b>D.25</b> "(...),cuando el paciente se va, a su casa, agradecido de la atención, de los cuidados, creo que ese es el mejor reflejo, porque esto implica que detrás hubo una enfermera que se preocupó [golpea la mesa con sus manos, reafirmando] de hacer las curaciones de manera oportuna, que se preocupó de que, si el paciente tenía tos o estaba con fiebre, le avisó al médico, y el médico pudo abordar eso de forma oportuna; se preocupó de que (...),si no lo venía a ver nadie buscó al familiar; se preocupó de un montón de cosas, por las cuales el paciente se va bien(...)".</p> <p><b>D.28</b> "(...)se nota mucho la diferencia cuando alguien hace las cosas con cariño, con dedicación, a cuando uno las hace porque tiene que hacerlas, porque le están pagando(...) y no hay detrás una vocación real, eso marca la diferencia [asiente con su cabeza](...)".</p>	
--	--	---	--

	<b>Mecanización</b>	<i>D.19 “(...) uno ve que a veces somos mecánicos, que no hay un pensamiento lógico detrás, que no hay un análisis, que, si le dijeron que hay que hacerlo redondo, se hace redondo, y si hay que hacerlo cuadrado, es cuadrado, pero no hay un cuestionamiento, no dicen “por qué” (...), no discuten porque son muy mecánicos (...)”.</i>	<b>I.19</b> la entrega de cuidados en ocasiones es percibida como una acción automatizada e irreflexiva.
<b>PRÁCTICAS:</b> <i>“práctica se considera como la puesta en marcha de un conjunto de conocimientos”.</i>	<b>Satisfacción usuario externo</b>	<i>D24 “(...), cuando el paciente se va a su casa, se va bien, en buenas condiciones, sin haber tenido, quizás, una infección asociada y que estuvo el tiempo que tenía que estar, (...), que su estadía no se prolongó (...), por un tema específico de acá, sino (...) porque su problema de salud era más complejo(...)”.</i> <i>D.25 “(...), cuando el paciente se va, a su casa, agradecido de la atención, de los cuidados, creo que ese es el mejor reflejo, porque esto implica que detrás hubo una enfermera que se preocupó [golpea la mesa con sus manos, reafirmando] de hacer las curaciones de manera oportuna, que se preocupó de que, si el paciente tenía tos o estaba con fiebre,</i>	<b>I.24 I.25</b> El cuidado entregado se refleja en la sensación de bienestar de la persona y familia atendida, favoreciendo a la mejora continua de la calidad.

		<p><i>le avisó al médico, y el médico pudo abordar eso de forma oportuna; se preocupó de que (...), si no lo venía a ver nadie buscó al familiar; se preocupó de un montón de cosas, por las cuales el paciente se va bien(...)</i>”.</p>	
<p><b>EXPERIENCIAS:</b> “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”.</p>	<p><b>Satisfacción personal</b></p>	<p><b>D.26</b> “(...), el querer hacer algo por alguien y poder hacerlo (...), porque si yo quiero que la persona mejore puedo hacer muchas cosas (...), eso es lo que a mí me gratifica; y que después pueda llegar a mi casa con la tranquilidad de que hice todo lo que tenía que hacer, todo lo que (...) estaba en mis manos(...)”</p> <p><b>D27</b> “(...), cuando a uno le dicen “gracias señorita”(…), a veces uno no mide realmente que tan agradecida se va la gente; entonces, yo lo veo del otro lado, yo he estado como paciente (...) realmente uno agradece mucho(...), yo me he ido como paciente sintiendo que le debo a la gente, que les necesito traer algo (...) porque no sé cómo demostrar mi gratitud;(…)uno dice, “en realidad la gente agradece”(…), eso es gratificante(...)”.</p>	<p><b>I.26 I.27</b> El acto de entregar cuidados genera un sentimiento de bienestar en el profesional enfermero, así mismo la vivencia propia de recibir cuidados fortalece este sentimiento.</p>

<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL:</b> “el núcleo figurativo que expresa de forma vívida el objeto representado”.</p>	<p><b>Estética</b></p>	<p><b>D.21</b> “(...), yo veo una generación nueva que anda toda chascona, con las mechas sueltas (...); cualquiera creería que es cualquier persona y no es por un tema de clasismo o de discriminación (...)”.</p> <p><b>D.22</b> “(...) no hay que olvidar que uno tiene que inspirar confianza para el otro, no para mí: si yo me siento confiada con lo que yo soy [lleva su mano al pecho], no tengo por qué andar demostrándole al mundo que yo soy confiada de mí, pero si yo estoy estudiando esta carrera tengo que pensar en el otro(...), quizás el otro no esté pensando igual que yo, pero yo sí tengo que pensar en el otro; por lo tanto, si yo considero o alguien me dice que mi imagen puede espantar a alguien o puede provocar desconfianza, yo me debo preocupar de eso(...)”.</p> <p><b>D.23</b> “(...) porque ahí yo creo que para todos es lo mismo; es muy distinto [ver] entrar a una persona que viene ordenadita, (...) impecable, con el pelito tomado, las uñas limpias (...), bien ordenada, con uniforme acorde(...), a una persona que entra toda chascona, con las uñas largas, llena de aro, de pulsera, (...), es la impresión, y (...) muchas veces</p>	<p><b>I.21, I.22, I.23, I.24</b> Una imagen pulcra del profesional enfermero, un fuerte sentimiento de empatía y una postergación de sus preferencias de imagen personal favorece a la confianza que proyecta a la persona, familia y comunidad atendida.</p>
--	------------------------	---	---

		<p>yo veo que hay <i>harto descuido (...)</i>”.</p> <p><b>D.24</b> “(...), <i>pero nosotras las enfermeras, así como muchas otras profesiones, usamos el uniforme por algo, porque hay que andar con uniforme (...), nadie dice que después de la salida [no] puedan andar como quieran; pero es eso, es el [valor] que uno le da a la profesión (...)</i>”.</p>	
	<b>Líder</b>	<p><b>D.29</b> “(...) <i>cuando me hablan de gestión del cuidado, lo primero que se me viene a la mente son las coordinadoras (...). Si hay un buen líder (...), todas las batallas se van a dar por ganadas, mientras nos mantengamos unidos (...)</i>”.</p> <p><b>D30</b> “(...) <i>Entonces,(...) cuando me hablan de esto, se me viene a la mente esta subdirección(...); me da hasta cierto orgullo [asiente con la cabeza y sonrío], (...)siento admiración, siento muchas cosas de ese tipo, (...)no es algo de ambición, sino más bien algo personal, (...)poder llegar a generar ese impacto(...)</i>”.</p>	<p>1.29, 1.30 El Referente directivo refleja el empoderamiento e iniciativa de la/el enfermera/o en el desarrollo de las diversas actividades en torno al cuidado, generando sentimientos de admiración y seguridad por parte de sus pares.</p>
	<b>Competencia</b>	<p><b>D.15</b> “(...), <i>cuando uno habla de la gestión del</i></p>	<p><b>I.15</b> Las actividades que</p>

	<b>técnica</b>	<i>cuidado en hospital: una enfermera en el hospital, ¿qué es lo primero que uno ve o asocia? Que la persona le da las curaciones y le da los remedios, es todo lo que la persona ve, la comunidad ve (...)</i> ”.	realizan el profesional enfermero se asocian principalmente a labores técnicas.
--	----------------	--	---

**Anexo 7: Tabla de Codificación guiada por concepto**

Categoría	Subcategoría	Convergencias encontradas	Interpretación
<p><b>CREENCIAS Y OPINIONES</b></p>	<p><b>La /el enfermera/o como garante del cuidado:</b></p> <p>Esta categoría se refiere a todas las actividades realizadas por la/el enfermera/o en el ámbito clínico (Proceso de Enfermería) y administrativo, las cuales son de su exclusiva responsabilidad y en complemento a otras disciplinas, con el objetivo de asegurar el cuidado integral. En este contexto, se constituye como un bien otorgado de forma eficiente a la persona atendida, por medio de competencias técnicas genéricas o específicas.</p>	<p><b>ENF 1</b></p> <p><b>D.1</b> “(...) es ayudar a que el paciente logre (...) [mantener] su salud o que retome su salud, y para eso se requieren muchas cosas, necesitamos no solamente los cuidados que uno ejerce de manera directa sobre el paciente, sino que todo lo que hay que hacer por fuera, la parte médica (...) tanto [del] papeleo como la parte técnica(...)”.</p> <p><b>D.4</b> “(...) finalmente esa es la Gestión del Cuidado: hacer de todo y velar de alguna manera de que el paciente obtenga la mejor calidad de atención(...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) todo lo que uno hace (...), la Gestión del Cuidado (...) [logra] que se haga de la mejor manera,(...) [por ejemplo] hacer la curación [no es solo la técnica] (...), hay que ver</p>	<p><b>I.1, I.4, I.7</b> La Gestión del Cuidado; entendida como toda acción ejercida por el profesional enfermero tanto administrativa como técnica se constituye como un bien para la persona atendida.</p>

		<p><i>todo lo que viene atrás y todo lo que va a [lograr] más adelante (...) [en] la herida del paciente, (...) [gestionar el lugar donde se hará las curaciones si se va de alta] (...), pensar en el momento y a largo plazo del paciente(...)"</i>.</p> <p><b>D.2</b> <i>"(...) la Gestión del Cuidado está presente en todo el quehacer del enfermero, porque nosotros somos los responsables de la Gestión del Cuidado, entonces todo tiene que estar apuntando a eso(...)"</i>.</p>	<p><b>I.2</b> Actividades desempeñadas diariamente por el profesional enfermero, y de exclusiva responsabilidad de este.</p>
		<p><b>ENF 3</b></p> <p><b>D.2</b> <i>"(...) claramente si ha habido un cambio para mejor, para el paciente [y] también para nosotros mismos(...)"</i>.</p> <p><b>D.4</b> <i>"(...) la mejoría en los procedimientos, en los procesos que uno genera día a día(...)"</i>.</p>	<p><b>I.2, I.4</b> La implementación de la Gestión del Cuidado se constituye como un bien tanto para la persona atendida como para las/os enfermeras/os.</p>
		<p><b>ENF 5</b></p> <p><b>D.4</b> <i>"(...) nosotras como</i></p>	<p><b>I.4</b> Complemento del</p>

		<p>enfermeras somos quehacer de profesionales igual que el Enfermería con otras médico, y ellos tienen una disciplinas, lo que es parte y nosotros otra, y nos considerado un complementamos(...). beneficio.</p>	
		<p><b>ENF 6</b> <b>D.1</b> “(...) la labor que realizamos diariamente con el fin de que los pacientes mejoren o recuperen su salud, son todas las labores que podemos realizar acá en el hospital (...), para los pacientes (...)”.</p>	<p><b>I.1</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el ámbito clínico y administrativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>
		<p><b>ENF 7</b> <b>D.1</b> “(...) es un concepto súper amplio porque abarca cómo nos enfrentamos a un paciente, cómo gestionamos la calidad de los cuidados, que hacemos para que eso se pueda llevar a cabo, engloba la supervisión; es todo lo que hacemos(...). La Gestión del Cuidado es planificar cuidados de los pacientes, involucrarnos con el diagnóstico que ellos</p>	<p><b>I.1</b> La Gestión del Cuidado es el proceso en donde se relacionan tanto las etapas del Proceso de Enfermería como del Administrativo, destacando de este último la planificación y la supervisión, para lograr en conjunto al equipo, la mejoría del paciente.</p>

		<p><i>tienen, su historia, que hay hacia atrás, los probables pronósticos, lo que yo voy a hacer y gestionar (...), porque la idea es que tenga una recuperación en base a los cuidados que yo le voy a dar en conjunto con todo el equipo (...) lo que yo voy a hacer y voy a gestionar, lo que voy a supervisar para que esto se cumpla(...).”</i></p> <p><b>D.5</b> <i>“(...) hay cosas que son súper importantes que quizás no son tan de Enfermería como lo que es cuidar a alguien enfermo, [como lo es] la coordinación, que sí tengo un paciente de alta y este paciente es de muy lejos y no tiene traslado, ¿Quién coordina la ambulancia?, la enfermera, y quizás eso no es de Enfermería, pero si es parte importante de la Gestión del Cuidado, porque si no lo</i></p>	<p><b>I.5, I.6</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el ámbito clínico y administrativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente. La/el enfermera/o es considerada/o fundamental en la realización de los procesos clínicos-administrativos a fin de</p>
--	--	--	---

		<p><i>hacemos nosotras y no nos preocupamos de hacerlo en el momento oportuno, de gestionarlo, de entregarle a mi colega [lo que] está pendiente, no lo va a hacer nadie(...)</i>”.</p> <p><b>D.6</b> “(...) muchas veces los pacientes tienen dudas que nadie les aclara(...), uno les dice: “ya lo van a venir a buscar”, nadie les ha dado información y muchas veces hacemos de secretarios, pero es parte del proceso y tenemos que estar en todas esas situaciones(...)”.</p>	<p>mantener el bienestar de la persona atendida.</p>
		<p><b>ENF 9</b></p> <p><b>D.1</b> “(...) abarca todo lo que nosotras como enfermeras tenemos que abordar, desde lo más mínimo hasta lo más amplio en relación con el paciente(...)”.</p> <p><b>D.2</b> “(...) en el ambiente hospitalario nosotros nos encontramos con escenarios donde los pacientes están en situaciones super</p>	<p><b>I.1, I.2, I.3, I.4, I.13</b> La Gestión del Cuidado es el principio fundamental de todo el quehacer de la/el enfermera/o, donde considera tanto la condición biomédica como el área psicosocial del paciente con la finalidad de dar respuesta la totalidad</p>

		<p><i>adversas, y se sienten invadidos porque se ven limitados en realizar sus actividades de la vida diaria de manera autónoma; entonces, hay que tratar de abordarlos de manera integral y en todos los aspectos(...)</i>”.</p> <p><b>D.3</b> <i>“(...) implica estar otorgando atención en el ámbito no sólo en lo clínico sino también en lo emocional, en lo social, porque muchos de los pacientes acá llegan en malas condiciones y no tienen redes de apoyo, por lo tanto, tú tienes que gestionar todo(...)</i>”.</p> <p><b>D.4</b> <i>“(...) la Gestión del Cuidado como enfermeras aborda (...) todas las áreas biopsicosociales; por eso es que es tan importante que nosotras tengamos también buenas bases en el aspecto teórico, porque cuando uno llega a un servicio te das</i></p>	de las necesidades de la persona atendida.
--	--	--	--

		<p><i>cuenta de que [estos son] los recursos disponibles, y tienes que hacer malabares, para [otorgar una] atención integral(...)</i>”.</p> <p><b>D.13</b> “(...) nosotras visualizamos la Gestión del Cuidado [de] manera integral (...), ojalá contar con buenas bases para poder integrar todas las áreas que esto implica(...)”.</p>	
		<p><b>ENF 11</b></p> <p><i>D.1 “(...) no tiene que ver sólo con el hacer, sino que con el saber escuchar, con el entender, con el ponerse en el lugar del otro, y (...), tratar de cubrir todas las necesidades que pueda tener un paciente o un usuario(...)</i>”.</p>	<p><b>I.1</b> El profesional enfermero debe satisfacer la totalidad de las necesidades de la persona atendida, aplicando tanto las competencias técnicas como las habilidades blandas.</p>
		<p><b>ENF 12</b></p> <p><i>D.1 “(...) proceso que involucra todo lo que esté a nuestro alcance (...) para entregar una atención de calidad(...) de forma oportuna. Con todo</i></p>	<p><b>I.1, I.5</b> Conjunto de acciones que involucra las competencias disciplinares del profesional enfermero que le permiten brindar</p>

		<p><i>lo que se requiera para cubrir esa necesidad (...)</i>”.</p> <p><b>D.5</b> “(...) cubre todas estas aristas, todas estas necesidades que pudiera tener la persona, (...) sin dejar nada afuera, todo tiene que ser parte de, porque estamos todos conectados (...)”.</p> <p><b>D.4</b> “(...) la implementación de la Gestión del Cuidado (...) siempre ha existido, ahora se le ha dado un nombre, (...) no es de las curaciones, (...) no es de la parte administrativa, (...) no es apoyo emocional, sino que (...) es un sinfín de necesidades que nosotras cubrimos con los profesionales y que pertenecen a la Gestión del Cuidado (...), es de algo que necesita cuidado; por lo tanto, todo lo que abarca ese cuidado es una gestión(...)”.</p> <p><b>D.6</b> “(...) entonces no solo</p>	<p>un cuidado de calidad de acuerdo con los recursos disponibles y que satisface las necesidades de la persona cuidada y de su familia.</p> <p><b>I.4, I.6</b> Gestión del Cuidado es bidimensional, puesto que, abarca dos de las cuatro funciones inherentes al rol profesional (administrativa y asistencial), considerando aspectos propios del “Ser” enfermera/o.</p>
--	--	---	--

	<p><i>habla la gestión de un proceso clínico como tal, una técnica, un procedimiento, sino que habla de algo que puede ser administrativo (...)</i>”.</p> <p><b>D.2</b> “(...) apunta hacia la satisfacción de quien la requiere que, en este caso, es nuestro usuario, paciente y también todo el contexto que esto conlleva, que es familiar(...)”.</p> <p><b>D.3</b> “(...) hay una familia detrás del paciente que siempre está acompañando en todo (...) es la parte emocional, también se angustian, entonces uno tiene que abordar todo eso(...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) yo por lo menos (...) lo aplico diariamente, en la preocupación que involucra frente a cualquier proceso (...) que tenemos que desarrollar (...) la preocupación, la decisión</p>	<p><b>I.2, I.3, I.7</b> Gestión del Cuidado es aplicada frente a las necesidades insatisfechas, en todos los contextos que se puedan presentar, considerando también en este proceso a la familia de la persona atendida. Para el profesional enfermero cubrir las necesidades en base a su preocupación y voluntad es parte de la esencia del ser enfermera/o.</p>
--	--	---

		<p>(...), si no tiene todos los implementos, todo el insumo para realizarlo (...) igual puede cubrir esa necesidad, quizás de otra forma (...), pero está la voluntad de poder hacerlo igual (...), buscar alguna alternativa(...)"</p>	
<p><b>CREENCIAS Y OPINIONES</b></p>	<p><b>El/la enfermero/a como gestor/a:</b> Esta categoría se refiere a el rol que asume la/el enfermera/o, en las acciones administrativas que involucran los cuidados realizados y la organización de estos, la gestión del talento humano, el liderazgo y la supervisión de todas las actividades donde se lleven a cabo acciones de cuidado.</p>	<p><b>ENF 2</b> <b>D.1</b> "(...) la Gestión del Cuidado abarca desde la organización que tenemos (...) como equipo de Enfermería hasta cómo me organizo yo en mi turno(...), al final es todo lo que hacemos, (...) todos los mecanismos que tomamos para realizar el cuidado (...)".</p>	<p><b>I.1</b> Conjunto de acciones o de actividades administrativas colectivas e individuales en torno a las diferentes fases del cuidado para otorgar una atención de calidad.</p>
		<p><b>ENF 3</b> <b>D.1</b> "(...) coordinación de parte de nosotros (...), coordinar traslados(...), [ todas las] (...), gestiones que nosotras hacemos, coordinar exámenes [y] las interconsultas (...)". <b>D.7</b> "(...) cuando hacemos</p>	<p><b>I.1, I.7</b> Gestión del Cuidado se interpreta como la coordinación en las diferentes fases del cuidado para otorgar una atención de calidad. Conjunto de acciones o</p>

		<p><i>gestiones, por ejemplo, y médicos nos indican tramitar documentos o cosas así, claramente el médico deja los papeles y uno se encarga de acelerar todos los procedimientos para que el paciente tenga sus controles más cercanos, que no esperen tanto, entonces (...), ahí uno gestiona, se preocupa, de coordinar(...), en este caso con recaudación o con otros servicios para que el paciente logre su terapia más rápido(...).”</i></p>	<p>de actividades administrativas en torno a las diferentes fases del cuidado para otorgar una atención de calidad</p>
		<p><b>ENF 4</b> <b>D.1</b> “(...) es una planificación [asiente con la cabeza], de los cuidados que se tienen que realizar en base a cada paciente(...)”. <b>D.2</b> “(...) es excelente [mantiene codo apoyado en la mesa y con su mano demuestra rigor] porque de acuerdo con eso uno puede planificar los cuidados, como</p>	<p><b>I.1, I.2, I.4, I.7</b> Proceso personalizado que involucra el conjunto de acciones administrativas (de gestión y supervisión) que se interrelacionan para el desarrollo del quehacer diario de la/el enfermera/o.</p>

		<p><i>lo dice gestionar, planificar cada cuidado con cada paciente, para poder ir supervisando que se vayan realizando todos los cuidados pertinentes(...)</i>”.</p> <p><b>D.4</b> “(...) el mejor tiempo que se pueda dedicar a hacer la planificación(...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) con todos los pacientes se hace [mueve la cabeza asintiendo], con todos, no puedes dejar un paciente que no se le haga una planificación, tiene que ser con todos(...)”.</p>	<p>La vigilancia de la realización de las acciones de cuidado es el componente principal de la Gestión del Cuidado.</p>
		<p><b>ENF 7</b></p> <p><b>D.4</b> “(...) antiguamente no se hablaba de Gestión del Cuidado, quizás no nos consideraba a nosotros como parte importante de todo esto, la verdad es que nosotros somos el punto de corte para todo, porque supervisamos que todas las cosas se realicen(...)”.</p> <p><b>D.5</b> “(...) hay cosas que son</p>	<p><b>I.4</b> Actualmente, el profesional de Enfermería es un miembro importante del equipo de salud, ya que es quien vigila el cumplimiento de las actividades de cuidado.</p> <p><b>I.5, I.7</b> Conjunto de</p>

		<p><i>súper importantes que quizás no son tan de Enfermería como lo que es cuidar a alguien enfermo, [como lo es] la coordinación, que sí tengo un paciente de alta y este paciente es de muy lejos y no tiene traslado, ¿Quién coordina la ambulancia?, la enfermera, quizás eso no es de Enfermería, pero si es parte importante de la Gestión del Cuidado, porque si no lo hacemos nosotras y no nos preocupamos de hacerlo en el momento oportuno, de gestionarlo, de entregarle a mi colega [lo que] está pendiente, no lo va a hacer nadie(...)."</i></p> <p><b>D.7</b> "(...) como lo que estábamos hablando, es importante que [todo] esté bien coordinado (...), regido (...) [y] normado(...)."</p>	<p>acciones o de actividades administrativas organizadas en torno a las diferentes fases del cuidado, orientadas a otorgar una atención oportuna.</p>
		<p><b>ENF 9</b></p> <p><b>D.8</b> "(...) todo dirigido al paciente, ahora han</p>	<p><b>I.8</b> La Gestión del Cuidado favorece a la</p>

		<p><i>implementados nuevas políticas, las que la calidad de la atención es el pilar fundamental(...), principalmente por el tema de la acreditación (...) ha favorecido, (...) se [ha] hecho un orden, se [ha] generado una mejor estructura en relación al cuidado y el cómo se entrega(...)."</i></p> <p><b>D.7</b> <i>"(...) se realiza mucha gestión (...), nuestra función, aparte de la clínica, [es] tramitar, gestionar exámenes, movilización, pacientes que ingresan, que se dializan en el extrasistema, incluso aquí, cuando están hospitalizados, hay que estar listos con las colegas para coordinar los cupos, que le asignen las horas(...)."</i></p>	<p>mejora de la calidad de la atención en salud, permitiendo el logro de la acreditación del establecimiento.</p> <p><b>I.7</b> Conjunto de acciones o de actividades administrativas organizadas en torno a las diferentes fases del cuidado, orientadas a otorgar una atención oportuna.</p>
		<p><b>ENF 10</b></p> <p><b>D.1</b> <i>"(...) es la forma en que las enfermeras organizan su trabajo (...), su quehacer(...),"</i></p>	<p><b>I.1</b> La Gestión de Cuidado permite la mantención del orden y</p>

		<p><i>la forma en que trabajan con el equipo que dirigen y el resto del equipo de salud. Para mí es una forma de organización, que es primordial(...), nos permite dar cuidados atingentes y dirigidos(...)</i>”.</p> <p><b>D.2</b> “(...) una de las herramientas de la Gestión del Cuidado son los protocolos(...), directrices que te sirven para organizar tu trabajo y hacerlo de la forma más correcta posible, beneficiando en mayor cuantía al paciente(...)”.</p>	<p>estructura en el quehacer diario del profesional enfermero y su relación con el equipo de salud.</p> <p><b>I.2</b> La Gestión del Cuidado ha llevado a la protocolización del quehacer enfermero, lo cual beneficia directamente al paciente.</p>
		<p><b>ENF 11</b></p> <p><i>D.2</i> “(...) siempre ha habido gestión, de alguna u otra manera las enfermeras más antiguas (...) organizaban, planificaban y llevaban a cabo todo lo que correspondía al día a día de un servicio (...)”.</p>	<p><b>I.2</b> Conjunto de acciones de planificación y organización que se interrelacionan para el desarrollo del quehacer diario de la/el enfermera/o.</p>
<b>CREENCIAS Y OPINIONES</b>	<b>La/EI Enfermera(o) y su disciplina:</b>	<p><b>ENF 2</b></p> <p><i>D.2</i> “(...) está innato,</p>	<p><b>I.2</b> Las diferentes</p>

	<p>Esta categoría hace referencia a la relación que se establece entre la/el enfermera/o y el saber propio, que es el cuidado. La/el enfermera/o establece una relación directa entre cuidado, el desarrollo conceptual y el método para entregar el cuidado basado en un soporte reflexivo, ideológico que la fundamenta, lo cual se constituye como la función inherente en el quehacer diario, lo que le brinda una independencia y autonomía profesional. Esto se ve reflejado en la capacidad de la/el enfermera/o para aplicar constructos éticos, el pensamiento analítico y el criterio al momento de otorgar</p>	<p><i>tampoco es como que yo diga “ya hoy día voy a realizar una gestión”, uno lo hace realizando las tareas (...) [del] turno, no es (...) algo aparte, sino que es algo innato del quehacer de Enfermería(...).”</i></p>	<p>actividades propias del cuidado nacen de manera espontánea en el profesional enfermero durante el desarrollo de su quehacer diario.</p>
		<p><b>ENF 5</b> <b>D.1</b> “(...) la Gestión del Cuidado para mi es lo principal, nuestra base para todas las actividades que como enfermeros realizamos. (...), de ahí (...) se disgregan todas las ramas(...), [es] el pilar fundamental de nosotros(...).”  <b>D.2</b> “(...) porque eso nos dio (...) la capacidad de empoderamiento profesional, como autonomía en el sentido de que nosotras como enfermeras somos profesionales igual que el médico, y ellos tienen una</p>	<p><b>I.1</b> La Gestión del Cuidado es la base y el pilar de la/el enfermera/o, que permite el desarrollo profesional.  <b>I.2</b> Actitud que refleja la Gestión del Cuidado otorgando fortaleza al profesional de Enfermería, que impulsa cambios positivos hacia la persona, familia y comunidad cuidada.</p>

	<p>cuidado, lo que pone en evidencia su vocación.</p>	<p><i>parte y nosotros otra, y nos complementamos; entonces(...), ha sido favorable (...)</i>”.</p>	<p>Además, entrega una mayor independencia del quehacer de Enfermería con respecto a otras disciplinas, lo que es considerado un beneficio para la profesión.</p>
	<p><b>ENF 6</b></p> <p><i>D.2 “(...) hablar de Gestión del Cuidado ha servido para que se optimicen los recursos humanos (...), para que esta experiencia de los pacientes que están hospitalizados acá se haga lo más corta posible y lo más llevadera (...), dentro de lo que se puede estar (...), que está estadía hospitalaria logre que los pacientes no sean mayormente afectados en su vida (...)</i>”.</p>	<p><b>I.2</b> La Gestión del Cuidado para el profesional enfermero ha llevado a la optimización de los recursos existentes para lograr una atención eficiente para la persona atendida.</p>	
	<p><b>ENF 7</b></p> <p><i>D.2 “(...) dentro [del] actuar siempre incorporando la ética (...), saber que determinar, en qué momento</i></p>	<p><b>I.2</b> La implementación de la Gestión del Cuidado exige al profesional enfermero</p>	

		<p><i>para poder gestionar los cuidados de la mejor forma para el paciente; el pensamiento crítico, es [muy] importante(...)</i>”.</p>	<p>la capacidad de aplicar constructos éticos del cuidar y un análisis crítico para la toma de decisiones.</p>
		<p><b>ENF 8</b></p> <p><b>D.1</b> “(...)es algo que nos califica a nosotros como nuestro rol, desde que iniciamos esta carrera(...) [es] lo que más(...) se nos enseña, que la Gestión del Cuidado es de nosotros(...), estamos calificadas y cualificadas (...) con este tipo de trabajo, con nuestros pacientes(...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) hace un tiempo atrás con respecto a neonatología que nosotros la peleamos como campo(...), son áreas que nos competen, es un tema(...), nosotros estamos calificados y cualificados(...)”.</p> <p><b>D.2</b> “(...)es algo que nace de nosotras(...), es netamente la vocación de nosotros, es</p>	<p><b>I.1, I.7</b> La Gestión del Cuidado es la función inherente del profesional de Enfermería que a su vez se transforma en la esencia y el sustento de la/el enfermera/o.</p> <p><b>I.2</b> La Gestión del Cuidado es el conjunto de rasgos o</p>

		<p><i>algo que a nosotros nos identifica, yo así lo veo más que nada(...)</i>”.</p>	<p>características (como la vocación) propios del profesional enfermero y que le distinguen de otros profesionales.</p>
		<p><b>ENF 11</b> <b>D.2</b> “(...) siempre ha habido gestión, de alguna u otra manera las enfermeras más antiguas (...) organizaban, planificaban y llevaban a cabo todo lo que correspondía al día a día de un servicio (...)”.</p>	<p><b>I.2</b> A pesar de su reciente reconocimiento, la/el enfermero siempre ha realizado Gestión del Cuidado.</p>
<p><b>ACTITUDES</b></p>	<p><b>Identidad social de la/el enfermera/o:</b> Esta categoría se refiere a cómo la/el enfermera/o es reconocida/o por la sociedad por su rol dentro de los diversos contextos de cuidado, lo que le permiten distinguirse de otros profesionales, formando un concepto de su “yo” enfermero.</p>	<p><b>ENF 1</b> <b>D.3</b> “(...) es algo propio de Enfermería, o sea más allá de que el código sanitario lo diga o no, somos los profesionales encargados y más aptos para poder gestionar el cuidado de manera correcta con los pacientes(...)”. <b>D.5</b> “(...) nosotros como enfermeros nos empoderamos (...) más de esto, porque muchas veces (...) uno sale de la</p>	<p><b>I.3, I.5</b> Comportamiento que refleja la fortaleza e identidad del profesional de Enfermería, que impulsa cambios positivos hacia la persona atendida.</p>

		<p><i>universidad y como que llega haciendo, haciendo [y] haciendo, falta (...) darse cuenta que hay que gestionar otro tipo de cosas, hay que ordenar (...), pensar el cómo se hace y para qué se hace(...)"</i>.</p>	
		<p><b>ENF 4</b> <i>D.10 "(...) con la experiencia se va adquiriendo todo eso [empoderamiento] (...), cuando uno es interna ya sabe que (...) tiene que llegar empoderado, sabiendo sus roles, lo que tiene que hacer y lo que no, porque así tú puedes dirigir todo (...)"</i>.</p>	<p><b>I.10</b> Actitud que refleja la fortaleza del profesional de Enfermería, que permite el desarrollo del liderazgo.</p>
		<p><b>ENF 5</b> <i>D.7 "(...) creo que estamos débiles, porque acá hay mucha gente que tiene el concepto [erróneo], uno [da] una indicación en pro de la Gestión del Cuidado [y se percibe como] "la mala onda" (...), "es pesada", entonces tiene que haber un cambio (...), masivo en el</i></p>	<p><b>I.7 I.8</b> Existe un desconocimiento por parte del equipo de Enfermería en torno al rol que posee el profesional enfermero como gestor de los cuidados.</p>

		<p><i>pensamiento que se tiene de esto (...)</i>”.</p> <p><b>D.8</b> “(...) quizás no todos tienen la claridad de qué se trata, de por qué nosotros tenemos que hacer esto (...), mucha gente no entiende que es como una seguidillas de cosas (...)”.</p> <p><b>D.9</b> “(...) nosotros somos los últimos del escalafón y tenemos que hacerle caso a lo que nos dicen; entonces ese es como el pensamiento general(...)”.</p> <p><b>D.10</b> “(...) por lo menos nosotros (...), al ser un “grupo joven” de enfermeros estamos bien actualizados en el concepto, entonces estamos todos (...), empoderados y afiatados en el sentido de que tenemos que hacerlo para mejorar(...)”.</p>	<p><b>I.9</b> La/el enfermera/ro clínica/o aún percibe la subordinación en la toma de decisiones bajo ciertos contextos del cuidado.</p> <p><b>I.10</b> Actitud que refleja la Gestión del Cuidado, otorgando fortaleza al profesional de Enfermería, que impulsa cambios positivos hacia la persona, familia y comunidad cuidada.</p>
		<p><b>ENF 6</b></p> <p><b>D.3</b> “(...) la preocupación</p>	<p><b>I.3</b> El profesional de</p>

		<p><i>permanente de los pacientes(...), tener dedicación (...), compromiso, esa es una actitud que uno debería tener (...), para lograr fielmente una buena Gestión del Cuidado; también como las destrezas y (...) tener una base, (...) [porque] sin base teórica no podríamos hacer una buena Gestión del Cuidado (...)."</i></p>	<p>Enfermería posee un interés innato relacionado a la ayuda al otro, reflejado a través de la dedicación, el compromiso, el pensamiento crítico, la responsabilidad y el amor en la entrega del cuidado.</p>
		<p><b>ENF 7</b></p> <p><b>D.8</b> <i>"(...) lo importante también es(...) la ética con la que se realizan las cosas(...), hay algunos pacientes que son súper demandantes y a veces eso puede generar un problema, pero hay que saber abordarlo porque es un paciente que está enfermo, que necesita atención(...)"</i></p> <p><b>D.9</b> <i>"(...) a veces el paciente está enfermo(...), desorientado(...), no entiende, no se puede autorregular [ni]"</i></p>	<p><b>I.8, I.9</b> Para una adecuada atención del paciente, el profesional enfermero debe aplicar aspectos éticos, normas y principios para poder discernir en los diferentes niveles de demanda de cada persona atendida. La armonía de estos elementos corresponde a lo más importante en su quehacer diario.</p>

		<p><i>controlarse(...), lo más importante es la ética con la que abordamos y tratamos a los pacientes (...)</i>”.</p> <p><b>D.12</b> “(...) los enfermeros, por lo menos todos los que yo he conocido acá son súper responsables de que se cumplan y se lleven a cabo las tareas que están estipuladas para el día a día(...)”.</p>	<p><b>I.12</b> Una de las características que reconoce el profesional enfermero de sus pares es la responsabilidad.</p>
		<p><b>ENF 8</b></p> <p><b>D.5</b> “(...) nos da (...) <i>autonomía en nuestro quehacer, en base a lo que es nuestro código(...)</i>”.</p>	<p><b>I.5</b> Independencia del quehacer de Enfermería con respecto a otras disciplinas.</p>
		<p><b>ENF 9</b></p> <p><b>D.9</b> “(...)para mí lo más importante, inicialmente para entregar una buena atención es la cordialidad(...), y de ahí en adelante uno se va desarrollando de acuerdo a los conocimientos y las bases que uno tiene(...)”.</p>	<p><b>I.9</b> La cordialidad es un factor principal para el profesional enfermero en la ejecución de la Gestión de Cuidado.</p>
		<p><b>ENF 10</b></p>	

		<p><b>D.4</b> “(...) yo vengo de un servicio donde era más estricto(...), se llevaba mejor a cabo la gestión(...)”.</p>	<p><b>I.4</b> Para el profesional enfermero, la rigurosidad dentro del quehacer del servicio favorece el mejor desarrollo de las labores de gestión.</p>
		<p><b>ENF 11</b></p> <p><b>D.6</b> “(...) siempre hay [uno que no] quiere, que no está acorde(...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) los objetivos se están realizando (...) si no es por las buenas, es por las malas, de alguna u otra manera hay que cumplir(...)”.</p>	<p><b>I.6, I.7</b> El equipo de Enfermería logra cumplir con los objetivos establecidos, a pesar de presentar aisladas diferencias (ideales personales) en torno a la forma y disposición hacia quehacer diario.</p>
		<p><b>ENF 12</b></p> <p><b>D.8</b> “(...) creo que nos da la libertad, de alguna forma, de poder realizar más cosas para poder(...) cubrir la necesidad(...)”.</p> <p><b>D.9</b> “(...) yo destaco, (...)por ejemplo, cada estamento de alguna forma tiene límites dentro de su desempeño (...);no tienen las mismas</p>	<p><b>I.8, I.9, I.11</b> Independencia del quehacer de Enfermería con respecto a otras disciplinas, lo que es considerado como un beneficio para la profesión. Este beneficio incorpora la</p>

		<p><i>funciones ni pueden hacer las mismas gestiones que un enfermero(...), nosotras como enfermeras podemos abarcar mucho más(...), nuestra área es tan amplia que podemos(...), trabajar en un área de maternidad, en un área de pediatría, en un área de adulto, tercera edad, de joven(...), de consultorio, en hospital, en un área privada, en una toma de muestra(...), nos da más amplitud para hacer cosas(...).”</i></p> <p><b>D.11</b> <i>“(...)yo tengo experiencias muy cercanas de gente que trabaja en otras áreas (...), que a veces me dicen(...), “(...), a mí me gustaría poder solucionar esto” pero es como que las funciones de esa persona llegan hasta cierto punto, sin embargo, nosotras podemos ir más allá, y ese es un beneficio que tenemos(...), que es la Enfermería, qué es</i></p>	<p>versatilidad en el desempeño de sus labores en diferentes contextos.</p>
--	--	--	---

		<p><i>tan completa, tan compleja, podemos abarcar (...), muchas cosas(...)</i>”.</p> <p><b>D.13</b> <i>“(...) pero podemos hacer mucho; quizás, entrelazar con la parte de estudios científicos(...), poder sacar evidencias de todo (...), porque nosotros tenemos mucha cosas acá que se hacen, que generalmente no están constatadas en ningún lado. Entonces, no hay (...), reconocimiento, (...) de todo esto que se hace dentro de la Gestión del Cuidado(...)</i>”.</p> <p><b>D.14</b> <i>“(...) no se identifica realmente todo lo que uno hace, sino más bien se ven los resultados, pero todo lo que hay detrás no hay cómo demostrarlo más que con un registro o que uno verbalice, pero eso no está estimado(...) en ninguna parte; entonces (...) yo creo que (...) tenemos un área (...)</i></p>	<p><b>I.13, I.14, I.16</b></p> <p>A pesar de la gran cantidad de actividades que realiza la/el enfermera/o, estas no son visualizadas ni reconocidas socialmente (usuario interno y externo), lo cual se asocia a un escaso desarrollo de la función investigativa del profesional de Enfermería.</p>
--	--	--	---

		<p>de altruismo, de comunicación, (...) que no se reconoce(...): damos tantas charlas, damos tantas capacitaciones y un montón de cosas donde nosotros nos relacionamos con la comunidad, con la gente que está dentro del hospital(...), ser capaces de hacerlo, de entregar(...) información adecuada, de orientar, de educar (...) a los pacientes(...), esas partes tampoco están como muy reconocidas(...).”</p> <p><b>D.16</b> “(...) pero no entiende, no tienen conocimiento de todo lo que uno hace (...), desde el momento en que uno (...) planifica o participa de la planificación de una hospitalización [desde] que el paciente ingresa le tiene que revisar la ficha, le tiene que ver el examen, le tiene que verificar ciertos ítems estén, (...) el paciente como viene, tiene que hacer una</p>	
--	--	---	--

		<p><i>evaluación previa; todo eso, todo ese proceso (...), hasta el último momento que el paciente se va, nosotras estamos involucradas, en la educación que uno hace, en la información, en todo lo que uno entrega tiene que cerciorarse de que el paciente se va bien, entendiendo todas las instrucciones (...); es un proceso largo, que involucra harto tiempo y que a veces no se valora(...); entonces(...), no se puede visualizar con eso todo lo que involucra la Gestión del Cuidado(...)"</i>.</p>	
<b>ACTITUDES</b>	<p><b>El quehacer de la/el enfermera/o:</b> Esta categoría se refiere al conocimiento técnico que posee el profesional de Enfermería para la realización de los cuidados. Este conocimiento</p>	<p><b>ENF 1</b> <b>D.5</b> "(...) nosotros como enfermeros nos empoderamos (...) más de esto, porque muchas veces (...) uno sale de la universidad y como que llega haciendo, haciendo [y] haciendo, falta (...) darse cuenta que hay que</p>	<p><b>I.5, I.6</b> La capacidad reflexiva que debe tener el profesional enfermero logrando pasar desde la técnica hacia una perspectiva global incorporando tanto los procesos clínicos como</p>

	<p>deriva de la capacidad reflexiva, el juicio crítico, el saber teórico y la experiencia clínica, los cuales sustentan el actuar de Enfermería de una manera eficiente y de calidad.</p>	<p><i>gestionar otro tipo de cosas, hay que ordenar (...), pensar el cómo se hace y para qué se hace(...)</i>”.</p> <p><b>D.6</b> “(...) uno tiene la idea de que viene hacer procedimientos nada más, [pero] después se da cuenta que es mucho más amplio el quehacer (...), cuando uno va creciendo como profesional, teniendo más experiencia, puede aplicarlo de mejor manera en el quehacer diario(...)”.</p>	<p>los administrativos en la entrega del cuidado diario.</p>
		<p><b>ENF 6</b></p> <p><b>D.4</b> “(...) sin base teórica no podríamos hacer una buena <i>Gestión del Cuidado (...)</i>”.</p> <p><b>D.5</b> “(...) uno no puede dedicarles mucho tiempo a cada individuo; lamentablemente, hay algunos parámetros</p>	<p><b>I.4</b> Para el profesional enfermero son fundamentales las competencias teóricas, las cuales deben sustentar el actuar de Enfermería.</p> <p><b>D.5</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial relacionada a una</p>

		<p><i>de cuántos pacientes deberíamos tener cada uno, pero eso, en la práctica no se logra (...) si tuviéramos una mejor distribución de pacientes, una mayor rotación de enfermeros, inclusive de hasta paramédicos, ahí lograríamos abarcar a un paciente en su globalidad(...).”</i></p>	<p>inadecuada distribución de personal y pacientes, lo cual provoca un déficit de tiempo para el cuidado integral.</p>
		<p><b>ENF 7</b> <b>D.11</b> <i>“(...)la dotación de personal es un punto súper importante(...), quizás deberíamos ser más enfermeras por paciente(...), y también [más] técnicos paramédicos porque es un equipo(...), [muchas veces] estamos todos corriendo, sacando exámenes, haciendo curaciones, paciente que se complicó, que te llama el médico, que te lo piden de rayos, a veces uno corre mucho y eso desgasta hartó la salud y el</i></p>	<p><b>I.11</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial relacionada a una inadecuada distribución de personal lo cual provoca deterioro físico y emocional en personal de salud.</p>

		<p><i>autocuidado [personal] (...),no sé si habrán más tesis sobre las personas con el síndrome de burnout, que se ven mucho, hay muchas licencias psiquiátricas, por estrés, porque [el trabajo] de nosotras en especial en hospital es súper [alto] (...)</i>”.</p> <p><b>D.14</b> “(...) disminuir un poco los egos (...), la convivencia entre colegas se podría mejorar (...), si un colega no pudo a la primera, no pudo a la segunda, “yo te ayudo y te doy mi técnica” (...), el ego hay que dejarlo de lado porque aquí estamos [para] la gente, no [para] creernos [mejores] que otros(...)”.</p> <p><b>D.15</b> “(...) un colega nuevo que llegue y que este incómodo(...), temeroso(...),va a dificultar el proceso de la Gestión del Cuidado, porque si yo tengo miedo de ir a pedirle a mi colega ayuda, quizás voy a</p>	<p><b>I.14, I.15</b> La camaradería entre profesionales se ve entorpecida por el alto individualismo entre pares, lo que refleja un desmedro del trabajo en equipo.</p>
--	--	---	---

		<p><i>multifuncional al paciente por no pedir ayuda, bueno éticamente todos sabemos que si no funciona a la primera, no funciona a la segunda, no funciona a la tercera [debe ceder] la mano, pero estas con temor, de ir a pedirle a otra persona que te ayude, y nadie llega del internado siendo [excelente] en vías, en punciones, en instalación de sonda nasogástrica, nadie, porque eso te lo da la experiencia(...), [hay que ] disminuir un poco la batalla de egos que hay en Enfermería a nivel país(...)"</i></p>	
		<p><b>ENF 9</b> <i>D.14 “(...) en términos de estamentos, existe mucha competencia, competitividad entre nosotras mismas; por lo tanto, eso (...) entorpece tu quehacer, porque genera a veces un ambiente un poco hostil, en vez de reforzar áreas que quizás la otra</i></p>	<p><b>I.14</b> La camaradería entre profesionales se ve entorpecida por el alto individualismo entre pares, lo que refleja un desmedro del trabajo en equipo.</p>

		<p><i>colega, que llega con menos experiencia, [presenta déficit], (...) pero en la medida que uno vaya dándose cuenta de cuáles son sus falencias y busque la forma de mejorarla, eso se revierte(...)."</i></p>	
		<p><b>ENF 10</b></p> <p><b>D.5</b> <i>"(...) me cuesta mucho supervisar a mis paramédicos por la alta carga laboral, porque hay mucha(...), hay mucho movimiento de paciente(...), pierdes mucho tiempo en algunas tareas que no están organizadas(...), pierdes tiempo valioso en esas cosas que podrías estar dedicándole a los pacientes(...)."</i></p> <p><b>D.7</b> <i>"(...) trabajan super coordinados los enfermeros(...), falta (...) tiempo por la carga laboral; por ejemplo, aquí los [fines] de semana la carga laboral es muy alta, hay cosas que</i></p>	<p><b>I.5, I.7</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial relacionada a una inadecuada distribución de personal y pacientes, lo cual provoca un déficit de tiempo para el cuidado integral.</p>

		<p>(...) se nos podrían pasar porque no alcanza, porque estás tú solo; en el día tenemos diez pacientes cada uno, pero el fin de semana tienes treinta, y tienes que hacer las mismas cosas con treinta, (...) mis colegas son como super organizados, lo han logrado (...) de la mejor forma posible(...).”</p>	
		<p><b>ENF 12</b></p> <p><b>D.19</b> “(...) uno ve que a veces somos mecánicos, que no hay un pensamiento lógico detrás, que no hay un análisis, que, si le dijeron que hay que hacerlo redondo, se hace redondo, y si hay que hacerlo cuadrado, es cuadrado, pero no hay un cuestionamiento, no dicen “por qué” (...), no discuten porque son muy mecánicos(...).”</p>	<p><b>I.19</b> La entrega de cuidados en ocasiones es percibida como una acción automatizada e irreflexiva.</p>
<b>ACTITUDES</b>	<p><b>EI/la enfermero/a como gestor/a:</b></p> <p>Esta categoría se</p>	<p><b>ENF 2</b></p> <p><b>D.3</b> “(...) ordena más el quehacer de Enfermería(...),</p>	<p><b>I.3</b> Gestión del Cuidado brinda normas y guías</p>

	<p>refiere a cómo la/el enfermera/o se reconoce como el profesional encargado y capacitado para ejercer labores administrativas y de liderazgo dentro de un equipo, promoviendo así el empoderamiento y la mejora continua de la calidad de los cuidados.</p>	<p><i>como seres humanos, necesitamos tener una línea que nos vaya (...), ordenando y eso hace que los procedimientos [y] la atención, sean mejor para los pacientes(...)</i>”.</p> <p><b>D.4</b> “(...)como seres humanos, necesitamos tener una línea que nos vaya (...), ordenando y eso hace que los procedimientos [y] la atención, sean mejor para los pacientes(...)”.</p> <p><b>D.5</b> “(...) la supervisión porque igual uno no tiene tiempo, uno realiza los procedimientos, los paramédicos realizan los procedimientos, [para] uno es difícil realizar supervisión a todo lo que se hace(...)”.</p> <p><b>ENF 3</b></p> <p><b>D.4</b> “(...) la mejoría en los procedimientos, en los procesos que uno genera día a día (...)”.</p>	<p>que rigen y regulan el funcionamiento del profesional enfermero con el fin de entregar una mejor atención.</p> <p><b>I.4</b> La Gestión del Cuidado es un bien en torno a la atención tanto para la persona atendida como para los profesionales enfermeros.</p> <p><b>I.5</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial lo cual provoca un déficit de tiempo para tareas de supervisión del equipo.</p> <p><b>I.4, I.5</b> La comunicación se constituye como un área deficiente en el quehacer diario.</p>
--	---	--	---

		<p><b>D.5</b> “(...) claramente siempre va a haber problemas, por ejemplo (...), comunicación(...), hay que saber implementarlo (...).</p>	
		<p><b>ENF 5</b></p> <p><b>D.5</b> “(...) considero que nuestra gestora de la Gestión del Cuidado (...), para mi es una persona admirable (...), ellas están preocupadas continuamente de todos los servicios(...), de ver en qué podemos estar fallando, cómo mejorarlo, o sea en ese sentido están haciendo bien su labor(...)”.</p> <p><b>D.6</b> “(...) nosotras somos las líderes de la Gestión del Cuidado, pero tenemos que(...), serlo de manera transversal, [y] llevarlo a los(...), técnicos paramédicos (...), en el sentido de nuestras indicaciones(...)”.</p>	<p><b>I.5</b> El referente directivo refleja el empoderamiento e iniciativa de la/el enfermera/o en el desarrollo de las diversas actividades en torno al cuidado, generando sentimientos de admiración y seguridad por parte de sus pares.</p> <p><b>I.6</b> El profesional enfermero se esfuerza por guiar de manera efectiva al equipo de Enfermería. Los roles del equipo de Enfermería se encuentran definidos, por lo que el profesional enfermero debe liderar</p>

			la organización de estas funciones.
		<p><b>ENF 7</b></p> <p><b>D.10</b> (...) siempre hay cosas que pulir, pero creo que la comunicación es lo más importante(...)."</p> <p><b>D.13</b> "(...) creo que se podría mejorar entre colegas la comunicación(...)."</p> <p><b>D.3</b> "(...) es importante que [exista] (...), en todos los recintos asistenciales, ya sean públicos o privados una Gestión del Cuidado(...), que esté descrita para los funcionarios y que todos tengamos conocimientos de los protocolos (...)."</p> <p><b>D.7</b> "(...) como lo que estábamos hablando, es importante que [todo] este bien coordinado(...), regido (...), [y] normado(...)."</p>	<p><b>I.10, I.13</b> La comunicación se constituye como un área deficiente en el quehacer diario.</p> <p><b>I.3, I.7</b> Es importante que las actividades administrativas en cuidado sean protocolizadas para todos los servicios de salud y orientadas a otorgar una atención de calidad.</p>
		<p><b>ENF 8</b></p> <p><b>D.6</b> (...) a diario, constantemente tiene que haber una mejora, tiene que</p>	<p><b>I.6</b> El profesional enfermero debe perfeccionarse</p>

		<p><i>haber una capacitación continua(...)</i>”.</p> <p><b>D.1</b> “(...) es algo que nos califica a nosotros como nuestro rol, desde que iniciamos esta carrera(...) [es] lo que más (...) se nos enseña, que la Gestión del Cuidado es de nosotros(...), estamos calificadas y cualificadas (...) con este tipo de trabajo, con nuestros pacientes(...)”.</p> <p><b>D.7</b> “(...) hace un tiempo atrás con respecto a neonatología(...), son áreas que nos competen(...), nosotros estamos calificados y cualificados(...)”.</p> <p><b>D.8</b> “(...) eso tiene que ver también con la Gestión del Cuidado, eso es algo de nuestro quehacer diario, ser determinante, tomar decisiones (...), en pro del paciente (...)”</p> <p><b>D.5</b> “(...) con los recursos</p>	<p>continuamente.</p> <p><b>I.1, I.7, I.8</b> Respaldo en su formación, el profesional enfermero se siente capacitado para ejercer las funciones de Gestión de Cuidado y la toma de decisiones en los diferentes servicios hospitalarios.</p> <p><b>I.5</b> La Gestión del</p>
--	--	---	--

		<p><i>que se tienen a disposición, se trata de hacer todo de la mejor manera posible, y (...) hay que estrujar(...) lo que tenemos disponible(...)."</i></p>	<p>Cuidado para el profesional enfermero ha llevado a la optimización de los recursos existentes para lograr una atención eficiente.</p>
		<p><b>ENF 9</b></p> <p><b>D.10</b> <i>"(...) el trabajo en equipo, si bien hay una diferenciación en torno de estamentos, lo que implica que ser enfermero, lo que implica ser paramédico, nosotros estamos estrechamente ligados en nuestro quehacer(...)."</i></p> <p><b>D.11</b> <i>"(...) establecer buenas relaciones con tu equipo de trabajo y ejercer un liderazgo, idealmente transformacional, es super importante para el desempeño del equipo en general. Estamos ligados estrechamente; por lo tanto, yo no puedo ser despectiva con mi equipo de trabajo, o</i></p>	<p><b>I.10, I.11, I.12</b> El profesional enfermero se esfuerza por guiar de manera efectiva al equipo de Enfermería. Los roles del equipo de Enfermería se encuentran definidos , por lo que el profesional enfermero debe liderar la organización de estas funciones. Considerando las fortalezas y debilidades de los miembros del equipo.</p>

		<p><i>ser muy autocrática; claramente, todo en margen de respeto(...)</i>”.</p> <p><b>D.12</b> <i>“(...) es fundamental crear un buen ambiente con tu equipo de trabajo, que haya una retroalimentación constante para saber qué es lo que (...) debemos mejorar, (...)fortalecer(...)</i>”.</p>	
		<p><b>ENF 10</b></p> <p><b>D.3</b> <i>“(...) hace falta un poco más de supervisión; por ejemplo, no es que mis paramédicos no asistan a los pacientes en la alimentación, pero no lo registran, o los registros no son oportunos(...),un poco más de supervisión en algunas tareas(...)</i>”.</p> <p><b>D.5</b> <i>“(...) me cuesta mucho supervisar a mis paramédicos por la alta carga laboral, porque hay mucho(...) movimiento de paciente(...), pierdes mucho tiempo en algunas tareas que no están</i></p>	<p><b>I.3, I.5, I.6</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial lo cual provoca un déficit de tiempo para tareas de supervisión del equipo.</p>

		<p>organizadas(...), pierdes tiempo valioso en esas cosas que podrías estar dedicándole a los pacientes(...).”</p> <p><b>D.6</b> “(...) falta supervisión para las tareas de los paramédicos(...), organización (...) en el equipo, que, por ejemplo, si bajan de pabellón, [que no llegan sin] algunos de los medicamentos, que se tome los rayos para no hacer doble viaje, y otras cosas(...), con otros servicios(...), ahora se está trabajando en eso(...).”</p>	
		<p><b>ENF 11</b></p> <p><b>D.4</b> “(...) supervisar más, porque(...) de repente son tantos los pacientes que no da para (...), hacer una supervisión del trabajo que se está haciendo (...) ahora nosotros estamos más enfocados en eso(...).”</p> <p><b>D.3</b> “(...) lo que puedo</p>	<p><b>I.4</b> El profesional enfermero actualmente posee una alta demanda asistencial lo cual provoca un déficit de tiempo para tareas de supervisión del equipo.</p> <p><b>I.3</b> El profesional</p>

		<p><i>destacar no es sólo el hacer, sino también el saber escuchar, el(...) ponerse en el lugar del paciente, tratar de mover el equipo de trabajo de una manera(...) acorde, mediante trabajo grupal(...), eso es lo más importante para mí, porque técnicas puede hacer cualquier persona(...)</i>”.</p> <p><b>D.5</b> “(...) no sé si se han fijado (...),pero es mucho llenar papeles(...), verificar que se cumplan con las actividades(...) por el tema de la acreditación(...)”.</p>	<p>enfermero debe poseer capacidades de escucha, empatía y lograr un trabajo en equipo efectivo, todo esto por sobre las competencias técnicas.</p> <p><b>I.5</b> Frente a la importancia de la acreditación para el servicio el profesional enfermero se le adjudican una gran cantidad de labores relacionada a la gestión administrativa.</p>
		<p><b>ENF 12</b></p> <p><b>D.10</b> “(...) no tenemos tantas limitantes, solamente la parte legal(...),por ahí podemos (...), limitarnos en algunas cosas; pero en lo que es gestión, podemos hacer mucho(...)”.</p>	<p><b>I.10, I.12</b> La interpretación del respaldo legal deficiente, genera un sentimiento de estancamiento profesional y falta de</p>

		<p><b>D.12</b> “(...) cubrir a un área un poco menos respaldado legalmente(...), siento que nosotras como enfermeras somos muy capaces(...), por ejemplo, asumir la dirección de un hospital, así como ya está ocurriendo en algunas regiones, (...), poder administrar(...) una gran cantidad de recursos humanos(...), en el fondo respaldar(...) la verdadera capacidad desde el punto de vista legal (...)”</p>	<p>respaldo en el quehacer; no obstante, se reconoce las capacidades que posee el profesional de Enfermería para asumir labores gerenciales.</p>
<p><b>PRÁCTICAS</b></p>	<p><b>El cuidado como “ser” de la/el enfermera/o:</b> Esta categoría se refiere a la esencia de la/el enfermera/o reflejado en las actividades de entrega de cuidado tanto clínicas como administrativas.</p>	<p><b>ENF 1</b> <b>D.7</b> “(...) todo lo que uno hace(...), la Gestión del Cuidado (...) [logra] que se haga de la mejor manera,(...) [por ejemplo] hacer la curación [no es solo la técnica] (...), hay que ver todo lo que viene atrás y todo lo que va a [lograr] más adelante (...) [en] la herida del paciente, (...) [gestionar el lugar donde se hará las curaciones si se va de alta]</p>	<p><b>I.7</b> Conjunto de acciones que involucra las competencias disciplinares del profesional enfermero que le permiten brindar un cuidado de calidad y que satisface las necesidades de la persona cuidada.</p>

		(...), pensar en el momento y a largo plazo del paciente(...)."	
		<p><b>ENF 2</b></p> <p><b>D.8</b> "(...) [Llevando su mano al mentón y apoyando el codo] (...)yo diría que es la preparación de un paciente [para pabellón] (...) se realizan diferentes cosas que uno no ve en otros servicios, por ejemplo, (...) tiene que estar atento [de los] requisitos para ir a pabellón: (...) exámenes, consentimiento informado, realizar una hoja pre quirúrgica, si es una cirugía mayor, tomar prueba de compatibilidad (...),[en] todo ese proceso que se va haciendo (...) uno ve la gestión(...)."</p>	<p><b>I.8</b> Proceso clínico-administrativo que permite evidenciar el quehacer propio del profesional de Enfermería en un servicio quirúrgico.</p>
		<p><b>ENF 5</b></p> <p><b>D.11</b> "(...) acá en general es casi todo lo que nosotros hacemos(...) las actividades que [se hacen] desde nuestra jefa(...), como</p>	<p><b>I.11</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el</p>

		<p><i>coordinación(...), altas, hacer gestión en camas(...), nosotras en la coordinación que tenemos con los médicos(...),gestionamos todos los cuidados del paciente (...), una simple orden de ambulancia, la educación, el cuidado permanente, [al] hacer una curación, instalar una vía venosa, en todos esos ámbitos vemos la Gestión del Cuidado en (...),distintas ramas, niveles(...).”</i></p>	<p>ámbito clínico, administrativo y educativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>
		<p><b>ENF 7</b> <b>D.16</b> “(...)la supervisión, el control, todas las etapas de la gestión(...), la comunicación también es un punto súper importante para saber en qué estamos fallando(...), que hay que modificar [y] arreglar(...).”</p>	<p><b>I.16</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero en el ámbito clínico y administrativo, siendo relevante la comunicación, con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>
<p><b>PRÁCTICAS</b></p>	<p><b>La formación profesional:</b> Esta categoría se</p>	<p><b>ENF 9</b> <b>D.4</b> “(...) la Gestión del Cuidado como enfermeras</p>	<p><b>I.4, I.15, I.16</b> En la aplicación de la teoría</p>

	<p>define como el conocimiento teórico adquirido desde el pregrado hasta la vida laboral, aplicado en la práctica.</p>	<p><i>aborda (...) todas las áreas biopsicosociales; por eso es que es tan importante que nosotras tengamos también buenas bases en el aspecto teórico, porque cuando uno llega a un servicio te das cuenta que [estos son] los recursos disponibles, y tienes que hacer malabares, para [otorgar una] atención integral(...)</i>”.</p> <p><b>D.15</b> “(...) la universidad te entrega herramientas en relación a la gestión, pero uno no las internaliza hasta que está ejerciendo(...)”.</p> <p><b>D.16</b> “(...) cuando tú vas a práctica, casi sólo haces técnica, y el área de gestión es muy limitada; o [te piden que realices] un trabajo(...), pero no te llevan a la práctica: “usted tramite esto”, que “usted haga esto”, que “usted coordine esto”(...), lo teórico es una cosa, pero llevarlo a la práctica es totalmente</p>	<p>en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es Gestión del Cuidado.</p>
--	--	---	--

		<p><i>distinto (...) [pero] en la medida que una más lo haga, se va haciendo más fácil llevarlo a cabo y vas integrando todo(...)"</i>.</p>	
		<p><b>ENF 10</b> <i>D.9 "(...) nosotros vivimos de eso, es como el aire que [se respira], no puede ser de otra forma, nos [forman] así(...)"</i>.</p>	<p><b>I.9</b> Para el profesional enfermero, la Gestión del Cuidado es un elemento esencial en su quehacer, adquirido en el pregrado.</p>
<b>PRÁCTICAS</b>	<p><b>El/la enfermero/a como gestor/a</b> Esta categoría se refiere a como el profesional enfermero logra la puesta en marcha del conjunto de conocimientos administrativos que le permiten realizar labores de supervisión, y toma de decisiones favoreciendo la calidad en la atención.</p>	<p><b>ENF 4</b> <i>D.2 "(...) planificar cada cuidado con cada paciente, para poder ir supervisando que se vayan realizando todos los cuidados pertinentes(...)"</i>. <i>D.6 "(...) la supervisión diaria (...)"</i>.</p>	<p><b>I.2, I.6</b> La vigilancia de la realización de las acciones de cuidado es el componente principal de la Gestión del Cuidado.</p>
		<p><b>ENF 6</b> <i>D.7 "(...) la gestión como tal, porque si no, nuestra gestión es gestión solamente, entonces, necesitamos supervisar [si] efectivamente nuestras intervenciones lograron el objetivo que</i></p>	<p><b>I.7</b> La supervisión permite diferenciar la gestión de la Gestión del Cuidado, considerando que esta última, implica que el profesional enfermero</p>

		<p><i>nosotros estábamos buscando, sino, (...), todo queda en lápiz (...) para nosotros saber que la Gestión del Cuidado se está llevando a cabo es [necesario] supervisar que esto realmente se esté cumpliendo(...)"</i></p>	<p>vigile una materialización óptima del cuidado planificado.</p>
		<p><b>ENF 8</b> <b>D.9</b> <i>"(...) antes acá existía una enfermera para el turno de noche, usted comprenderá que mediana complejidad es un servicio muy grande, entonces, hacíamos turnos nosotras solas y muchas veces teníamos que tomar determinaciones sin el consentimiento de un médico(...), siempre en pro del paciente (...) sin saltarse los conductos(...) eso tiene que ver también con la Gestión del Cuidado, eso es algo de nuestro quehacer diario, ser determinante, tomar decisiones(...), en pro</i></p>	<p><b>I.9</b> La implementación de la Gestión de Cuidado exige al profesional enfermero la capacidad de analizar críticamente las diferentes situaciones a las que deba enfrentarse y, con ello, ejecutar acciones que favorezcan la mejoría del paciente.</p>

		<i>del paciente(...)</i> ”.	
		<p><b>ENF 9</b></p> <p><i>D.8 “(...) en todo, porque tenemos que ver todas las cosas, los protocolos(...), tenemos hojas para [todo], hojas prequirúrgicas que se tienen que hacer a todos los pacientes que vayan a pabellón; después, cuando regresan de recuperación(...), en el cambio de turno(...), todos los libros de registros que tenemos (...)”.</i></p>	<p><b>I.8</b> Para el profesional enfermero, la Gestión del Cuidado se ve reflejada en todas las actividades desarrolladas a diario, especialmente administrativas.</p>
		<p><b>ENF 11</b></p> <p><i>D.7 “(...)la supervisión refleja mucho la Gestión del Cuidado, eso es como lo principal(...)”.</i></p>	<p><b>I.7</b> La vigilancia o dirección de la realización de las acciones de cuidado es el componente principal de la Gestión del Cuidado.</p>
		<p><b>ENF 12</b></p> <p><i>D.24 “(...) cuando el paciente se va a su casa, se va bien, en buenas condiciones, sin haber tenido, quizás, una infección asociada y que</i></p>	<p><b>I.24 I.25</b> El cuidado entregado se refleja en la sensación de bienestar de la persona atendida y su familia,</p>

		<p><i>estuvo el tiempo que tenía que estar, (...) que su estadía no se prolongó (...), por un tema específico de acá, sino (...) porque su problema de salud era más complejo(...)</i>”.</p> <p><b>D.25</b> “(...) cuando el paciente se va, a su casa, agradecido de la atención, de los cuidados, creo que ese es el mejor reflejo, porque esto implica que detrás hubo una enfermera que se preocupó [golpea la mesa con sus manos, reafirmando] de hacer las curaciones de manera oportuna, que se preocupó de que, si el paciente tenía tos o estaba con fiebre, le avisó al médico, y el médico pudo abordar eso de forma oportuna; se preocupó de que (...), si no lo venía a ver nadie buscó al familiar; se preocupó de un montón de cosas, por las cuales el paciente se va bien(...)”.</p>	<p>favoreciendo a la mejora continua de la calidad.</p>
<b>EXPERIENCIAS</b>	<b>Factores internos</b>	<b>ENF 1</b>	

	<p><b>que influyen en la construcción del concepto Gestión del Cuidado:</b></p> <p>Esta categoría se refiere a todas aquellas conductas y actitudes que afloran de vivencias personales, permitiendo el acto reflexivo, el compromiso y el conocimiento en el quehacer diario, lo que provoca en el profesional un profundo deseo por ayudar al otro y que influye en la construcción de su concepto de Gestión del Cuidado.</p>	<p><b>D.10</b> “(...) una familiar que estuvo con cáncer y siento que un buen profesional debería haberla guiado y ayudado más en el momento (...) [del] diagnóstico (...), el hecho de que [me] tuve que hacer cargo como familiar más que como enfermera, me di cuenta de que es algo transversal y que debería tener siempre en cuenta(...), gestionar todo lo que tiene hacer el paciente, para que no quede ahí, porque es lo que le pasó a ella, hay gente que se tiene que hacer [quimioterapia] y [radioterapia], pero ella no supo qué más tenía que hacer, y eso hizo que se retrasara el tratamiento(...), uno tiene que velar por el paciente, que si tiene un tratamiento en particular que se lleve a cabo cuando corresponde(...)”.</p>	<p><b>I.10</b> La vocación enfermera/o nace de una vivencia personal de cuidado.</p>
		<p><b>ENF 6</b></p>	

		<p><b>D.8</b> “(...) uno siempre debe pensar que el paciente que estás atendiendo puede ser tu familiar, tu mamá; (...) cuando uno le toca estar del otro lado, quizás, y ser familiar de pacientes o paciente, entonces ahí uno valora lo que es realmente (...), una buena gestión(...)”.</p>	<p><b>I.8</b> El acto reflexivo del profesional enfermero al momento de la entrega del cuidado, le otorga un mayor valor al quehacer.</p>
		<p><b>ENF 9</b></p> <p><b>D.17</b> “(...) todos [los pacientes] ingresan descompensados, con patologías de base, mucho paciente en situación calle, y en este contexto [te preguntas]: “¿qué hago?” (...), ahí uno tiene que comenzar a abrir redes: en primera instancia, hablar con el asistente social; creo que uno de los casos en los que yo fui más insistente en relación a la gestión, un paciente que me llegó con antecedentes de esquizofrenia, el paciente llegó policontuso: estaba,</p>	<p><b>I.17</b> El profesional de Enfermería se compromete constantemente a resguardar el bienestar de la persona atendida, agotando los recursos humanos y materiales para lograr la resolución de la situación de cuidado.</p>

		<p><i>pero golpeado completamente, al punto que hizo una rabdomiólisis; tenía sus ojos de mapache, un paciente de mucha altura, grande, pero siempre muy educado y respetuoso. Él no llegó descompensado por su patología de base: llegó para ser tratada su rabdomiólisis; y una vez que se compensó, le dieron el alta; entonces yo le informé a el hogar en el que estaba, que era un hogar particular, y el cuidador o administrador no quería recibirlo; entonces yo le digo “pero, por qué no lo vas a recibir”, “no pero es que él requiere evaluación con psiquiatra”, “que ya lo evaluó psiquiatra y le dieron el alta”, “no, es que yo no lo voy a recibir si no tiene evaluación por psiquiatra por el doctor “tanto”, perfecto. Ahí yo me moví con el médico tratante, con el becado, con el asistente</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>social, pedí nuevamente, se evaluó tres veces al paciente y de su patología de base el paciente fue dado de alta; entonces tuve que comunicarme nuevamente; ya no estaba conforme con la respuesta que me daba el cuidador, porque cambió las versiones: ya no era por su patología descompensada, era porque no le habían pagado la mensualidad; entonces, ahí yo tuve que ponerme ya un poco más pesada y decirle “a ver, ¿cuál es la situación?: tú no quieres recibirlo por este motivo o por este otro?. porque este motivo ya está resuelto, y este otro, bueno, tú tienes que verlo directamente con la persona que está a cargo”. Finalmente, viendo la situación del paciente(...), con el médico tratante creemos que él no había sido violentado en la</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>calle, como se había mencionado inicialmente, sino que en el hogar, y a raíz de esto es que tampoco lo querían recibir; así que la asistente social tuvo que notificar esta situación para que se fuera a fiscalizar; y cuando el cuidador ya vino, muy molesto, a buscar el paciente que ya estaba de alta, abre el bano y dice “ a mí el médico me recetó estos Haldol en el caso de que el paciente se agite”. Tenía una bolsa que tenía unos diez, veinte, Haldol, y dije “estos medicamentos tú no puedes administrarlos sin indicación médica; si los tiene registrados, sí, y espero que la colega que esté en tu hogar no los administre porque sí, porque el paciente está tranquilo”, hasta que se lo llevó, pero se lo llevó con todas (...) las indicaciones de que el caso había sido expuesto ya para</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>ser evaluado y para ser fiscalizado, pero... y ahí uno se queda (...) tranquila, porque yo le insistía al asistente social: “(...), no lo podemos dejar ir así, porque le va a poner los Haldol y lo va a planchar, y quizás de nuevo le puedan pegar”; entonces, ahí se hizo todo lo que estaba al alcance para agotar todos los cursos disponibles, hasta que se lo llevó(...).”</i></p>	
		<p><b>ENF 11</b> <b>D.8</b> <i>“(...) eso es principal, yo siempre digo que entré a estudiar Enfermería porque no tenía claro qué quería en la vida, (...) yo quería algo totalmente distinto a esto; y mi profesora de biología me dijo “es que siempre te hemos visto en esto”, digo “ya, lo voy a hacer”. (...), y [no me gustaba],(...) hasta que mi abuelo cayó enfermo y (...) vi la realidad de un hospital, ahí cambió mi</i></p>	<p><b>I.8</b> El conocimiento adquirido a través de una experiencia de vida personal, aflora el interés innato de ayuda al otro (vocación).</p>

		<p><i>pensamiento y me enamoré de la Enfermería(...)</i>”.</p>	
		<p><b>ENF 12</b></p> <p><b>D.26</b> “(...) <i>el querer hacer algo por alguien y poder hacerlo (...), porque si yo quiero que la persona mejore puedo hacer muchas cosas (...), eso es lo que a mí me gratifica; y que después pueda llegar a mi casa con la tranquilidad de que hice todo lo que tenía que hacer, todo lo que (...) estaba en mi manos(...)</i>”.</p> <p><b>D.27</b> “(...) <i>cuando a uno le dicen “gracias señorita”(...), a veces uno no mide realmente que tan agradecida se va la gente; entonces, yo lo veo del otro lado, yo he estado como paciente (...) realmente uno agradece mucho (...), yo me he ido como paciente sintiendo que le debo a la gente, que les necesito traer algo (...) porque no sé cómo demostrar mi gratitud; (...)</i></p>	<p><b>I.26, I.27</b> El acto de entregar cuidados genera un sentimiento de bienestar en el profesional enfermero, así mismo la vivencia propia de recibir cuidados fortalece este sentimiento.</p>

		<i>uno dice, “en realidad la gente agradece”(…),eso es gratificante(…)”.</i>	
<b>EXPERIENCIAS</b>	<p><b>Factores externos que influyen en la construcción del concepto Gestión del Cuidado:</b></p> <p>Esta categoría se refiere a todas las vivencias académicas y laborales, que le permiten a la/el enfermera/o adquirir aquellas habilidades necesarias para el desarrollo de su quehacer diario y que influyen en la construcción de su concepto de Gestión del Cuidado.</p>	<p><b>ENF 1</b></p> <p><b>D.8</b> “(...) uno empieza desde la universidad (...), sobre todo en internado (...), ahí recién se da cuenta realmente de qué es lo que hace el profesional de Enfermería (...), [luego] cuando te haces cargo tú de tus pacientes [sin] nadie al lado, [sin] una profe que te guíe(…)”.</p> <p><b>D.9</b> “(...) la experiencia que uno va teniendo (...), desde que está estudiando [hasta el conocimiento que se incorpora trabajando] (...)”.</p>	<p><b>I.8</b> En la aplicación de la teoría en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es Gestión del Cuidado.</p> <p><b>I.9</b> Para el profesional enfermero las habilidades para ejecutar la Gestión del Cuidado se adquieren por medio de las diferentes vivencias, ya sean académicas y/o laborales que influyen de manera significativa en el quehacer diario.</p>

		<p><b>ENF 2</b></p> <p><i>D.9 “(...) la organización del equipo (...) de Enfermería, porque acá en el servicio, cada quien sabe que procedimiento tiene que hacer, de qué es lo que está encargado, entonces es (...) una organización y que se da gracias a la Gestión que se hace del Cuidado(...)”.</i></p>	<p><b>I.9</b> Los roles del equipo de Enfermería se encuentran definidos, por lo que el profesional enfermero lidera la organización de estas funciones.</p>
		<p><b>ENF 3</b></p> <p><i>D.7 “(...) cuando hacemos gestiones, por ejemplo, y médicos nos indican tramitar documentos o cosas así, claramente el médico deja los papeles y uno se encarga de acelerar todos los procedimientos para que el paciente tenga sus controles más cercanos, que no esperen tanto, entonces(..), ahí uno gestiona, se preocupa, de coordinar(...), en este caso con recaudación o con otros servicios para que el paciente logre su terapia</i></p>	<p><b>I.7</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero en el ámbito administrativo con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>

		<i>más rápido(...)</i> ”.	
		<p><b>ENF 4</b></p> <p><i>D.11 “(...) siempre se van mejorando los procesos de cada actividad que se programa,(...) no es algo como que vaya cambiando, siempre ha sido lo mismo(...)</i>”.</p>	<p><b>I.11</b> Todas los procesos de cuidado realizados diariamente por el profesional enfermero, se mantienen constantes.</p>
		<p><b>ENF 5</b></p> <p><i>D.12 “(...) cuando uno estudiaba, era como un título de gestión (...), pero uno al verlo como ramo, es tan lejano, pero al empezar a trabajar desde el día uno, uno empieza (...), y es la (...) mayor experiencia, porque ahí uno ve todo(...)</i>”.</p>	<p><b>I.12</b> En la aplicación de la teoría en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es Gestión del Cuidado.</p>
		<p><b>ENF 7</b></p> <p><i>D.17 “(...) todos los días uno aprende cosas nuevas, lo más importante es aprender a planificarse y organizarse, cuando uno empieza a trabajar, lo que más te cuesta [es] organizarte con los tiempos y el tiempo te va dando la “expertiz” para</i></p>	<p><b>I.17</b> En la aplicación de la teoría en la práctica, el profesional enfermero, logra comprender el significado de lo que es Gestión del Cuidado.</p>

		<p><i>poder hacer una buena planificación, saber con el pensamiento crítico, en que me enfoco primero, que es más importante (...), para darle atención al que está más complejo y saber priorizar (...), me lo ha dado la experiencia aquí, en la clínica y en distintos lugares en los cuales he trabajado (...), las experiencias clínicas diarias te van dando tu propia construcción de Gestión del Cuidado(...)"</i></p>	
		<p><b>ENF 8</b> <b>D.10</b> <i>"(...) el hecho de trabajar acá, trabajas en base a la presión, todos te presionan (...); [eso] te ayuda a (...) [darte] cuenta (...) de que estás hecha como profesional, porque no cualquiera podría trabajar con alta presión, no todos tienen tolerancia a la frustración (...), te vas decepcionando de ciertas cosas, pero en base a lo que</i></p>	<p><b>I.10, I.11</b> La presión generada en el servicio le permite al profesional enfermero identificar sus fortalezas, debilidades y gustos en el quehacer, potenciando sus habilidades profesionales.</p>

		<p><i>es neto de la carrera misma, el mismo campo laboral te va dando la experiencia, te vas haciendo más asertiva, pero si [adquieres] una “expertiz”(…)”.</i></p> <p><b>D.11</b> “(...) es tanto la presión y la responsabilidad que de alguna u otra forma tu capacidad mental aumenta(...), eso lo da (...), la rutina diaria(...)”.</p>	
		<p><b>ENF 9</b></p> <p><b>D.17</b> “(...) todos [los pacientes] ingresan descompensados, con patologías de base, mucho paciente en situación calle, y en este contexto [te preguntas]: “¿qué hago?” (...), ahí uno tiene que comenzar a abrir redes: en primera instancia, hablar con el asistente social; creo que uno de los casos en los que yo fui más insistente con relación a la gestión, un paciente que me llegó con antecedentes de</p>	<p><b>I.17</b> Complemento del quehacer de Enfermería con otras disciplinas, lo que es considerado un beneficio.</p>

	<p><i>esquizofrenia, el paciente llegó policontuso: estaba, pero golpeado completamente, al punto que hizo una rabdomiólisis; tenía sus ojos de mapache, un paciente de mucha altura, grande, pero siempre muy educado y respetuoso. Él no llegó descompensado por su patología de base: llegó para ser tratada su rabdomiólisis; y una vez que se compensó, le dieron el alta; entonces yo le informé a el hogar en el que estaba, que era un hogar particular, y el cuidador o administrador no quería recibirlo; entonces yo le digo “pero, por qué no lo vas a recibir”, “no pero es que él requiere evaluación con psiquiatra”, “que ya lo evaluó psiquiatra y le dieron el alta”, “no, es que yo no lo voy a recibir si no tiene evaluación por psiquiatra por el doctor “tanto”, perfecto. Ahí yo me moví con el</i></p>	
--	---	--

		<p><i>médico tratante, con el becado, con el asistente social, pedí nuevamente, se evaluó tres veces al paciente y de su patología de base el paciente fue dado de alta; entonces tuve que comunicarme nuevamente; ya no estaba conforme con la respuesta que me daba el cuidador, porque cambió las versiones: ya no era por su patología descompensada, era porque no le habían pagado la mensualidad; entonces, ahí yo tuve que ponerme ya un poco más pesada y decirle “a ver, ¿cuál es la situación?: tú no quieres recibirlo por este motivo o por este otro?. porque este motivo ya está resuelto, y este otro, bueno, tú tienes que verlo directamente con la persona que está a cargo”. Finalmente, viendo la situación del paciente(...), con el médico</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>tratante creemos que él no había sido violentado en la calle, como se había mencionado inicialmente, sino que en el hogar, y a raíz de esto es que tampoco lo querían recibir; así que la asistente social tuvo que notificar esta situación para que se fuera a fiscalizar; y cuando el cuidador ya vino, muy molesto, a buscar el paciente que ya estaba de alta, abre el banano y dice “a mí el médico me recetó estos Haldol en el caso de que el paciente se agite”. Tenía una bolsa que tenía unos diez, veinte Haldol, y dije “estos medicamentos tú no puedes administrarlos sin indicación médica; si los tiene registrados sí, y espero que la colega que esté en tu hogar no los administre porque sí, porque el paciente está tranquilo”, hasta que se le llevó, pero se lo llevó con todas las, en fondo, con las</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>indicaciones de que el caso había sido expuesto ya para ser evaluado y para ser fiscalizado, pero... y ahí uno se queda (...) tranquila, porque yo le insistía al asistente social: “(...), no lo podemos dejar ir así, porque le va a poner los Haldol y lo va a planchar, y quizás de nuevo le puedan pegar”; entonces, ahí se hizo todo lo que estaba al alcance para agotar todos los cursos disponibles, hasta que se lo llevó(...)”.</i></p>	
		<p><b>ENF 10</b> <i>D.10 “(...) la vida laboral te va marcando; entonces, por ejemplo, yo, que vengo del otro servicio, me sirvió mucho(...), soy muy rigurosa o soy muy estructurada(...), me sirve mucho trabajar bajo estructuras; pero (...) algo que agradezco acá, es que hay un mejor clima laboral; no está bien cuando estas estructuras se trabajan bajo</i></p>	<p><b>I.10, I.11</b> Para el profesional enfermero las habilidades para ejecutar la Gestión del Cuidado se adquieren por medio de las diferentes vivencias laborales que influyen de manera significativa en el quehacer diario.</p>

		<p><i>un clima punitivo (...), donde paramédicos, por ejemplo, tienen miedo de acercarse a la jefatura (...), acá (...) un día me llamó por una [tontería] y yo (...) iba con miedo; y después vi que su actitud era completamente diferente a la que tenía mi otra supervisora(...).</i></p> <p><i>Uno tiene que lograr eso(...), tratar de llegar a ese equilibrio(...)."</i></p> <p><b>D.11</b> <i>"(...) el trabajo te va marcando: el hacer turnos te marca, el trabajar con colegas te marca(...), te vas dando cuenta que(...), vale mucho más la pena llevar un buen ambiente (...) laboral, porque esta es tu segunda familia, (...) a veces todo puede funcionar como reloj, pero si no trabajas a gustos o en un clima ameno, es (...) perjudicial para el equipo en general(...)."</i></p>	
<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL</b></p>	<p><b>Estereotipos de Enfermería:</b></p>	<p><b>ENF 5</b> <b>D.14</b> <i>"(...) considero que</i></p>	<p><b>I.14</b> El Referente</p>

	<p>Esta categoría se refiere a las imágenes, ideas o nociones que tiene la sociedad y que se encuentran interiorizadas por las/los enfermeras/os sobre sí mismas/os a las que le son atribuidos de forma generalizada conductas, cualidades, habilidades o rasgos distintivos respecto a su rol.</p>	<p><i>nuestra gestora de la Gestión del Cuidado (...), para mi es una persona admirable (...), ellas están preocupadas continuamente de todos los servicios (...), de ver en qué podemos estar fallando, cómo mejorarlo, o sea en ese sentido están haciendo bien su labor(...)</i>”.</p> <p><b>D.9</b> “(...) nosotros somos los últimos del escalafón y tenemos que hacerle caso a lo que nos dicen (...)”.</p>	<p>directivo refleja el empoderamiento e iniciativa de la/el enfermera/o en el desarrollo de las diversas actividades en torno al cuidado, generando sentimientos de admiración y seguridad por parte de sus pares.</p> <p><b>I.9</b> La/el enfermera/o clínica/o aún percibe la subordinación en la toma de decisiones bajo ciertos contextos del cuidado.</p>
		<p><b>ENF 12</b></p> <p><b>D.21</b> “(...) yo veo una generación nueva que anda toda chascona, con las mechassueltas (...); cualquiera creería que es cualquier persona y no es por un tema de clasismo o de discriminación (...)”</p> <p><b>D.22</b> “(...) no hay que olvidar que uno tiene que inspirar</p>	<p><b>I.21, I.22, I.23, I.24</b> Una imagen pulcra del profesional enfermero, un fuerte sentimiento de empatía y una postergación de sus preferencias de imagen personal favorece a la confianza que proyecta a la persona, familia y</p>

		<p><i>confianza para el otro, no para mí: si yo me siento confiada con lo que yo soy [lleva su mano al pecho], no tengo por qué andar demostrándole al mundo que yo soy confiada de mí, pero si yo estoy estudiando esta carrera tengo que pensar en el otro (...), quizás el otro no esté pensando igual que yo, pero yo sí tengo que pensar en el otro; por lo tanto, si yo considero o alguien me dice que mi imagen puede espantar a alguien o puede provocar desconfianza, yo me debo preocupar de eso(...).”</i></p> <p><b>D.23</b> “(...) porque ahí yo creo que para todos es lo mismo; es muy distinto [ver] entrar a una persona que viene ordenadita, (...) impecable, con el pelito tomado, las uñas limpias (...), bien ordenada, con uniforme acorde(...), a una persona que entra toda chascona,</p>	<p>comunidad atendida.</p>
--	--	---	----------------------------

		<p><i>con la uñas largas, llena de aro, de pulsera, (...), es la impresión, y (...) muchas veces yo veo que hay harto descuido (...)</i>”.</p> <p><b>D.24</b> “(...), pero nosotras las enfermeras, así como muchas otras profesiones, usamos el uniforme por algo, porque hay que andar con uniforme(...), nadie dice que después de la salida [no] puedan andar como quieran; pero es eso, es el [valor] que uno le da a la profesión(...)”.</p> <p><b>D.29</b> “(...)cuando me hablan de Gestión del Cuidado, lo primero que se me viene a la mente son las coordinadoras(...). Si hay un buen líder(...), todas las batallas se van a dar por ganadas, mientras nos mantengamos unidos(...)”.</p> <p><b>D.30</b> “(...) cuando me hablan de esto, se me viene a la mente esta subdirección(...); me da hasta cierto orgullo</p>	<p><b>I.29, I.30</b> El Referente directivo refleja el empoderamiento e iniciativa de la/el enfermera/o en el desarrollo de las diversas actividades en torno al cuidado, generando sentimientos de admiración y seguridad por parte de sus pares.</p>
--	--	---	--

		<i>[asiente con la cabeza y sonríe], (...)siento admiración, siento muchas cosas de ese tipo, (...) no es algo de ambición, sino más bien algo personal, (...) poder llegar a generar ese impacto(...)].</i>	
<b>CAMPO REPRESENTACIONAL</b>	<p><b>EI/la enfermero/a como gestor/a:</b></p> <p>Esta categoría se refiere a la representación que tiene la/el enfermera/o respecto a sus actividades en el ámbito administrativo y clínico, cuya finalidad es lograr una óptima atención, a través de la supervisión de estas actividades.</p>	<p><b>ENF 2</b></p> <p><i><b>D.10</b> “(...)es (...) todo. Para mí la Gestión del Cuidado es lo que uno hace diariamente, por ejemplo, nosotras como enfermeras (...) nos organizamos en que se hace en todo el turno(...), primero uno siempre hace los procedimientos(...) después uno va a ver indicaciones médicas y va a tramitar lo que son interconsultas, (...) entonces todo lo que uno va haciendo diariamente son Gestión del Cuidado, organizar el cuidado, de saber cómo nos vamos a organizar para cuidar a este paciente (...).”</i></p>	<p><b>I.10</b> Todas las actividades desarrolladas por el profesional enfermero diariamente en el ámbito clínico y administrativo, con el objetivo de lograr una atención eficiente.</p>
		<p><b>ENF 3</b></p>	

		<p><b>D.8</b> “(...) la mejoría del paciente(...)”.</p> <p><b>D.9</b> “(...)la organización(...)”.</p>	<p><b>I.8</b> Paciente con una recuperación óptima</p> <p><b>I.9</b> La Gestión del Cuidado se representa como la etapa de organización del proceso administrativo.</p>
		<p><b>ENF 7</b></p> <p><b>D.18</b> “(...) Gestión del Cuidado (...), la gestión propiamente tal, que esté todo regulado, [estandarizado, informado] para que se cumpla(...)”.</p>	<p><b>I.18</b> La Gestión del Cuidado se representa como protocolos estandarizados y difundidos.</p>
		<p><b>EU 11</b></p> <p><b>D.7</b> “(...) la supervisión refleja mucho la Gestión del Cuidado, eso es como lo principal(...)”.</p>	<p><b>I.7</b> La vigilancia o dirección en la realización de las acciones de cuidado refleja de forma vívida la Gestión del Cuidado.</p>
<p><b>CAMPO REPRESENTACIONAL</b></p>	<p><b>Imagen figurativa de la/el enfermera/o como cuidadora:</b></p> <p>Esta categoría se define como la imagen que proyecta la/el</p>	<p><b>ENF 1</b></p> <p><b>D.11</b> “(...) uno como enfermera, eso es lo que se [me] viene a la mente, el profesional de Enfermería, haciéndose cargo de su profesión y</p>	<p><b>I.11</b> La Gestión del Cuidado se refleja en un profesional enfermero.</p>

	<p>enfermera/o representada en una persona que realiza cuidados.</p>	<p><i>[representándolo] bien, porque yo creo que la población en general no tiene claro lo que hace Enfermería, (...) siempre te van a confundir desde el auxiliar hasta al médico, y nunca tienen claro bien quién es el enfermero, entonces, esa es la imagen que se me viene a mí: el profesional enfermera haciéndose cargo (...), de lo que su profesión hace (...), que es gestionar el cuidado de cada paciente, desde lo más mínimo (...), a lo más grande (...), y que se hagan las cosas como corresponde(...)].</i></p>	
		<p><b>ENF 4</b> <b>D.8</b> “(...) cuidados destinados a cada paciente (...).”</p>	<p><b>I.8</b> Todas las acciones de cuidados personalizado que se realizan en torno a la persona atendida.</p>
		<p><b>ENF 5</b> <b>D.13</b> “(...) la imagen que a mí se me viene a la mente con</p>	<p><b>I.13</b> La Gestión del Cuidado se refleja en:</p>

		<i>Gestión del Cuidado es una cama, un paciente, su unidad y yo, mirando, (...) de forma global(...)</i> ”.	Un paciente en su cama en su unidad observado por el profesional enfermero de manera global.
		<b>ENF 6</b> <i>D.9 “(...) es igual a Enfermería(...), me imagino una enfermera, un enfermero(...)</i> ”.	<b>I.9</b> La Gestión del Cuidado se refleja en el profesional enfermero.
		<b>ENF 8</b> <i>D.12 “(...) es nuestro sello (...), nos respalda y avala el hecho de ser enfermeras(...)</i> ”.	<b>I.12</b> Gestión del Cuidado simboliza al profesional enfermero.
		<b>ENF 9</b> <i>D.18 “(...) el ámbito hospitalario es como el más representativo en este contexto (...), acá las estadías tienden a ser prolongadas, por lo tanto, uno tiene un mejor manejo de lo que es la Gestión del Cuidado en sí(...)</i> ”.	<b>I.18</b> La Gestión del Cuidado se refleja de manera preponderante en la atención cerrada.
		<b>ENF 10</b> <i>D.13 “(...) me imagino a la enfermera(...), la enfermera viendo todo lo que tiene que</i>	<b>I.13</b> La Gestión del Cuidado se refleja en el profesional enfermero.

		<p><i>hacer (...), Gestión del Cuidado es Enfermería(...)</i>”.</p>	
		<p><b>ENF 11</b> <b>D.11</b> “Un enfermero (...)”.</p>	<p><b>I.11</b> La Gestión del Cuidado se refleja en un profesional enfermero.</p>
		<p><b>ENF 12</b> <b>D.21</b> “(...) yo veo una generación nueva que anda toda chascona, con las mechassueltas (...), cualquiera creería que es cualquier persona y no es por un tema de clasismo o de discriminación (...)”. <b>D.22</b> “(...) no hay que olvidar que uno tiene que inspirar confianza para el otro, no para mí: si yo me siento confiada con lo que yo soy [lleva su mano al pecho], no tengo por qué andar demostrándole al mundo que yo soy confiada de mí, pero si yo estoy estudiando esta carrera tengo que pensar en el otro(...), quizás el otro no esté pensando</p>	<p><b>I.21, I.22, I.23, I.24</b> Una imagen pulcra del profesional enfermero, un fuerte sentimiento de empatía y una postergación de sus preferencias de imagen personal favorece a la confianza que proyecta a la persona, familia y comunidad atendida.</p>

		<p><i>igual que yo, pero yo sí tengo que pensar en el otro; por lo tanto, si yo considero o alguien me dice que mi imagen puede espantar a alguien o puede provocar desconfianza, yo me debo preocupar de eso(...)"</i></p> <p><b>D.23</b> <i>"(...) porque ahí yo creo que para todos es lo mismo; es muy distinto [ver] entrar a una persona que viene ordenadita, (...) impecable, con el pelito tomado, las uñas limpias (...), bien ordenada, con uniforme acorde(...), a una persona que entra toda chascona, con la uñas largas, llena de aro, de pulsera, (...), es la impresión, y (...) muchas veces yo veo que hay harto descuido (...)"</i></p> <p><b>D.24</b> <i>"(...) pero nosotras las enfermeras, así como muchas otras profesiones, usamos el uniforme por algo, porque hay que andar con uniforme (...), nadie dice que</i></p>	
--	--	--	--

		<p><i>después de la salida [no] puedan andar como quieran; pero es eso, es el [valor] que uno le da a la profesión(...)</i>”.</p> <p><b>D.15</b> “(...) cuando uno habla de la Gestión del Cuidado en hospital: una enfermera en el hospital, ¿qué es lo primero que uno ve o asocia? Que la persona le da las curaciones y le da los remedios, es todo lo que la persona ve, la comunidad ve (...)”</p>	<p><b>I.15</b> La actividades que realizan el profesional enfermero se asocian principalmente a labores técnicas.</p>
--	--	--	---