



**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO: UNA MIRADA DESDE  
LA ETICA DEL CUIDAR, EL RELATO DE ENFERMERAS**

---

TESIS PARA LA OBTENCION DEL GRADO MAGISTER EN ENFERMERIA.  
MENCION GERONTOGERIATRIA.

AUTOR: PAULINA GUNDELACH GONZALEZ  
PROFESORA GUIA: ISABEL SIEFER NAVAS

**PROGRAMA MAGISTER EN ENFERMERIA  
MENCION GERONTOGERIATRIA**

VALPARAISO - CHILE  
ABRIL 2016



**Universidad de Valparaíso**  
Dirección de Postgrado  
Escuela de Enfermería  
Facultad de Medicina



# **ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO: UNA MIRADA DESDE LA ETICA DEL CUIDAR, EL RELATO DE ENFERMERAS**

Tesis presentada a la Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería.  
En cumplimiento parcial de los requisitos para optar el Grado de Magíster en Enfermería  
mención Gerontogeriatría.

Por

**E.U. PAULINA GUNDELACH GONZALEZ**

**VALPARAISO, CHILE  
ABRIL 2016**

## **INFORME DE APROBACION**

Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

### **INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER**

La comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato.

**PAULINA GUNDELACH GONZALEZ**

Ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día..... del.....de 2016, como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con mención en Gestión y para que así conste para todos los efectos firman:

Profesor Patrocinante

Profesor \_\_\_\_\_

Comisión Evaluadora

Profesor \_\_\_\_\_

Profesor \_\_\_\_\_

## AGRADECIMIENTOS

A mi familia, gracias por su apoyo y compromiso con mis proyectos.

A mi profesora guía Isabel Siefer gracias por la dedicación, la paciencia y la orientación, es debido a ella que este proyecto ve la luz.

A las profesoras Liliana Basso y Josephine Bratz que sembraron en mí la semilla de la ética y han contribuido a mi formación y desarrollo en el tema.

Mis sinceros agradecimientos a las participantes de esta investigación que estuvieron dispuestas a contar sus vivencias, a otorgar un tiempo para reflexionar respecto al cuidado y colaborar en hacer crecer la disciplina de enfermería.

## **RESUMEN**

El envejecimiento de la población chilena ha determinado un aumento de adultos mayores hospitalizados, muchos vulnerables, con requerimientos de cuidado centrado en sus características. El cuidado desde la mirada disciplinar se sustenta en principios y valores morales, necesarios para cuidar con excelencia. En este escenario nace la teoría de la ética del cuidar desarrollada por Torralba, quién se basó en teoristas de enfermería: Roach, Bryczynzka, Leininger y Watson. Bajo este marco, el objetivo del presente estudio fue la experiencia de cuidado en adultos mayores hospitalizados, desde la mirada de la ética del cuidar, relatada por enfermeras, en un servicio de medicina. Estudio cualitativo descriptivo, se realizó análisis de contenido de seis entrevistas semiestructuradas, utilizando categorías apriorísticas desprendidas de las virtudes descritas por Torralba: compasión, competencia, confianza/confianza y conciencia.

Resultados: Las enfermeras reconocen la vulnerabilidad y complejidad del cuidado en el adulto mayor y la necesidad de capacitación en el tema. La relación interpersonal, la confianza, la escucha activa emergen como necesarios para un cuidado de calidad, pero se dificulta el encuentro ante la obligación de realizar actividades de gestión, generando sentimientos de frustración. Conclusión: En los relatos se evidencian las virtudes descritas por Torralba, sin embargo, las enfermeras se ven enfrentadas entre el hacer y por otro con el ser, que tiene que ver con el cuidado de excelencia, pero invisible a los ojos del sistema institucional imperante y en ocasiones también a los ojos de ellas mismas.

Palabras claves según Bireme: Ética en Enfermería, Hospitalización, Ancianos

## **SUMMARY**

The aging of the Chilean population has determined an increase of hospitalized older adults, many vulnerable, with their characteristics-centered care requirements. Care from the point of view discipline is based on principles and moral values necessary for caring with excellence. In this scenario was born the theory of the ethics of caring developed by Torralba, who is based on nursing theorists: Roach, Bryczynzka, Leininger and Watson. Under this framework, the objective of the present study was the experience of care in older hospitalized adults, from the look of the ethics of caring, told by nurses, medical service. Descriptive qualitative study, six

semistructured interviews were performed, content analysis was made using categories detached from the virtues described by Torralba: compassion, competence, confidence/trust and awareness.

Results: Nurses recognize the vulnerability and complexity of the care for the elderly and the need for training on the subject. The interpersonal relationship, trust, active listening will emerge as necessary for quality care, but is difficult to encounter before the obligation to carry out management activities, generating feelings of frustration. Conclusion: In the stories demonstrate the virtues described by Torralba, however, nurses are facing each other between doing and being, that it has to do with the care of excellence, but invisible in the eyes of the prevailing institutional system and sometimes also in the eyes of themselves.

Key Words: ethics, nursing, aged, hospitalization

## **INDICE**

	Páginas
<b>CAPITULO 1 INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Introducción	2
1.2. Ejes Generadores	3
1.3. Pregunta Investigativa	5
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
<b>CAPITULO 2 MARCO REFERENCIAL</b>	<b>6</b>
2.1. Marco referencial	7
2.2. Marco contextual	10
2.2.1 Marco ético de la profesión de enfermería	10
2.2.2 Marco legal de la profesión de enfermería	12
2.3. Contexto del cuidado:	13
2.3.1. Realidad del Adulto Mayor en Chile	13
2.3.2. Cuidado del Adulto Mayor hospitalizado	16
2.3.3. Vulnerabilidad del adulto mayor	17
2.4. Marco Conceptual	18
2.4.1. Teoría: Ética del cuidar	18
2.4.2. Referentes Teóricos	26
2.4.3 Constructos éticos del cuidar	28
<b>CAPITULO 3 MARCO EPISTEMOLÓGICO</b>	<b>32</b>
3.1. Caracterización del estudio	33
3.2. Relación sujeto-objeto de estudio	34
3.3. Rol del investigador	35
<b>CAPITULO 4 MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>37</b>
4.1. Diseño Metodológico	38
4.1.1. Tipo de estudio	38
4.1.2. Unidad de análisis y muestreo	38
4.1.3. Consideraciones éticas	39
4.1.4. Plan de trabajo	40
4.1.5. Técnica de recolección de información	40
4.1.5.1. Descripción del instrumento	41
4.1.5.2. Plan de procesamiento de datos	44
4.1.5.3. Modelo de análisis	44
4.1.5.4. Codificación de unidades de registro	45

4.2 Trabajo de campo	46
<b>CAPITULO 5 RESULTADOS</b>	<b>47</b>
5.1. Caracterización de los informantes	48
5.1.1. Matriz de codificación de la información	48
<b>CAPITULO 6 MARCO INTERPRETATIVO</b>	<b>58</b>
6.1. Análisis e interpretación de hallazgos	59
6.1.1. Categoría 1: Compasión.	59
6.1.1.1 Subcategoría 1: reconocimiento del sufrimiento físico.	59
6.1.1.2. Subcategoría 2: reconocimiento del sufrimiento emocional	61
6.1.1.3 Subcategoría 3: entre la autonomía y la sobreprotección.	64
6.1.2. Categoría 2: Confidencia/confianza	68
6.1.2.1. Subcategoría 4: Escuchando al AM	669
6.1.2.2. Subcategoría 5: Contacto Físico	71
6.1.2.3. Subcategoría 6: Identificándose con el AM	71
6.1.3. Categoría 3: Conciencia	72
6.1.3.1. Subcategoría 7: Tiempo para cuidar	73
6.1.3.2. Subcategoría 8: Recursos para cuidar	75
6.1.3.3. Subcategoría 9: La tensión del cuidar	76
6.1.4. Categoría 4: Competencia	78
<b>CAPITULO 7 DISCUSION Y CONCLUSIÓN</b>	<b>82</b>
7.1. Discusión	83
7.2. Conclusión	86
7.3. Sugerencias	88
<b>REFERENCIAS</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>95</b>
Matriz de análisis	96
Consentimiento informado	117
Acta consentimiento informado	119
Acta evaluación comité ética	120
Instrumento	122



## **FIGURAS**

Figura nº1: Ejes Generadores	4
Figura nº2: Elementos del cuidado (Torralba)	24
Figura nº3: Línea de Tiempo de referentes teóricos	26
Figura nº4: Constructo teórico análisis de categorías	81

***CAPITULO 1***  
***INTRODUCCION***

# CAPITULO 1: INTRODUCCION

## 1.1 Introducción

El cuidado es la esencia o la sustancia ontológica de la Enfermería, es decir el ser y el deber ser de la profesión, otorgándole un sello identitario. Siendo el cuidado lo esencial y fundamental de la responsabilidad del ser enfermera, considerándose como un fin no un medio y como un ideal moral, humano y ético. Al entender el ser de la profesión permite a la disciplina de enfermería, identificarse claramente con una estructura valórica basada principalmente en las virtudes requeridas para cuidar.

El cuidar como cualquier actividad humana se desarrolla siempre inserto en una cultura y contexto, por lo que el discurso ético no puede ser universal y absoluto, pero tampoco puede ser relativo ya que responde a necesidades básicas e ineludibles del ser humano.

Las enfermeras hemos aprendido lo que es cuidar, ya que es inherente a nuestra profesión, pero cuando le agregamos al cuidar el concepto de la ética, se incorporan otros elementos que han sido socializados desde nuestra infancia. A lo largo de nuestras vidas hemos ido captando los valores y normas de la sociedad, descubriendo y aprendiendo los comportamientos de los demás y a la vez, identificándonos como miembros de la sociedad. Podríamos decir que lo ético es un proceso de interiorización, que si bien por un lado es positivo e incluso imprescindible para una buena convivencia, por otro lado, tiene el inconveniente de inculcarnos valores sin que de ellos nos hallamos planteado, si son o no correctos. Por ejemplo, si hemos incorporado constructos negativos relacionados con la vejez, puede ser que nuestras conductas frente a los adultos mayores, afecten el cuidado que debemos brindar. Si bien, el cuidar a otro no debe ser interferido por los prejuicios.

Las enfermeras que participan en el cuidado de adultos mayores, deben otorgar cuidados singulares, donde el respeto, la autonomía e individualidad, estén presentes y de esta manera otorgar cuidados humanizados, que permitan, prevenir los riesgos y el deterioro de la funcionalidad, y lograr que la hospitalización sea una experiencia positiva, tanto para el adulto mayor como para su familia.

El cuidado es fundamental ante la vulnerabilidad del ser humano, es en la vejez y la enfermedad donde ésta se hace aún más evidente, por esta razón la ética del cuidar adquiere importancia al momento de otorgar cuidados a personas que viven momentos de fragilidad y vulnerabilidad. La vulnerabilidad constitutiva del ser humano está relacionada con la responsabilidad del cuidado del otro frágil, esta vulnerabilidad aumenta con el envejecimiento debido a los cambios físicos, emocionales y sociales propios de esta etapa pero exacerbada por la aparición de enfermedades crónicas, agudas, sentimientos de soledad e inutilidad social, disminución de la percepción de autoeficacia y cercanía a la muerte. Estas condiciones hacen del adulto mayor hospitalizado un sujeto vulnerable y por lo tanto necesitado de un cuidado centrado en sus características y necesidades.

Podemos encontrar en la literatura nacional e internacional estudios relacionados al tema en teoristas de enfermería como J. Watson, M. Leininger y estudiosas como S. Roach, todas ellas consideran el cuidado como lo esencial y fundamental de la responsabilidad del ser enfermera, como un fin y no un medio y como un ideal moral, humano y ético. Esto ha permitido a la disciplina de enfermería identificarse claramente con una estructura valórica basada principalmente en las virtudes a desarrollar para cuidar con excelencia.

A partir de las teoristas de enfermería antes mencionadas Francesc Torralba (n 1967), filósofo español, sistematiza y desarrolla la teoría de la ética del cuidar, la que servirá como referente teórico principal. En ella los valores necesarios para cuidar están claramente explicitados, permitiendo una clara estructura de las cinco virtudes que llevan al cuidado excelente. El análisis del cuidado otorgado por las enfermeras a los adultos mayores se realizara a partir de las cinco virtudes declaradas en esta teoría: compasión, confidencialidad, confianza, competencia y conciencia.

Para acercarnos a la comprensión de la ética del cuidar en el adulto mayor hospitalizado, el presente estudio pone su atención en los relatos de enfermeras responsables de dicho cuidado.

## **1.2. Ejes generadores**

Los ejes generadores del estudio guardan relación con el cambio del perfil de usuario en los servicios de hospitalización, particularmente en los de medicina. Hoy en día la mayoría de los

pacientes son AMs, pudiendo encontrarse un grupo importante de mayores de 80 años, muchos de ellos vulnerables y con grados variables de dependencia.

Por otro lado, la Reforma de Salud en Chile ha significado cambios importantes en la atención que se debe entregar, propiciando un modelo de atención integral, respaldada por corrientes que han surgido con fuerza, a saber: cuidado humanizado, cuidado transcultural y cuidado ético. Este último, ha cobrado fuerza desde que F. Torralba desarrollara la teoría de la ética del cuidar.

Sin embargo, los cambios paradigmáticos respecto al cuidado que se debe dar, no siempre van en la misma sintonía con las instituciones hospitalarias y la sociedad en general.

Los profesionales de enfermería muchas veces se ven enfrentados a dilemas éticos que tienen que ver con el hacer, es decir cumplir con las tareas asignadas, las que suelen consumir su tiempo y por otro con el ser de la enfermera que tiene que ver con el cuidado invisible para los ojos del sistema institucional imperante.

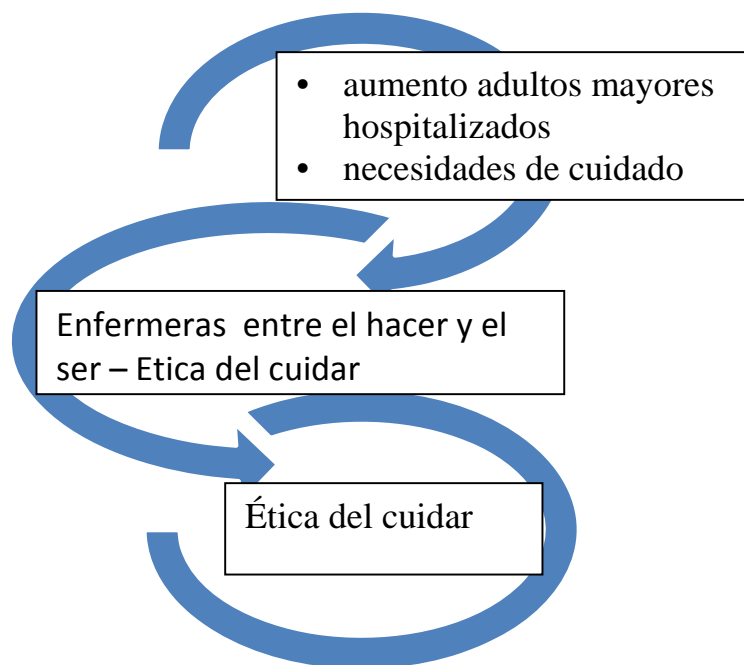


Figura 1: Ejes generadores del estudio

Autora: Paulina Gundelach G.

### **1.3 Pregunta Investigativa**

¿Cómo es la experiencia de cuidado en adultos mayores hospitalizados, desde la mirada de la ética del cuidar, relatada por enfermeras?

**Delimitación del problema:** Experiencia de cuidado en adultos mayores hospitalizados, desde la mirada de la ética del cuidar, relatada por enfermeras del servicio de medicina de un hospital de la V región, durante el mes de Enero del 2014

### **1.4 Objetivos del estudio:**

#### **1.4.1 Objetivo General:**

Analizar la experiencia de cuidado en adultos mayores hospitalizados, desde la mirada de la ética del cuidar, relatada por enfermeras, en un servicio de medicina de un hospital de la V Región.

#### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- 1) Describir como se manifiesta la compasión en el cuidado diario del adulto mayor hospitalizado desde el relato de las enfermeras.
- 2) Describir como se manifiesta la competencia en el cuidado diario del adulto mayor hospitalizado, desde el relato de las enfermeras
- 3) Describir como se manifiesta la confidencialidad en el cuidado diario del adulto mayor hospitalizado, desde el relato de las enfermeras
- 4) Describir como se manifiesta la confianza en el cuidado diario del adulto mayor hospitalizado, desde el relato de las enfermeras
- 5) Describir como se manifiesta la conciencia en el cuidado diario del adulto mayor hospitalizado, desde el relato de las enfermeras

***CAPITULO 2***  
***MARCO REFERENCIAL***

## CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL

### 2.1 Antecedentes

El cuidado se define como un concepto propio del ser humano, cuyo objetivo es preservar la vida, evitando la enfermedad y muerte. Desde el inicio de la historia, el cuidado fue fundamental para permitir la sobrevivencia del hombre (1). Este cuidado nace como algo instintivo, intrínseco, natural inicialmente ligado al rol femenino y materno, incluso a la divinidad. Es en el Siglo XIX, con Florence Nightingale, que este cuidado natural adquiere otro perfil al sentar las bases de la profesión, desde ahí el cuidado profesional comienza a desarrollar características propias.

Como el cuidar es un concepto propio del ser humano los filósofos son los primeros en reflexionar respecto a él como acto humano. Es Martin Heidegger quien determina al cuidado como un fenómeno, cuyo significado está influido por el contexto social, político, ideológico y científico, por lo tanto, se compone de un conjunto de características dinámicas percibidas a través de los sentidos. Desde esta perspectiva, es a través de las manifestaciones del cuidado que es factible estudiarlo (2), en esta misma línea de pensamiento, el filósofo Francesc Torralba refiere que el tacto, el buen humor y la escucha activa son los rasgos que caracterizan, desde un punto de vista externo, el ejercicio de cuidar (3).

Para la profesión de enfermería, el cuidado desde la fenomenología heideggeriana, permite identificar y comprender los fenómenos relacionados, en un contexto donde es necesario considerar las creencias, experiencias subjetivas, significación de la vida-salud-enfermedad-muerte e ideologías del otro (2).

Por otro lado, para Milton Mayeroff el cuidado se caracteriza como el origen de la vida, por lo tanto esencialmente digno y cuyo fin es la búsqueda del bienestar, del respeto donde el ideal es ayudar a crecer al otro. En esta visión, el cuidado refleja un sentido estoico, de inspiración, esfuerzo y solicitud, cargado de sentido moral y valórico (4). En este contexto valórico, plantea la compasión, empatía, y afecto como los valores que se encuentran implícitos en el cuidado, además otorga importancia al principio de autonomía, manifestada principalmente en el respeto por los valores e ideales del otro. Mayeroff determina el alcance moral del cuidado a través de la ética de la responsabilidad donde los valores de cuidado se articulan con las respuestas



humanas. En esta visión del cuidado la interrelación y el dialogo son fundamentales para permitir el crecimiento del otro en su propio contexto.

Tradicionalmente la ciencia de enfermería se sustentó en ciencias biomédicas y sociales, es a partir de mediados del Siglo XX que las teoristas de enfermería desarrollan modelos propios, construyendo un cuerpo de conocimientos único. Este avance disciplinar junto con las bases filosóficas han determinado la creación del concepto de cuidar desde una mirada profesional.

Es así como Jean Watson, en su teoría, releva al cuidado como la esencia de enfermería, un fenómeno social y universal que solo resulta efectivo si se basa en la relación interpersonal y el dialogo (4) plantea que el cuidado profesional debe promover el humanismo, la salud y la calidad de vida, considerando el contexto de cada persona. Define cuidar como un compromiso, un ideal moral cuyo objetivo es la protección de todas las dimensiones humanas como la dignidad, la autonomía, los sentimientos y emociones del que se cuida, de esta forma es la condición humana el eje fundamental del cuidado profesional (4)

Madeleine Leininger también realizó un importante trabajo en la construcción del cuidar profesional, basada principalmente en la importancia del contexto y del dialogo para permitir la comprensión de la cultura del otro. Se centra en el otro, en sus creencias, sentimientos, experiencias y no en las convicciones y prácticas del profesional de enfermería (5).

El análisis del cuidado como actividad humana y como actividad profesional, sustentado en principios y valores morales tales como el respeto por la dignidad, la autonomía, la compasión, empatía y otros, permiten construir el cuerpo valórico necesario para cuidar con excelencia. Es en este camino de reflexión que nace la ética del cuidar.

La primera vez que se acuña el concepto de ética del cuidado es en el trabajo de Carol Gilligan (sicóloga norteamericana) en 1982, respecto al desarrollo moral femenino. En su teoría el cuidar promueve el crecimiento, la salud, el bienestar basado en la dignidad, en el respeto, la preservación y el crecimiento de las potencialidades del otro en un contexto determinado, caracterizado por la vulnerabilidad (4). En esta misma línea de trabajo Nel Nodding (filósofa y educadora norteamericana), considera la ética del cuidado como una teoría de virtud, donde son los valores morales los que guían la acción de cuidar. Destaca la importancia de la actitud de cuidado y de la relación como elemento central de éste, la cual se inicia en la vulnerabilidad

y la necesidad de ser cuidado, en consecuencia el sentimiento de deber hacia el otro, donde se involucra la preocupación, el compromiso y la responsabilidad como valores sustentadores del cuidado (6).

El análisis filosófico del cuidado desde la perspectiva de acto humano, el desarrollo de la ética del cuidado como teoría moral y el avance disciplinar de enfermería, donde se determina el cuidado como la razón de ser de la profesión, hacen posible la consolidación de la ética del cuidar como fundamento ético de ésta.

En este camino las teoristas de enfermería han explicitado las virtudes y valores que deben estar presentes en el acto de cuidar a otro ser humano. Roach y Bryczynska declaran las 5 virtudes ineludibles para el cuidar. Es Francesc Torralba, filósofo español, quien reúne los aspectos filosóficos y disciplinares de enfermería y desarrolla la teoría de la ética del cuidar en el año 2002. Esta teoría fundamenta el cuidado en el deber de cuidar en la vulnerabilidad, basada en parámetros morales y considerando las múltiples dimensiones del ser humano. Esta teoría se centra en la dignidad intrínseca del hombre, promueve la prudencia y el autoconocimiento del cuidador y basa el cuidado en la relación con el otro.

La fundamentación filosófica y disciplinar del cuidar, junto al desarrollo de la ética del cuidar, determinan a la enfermería como una práctica moral donde necesariamente se abordan actitudes y comportamientos morales, partiendo de la solidaridad y la preocupación por el bien del ser humano como aspectos fundamentales del cuidado. De esta forma el cuidado requiere patrones éticos y por lo tanto se exige responsabilidad. La reflexión respecto al cuidado profesional debe integrar aspectos que sustentan las virtudes de la ética del cuidar: sensibilidad por el ser humano, habilidades técnicas, comunicacionales y de promoción de las capacidades del otro y los conocimientos necesarios. (7)

## 2.2. Marco Contextual.

### 2.2.1 Marco Ético de la profesión de enfermería:

La enfermería, es una disciplina centrada en el cuidado de los otros, y por lo tanto desde sus inicios se le ha concedido una gran relevancia a las exigencias éticas vinculadas a su quehacer. Florence Nightingale (8), releva el cuidado más allá de lo instintivo y doméstico, entendía que la enfermera debía mantener una actitud adecuada, lo que se refleja en el juramento de Florence Nightingale, utilizado hasta el día de hoy: (9)

*“Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente. Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomaré ni suministraré cualquier substancia o producto que sea perjudicial para la salud. Haré todo lo que esté a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes. Seré una fiel asistente de los médicos y dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado.”*

Es en “Notas de Enfermería” donde expresa que el conocimiento de enfermería es propio, distinto al del médico, definiéndola como un arte que requiere las mejores cualidades morales, por sobre todo vocación, compromiso con el trabajo, destacando los valores de la confidencialidad, veracidad, no hacer daño, y abogando por considerar las opiniones de los pacientes en la toma de decisiones que les conciernan. (8)

Con el desarrollo disciplinar que se ha evidenciado desde Nightingale hasta nuestros días, se ha construido la ética de enfermería; considerando la ética de la virtud y la ética de los principios, la primera se refiere a las actitudes y valores que debe tener una enfermera y la segunda respecto a los deberes y principios que deben respetarse para ser una buena enfermera. De esta forma cuidado necesariamente se basa en valores, principios y deberes éticos que son exigibles al profesional de enfermería.

Desde el inicio de la enfermería profesional existe una relación intrínseca entre cuidado y ética, que se ha ido profundizando y relevando con el desarrollo de la disciplina, para concretarse en códigos deontológicos que guían el actuar profesional y que deben plasmarse en el cuidado directo hacia las personas. Los códigos de ética son un conjunto de principios, aceptados por

todos los miembros de una profesión y por lo tanto establece las expectativas comunes y los estándares de conducta para la profesión.

Es en este desarrollo disciplinar que se crea el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en 1899, con el objetivo de representar a la enfermería y hacer avanzar la profesión. Este organismo en el año 1953 crea el *Código Deontológico* del CIE (o código de ética) para la profesión de enfermería: en su última revisión, en el año 2012, establece una guía para la acción de cuidar basada en los valores y necesidades sociales, en él se establece que el respeto de los derechos humanos, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto, son inherentes a la profesión de enfermería. También declara los cuatro deberes fundamentales de la enfermería como profesión: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. (10)

En Chile se creó el Colegio de Enfermeras en el año 1953 quién asume las directrices emanadas del CIE. Sin embargo en el año 1991, elabora el Código de ética del colegio de enfermeras de Chile, relacionándolo con lo ya establecido por el CIE. Este código revisado por última vez en el año 2008, pretende establecer las actitudes y valores en el cuidado de las personas y el ejercicio de la profesión. Valores como la responsabilidad, respeto por el otro, respeto por sus valores y sus creencias, prudencia, confidencia y confianza y declara los deberes necesarios para cuidar como la competencia, velar por la seguridad de los otros, no hacer daño, satisfacer las necesidades del otro y cuidar en la vulnerabilidad, promover el trabajo en equipo y mantener una conducta adecuada que eleve la profesión. (11)

Junto con la anterior, en nuestro país el desarrollo disciplinar lleva en 1998 a plasmar en la ley las responsabilidades del profesional de enfermería y aparece la gestión del cuidado como el elemento central del quehacer enfermero. (12)

Por estas razones este estudio pretende indagar en cómo se evidencian los principios y valores éticos en el cuidado del AM, desde la perspectiva del profesional de enfermería.

### **2.2.2 Marco legal de la profesión.**

El marco legal de la profesión está inserto dentro de la gestión del cuidado, definida en el artículo 113 del código sanitario y en la norma 19. De esta forma la gestión del cuidado aparece declarada en la ley de Chile en el año 1998, otorgando a la enfermera la responsabilidad de satisfacer la necesidad de cuidados de salud de las personas. A partir del año 2004 aparece la figura de la subdirección de enfermería, esto significa que el cuidado constituye un acto propio y exclusivo de enfermería, la aportación específica que hace la enfermería a la atención de salud. (12)

¿Pero qué dimensiones abarca la gestión del cuidado? Se entiende de acuerdo a la ley que la gestión del cuidado se refiere a la aplicación del juicio profesional, abarcando la planificación, organización y control de cuidados oportunos, seguros e integrales con el fin de cuidar al otro, garantizar sus derechos y asignar recursos con eficacia y eficiencia. (12)

Es imposible pensar en el cuidado sin asignar principios y valores inherentes a la profesión, considerando el valor por la vida, la salud, respeto a la dignidad de la persona, protección de integridad física y síquica. Todo lo anterior con el objetivo de otorgar el mejor cuidado de enfermería posible para una persona, esto requiere reflexionar e integrar creencias y valores del otro, aplicar conocimientos, juicio clínico, la intuición y la evaluación de la calidad. La forma de otorgar el cuidado es a través del trabajo en equipo, por lo tanto requiere liderazgo que lleve al personal de salud a otorgar la mayor y mejor satisfacción de las necesidades de cuidado.

Con lo anteriormente expuesto tanto el marco legal como el marco ético que regulan la profesión otorgan importancia a los valores que sostienen el cuidado y a las actitudes necesarias para el cuidado de otra persona. De esta forma el cuidado de calidad debe necesariamente reflejar el valor moral intrínseco del cuidar.

En este marco legal también aparece la ley de Derechos y Deberes de las personas en salud, que si bien no regulan exclusivamente el ámbito de la enfermería sino que de todo el equipo de salud, esta ley establece los derechos de las personas principalmente orientados al respeto de la dignidad, de la autonomía, y a la información.

La Ley de Derechos y Deberes de las personas en salud, promulgada en el año 2012, en ella se promueve principalmente el respeto por el otro. En sus párrafos declara la importancia de velar por la seguridad de las personas, si enlazamos con el código de ética la enfermera tiene el deber de no hacer daño al otro, esto involucra competencias teóricas que le permitan satisfacer las necesidades de salud del otro, que le permitan conocer las medidas de seguridad ante determinadas situaciones, también valores como la prudencia y la conciencia de las acciones, cumplimientos de normas y procedimientos para evitar efectos adversos, incrementar el conocimiento profesional en este tema a través de la actualización e investigación.

También se le da importancia al trato digno, donde se debe respetar las necesidades, valores y creencias del otro, comenzando con el derecho a ser tratado por el nombre, la obligación de uso de identificación por parte del personal de salud. Incluye el trato amable y cortés, el respeto por la intimidad y el honor de las personas. Se incorpora el derecho a la compañía de la familia y la asistencia espiritual sobretodo en la persona con mayor vulnerabilidad, incluso el acompañamiento nocturno de niños y adultos mayores. Es en estos puntos donde lo declarado en el código de ética respecto a las actitudes y valores que debe poseer la enfermera se hace relevante.

## **2.3 Contexto de cuidado:**

### **2.3.1 La realidad de los AMs en Chile:**

La evolución de la población chilena se ha caracterizado por el envejecimiento, expresándose en una disminución de la población joven y un aumento de la proporción de adultos sobre 60 años, se observa un aumento de los adultos por sobre los 79 años, que presentan mayor riesgo de dependencia y una mayor incidencia de problemas de salud, se vive un fenómeno de feminización del envejecimiento dado por la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres.

Actualmente hay una persona mayor de 60 años por cada 10 habitantes y en veinte años más se proyectan uno de cada cinco y se estima que para el 2030 la cantidad de adultos por sobre los 80 años será igual a la de los niños menores de cinco años (13). Este envejecimiento poblacional significa un éxito para el desarrollo de los países, pero a su vez es un desafío en aspectos de salud, sociales, familiares. (13)

Los adultos mayores presentan un mayor número de enfermedades crónicas, que requieren mayor preocupación y cuidado para no producir fallas funcionales que generen dependencia de otros, además las patologías agudas también aumentan el riesgo de limitación funcional, que los hace dependientes de otros, afecta su autoestima y estado anímico. En la última Encuesta de Calidad de Vida de la Vejez (13) el 5% de los adultos mayores presentaba alguna limitación funcional en las actividades básicas de la vida diaria lo que significa que requiere el cuidado de otro, el 34% refiere tener síntomas depresivos como sentirse inútil, tristeza o ansiedad. Ante este nuevo escenario los adultos mayores son aquellos que ocuparan en su mayoría las camas de los hospitales, pero actualmente no existen servicios especializados de geriatría, la capacitación tanto en el pregrado como en el postgrado tampoco es suficiente, lo que actualmente, de acuerdo al Dr Pedro Paulo Marin (13) es el mayor desafío que presenta el envejecimiento poblacional.

El envejecimiento poblacional es un éxito de la sociedad, debido a los mejores índices de salud, baja de la mortalidad y morbilidad, pero a su vez genera desafíos para la atención sanitaria, por lo que se deben tener en cuenta las necesidades de este grupo al momento de planificar y gestionar las políticas y programas de salud, desde la perspectiva de salud podríamos considerar que dentro de las necesidades que más destacan son: prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas asociadas a la edad; formulación de políticas sostenibles en materia de atención a largo plazo, atención paliativa y desarrollo de servicios y entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores (14). Es importante destacar que el desafío abarca más allá de la salud, ya que las necesidades son multisectoriales económicas, sociales, culturales, políticas, de vivienda, urbanismo y transporte, así como están influidas por variables de género y nivel socioeconómico, entre otras. (14)

Desde otra perspectiva y considerando este escenario cabe preguntarse si las familias serán capaces de asumir el cuidado de los miembros envejecidos, en un contexto donde la familia es en su mayoría nuclear, donde la mujer ha ingresado al campo laboral, y se encuentra entonces que son los adultos mayores los que cuidan a otros adultos mayores

Ante esta realidad el Estado de Chile comienza a trabajar ya en la década de los 90 adoptando progresivamente las prácticas y recomendaciones internacionales, transitando desde un enfoque asistencialista hacia un enfoque de derechos y protección social (15). Se crea la Comisión Nacional para el adulto Mayor en 1995 que luego el año 2002 pasa a ser el Servicio

Nacional del Adulto Mayor, estas entidades tuvieron la misión de generar las políticas públicas hacia las personas mayores, la creación de este Servicio permite una mayor visibilidad del envejecimiento y la vejez tanto en el ámbito público como privado, así como la creación de programas específicos dirigidos a este grupo etario. Actualmente se encuentra vigente la Política Integral de Envejecimiento Positivo, que constituye un avance hacia los desafíos del envejecimiento, que permite proteger la salud funcional de las personas mientras van envejeciendo, frena el avance de los niveles de dependencia, fomenta el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación de las personas mayores, intenta terminar con la exclusión y el maltrato y fomenta la integración social, económica y cultural desde una perspectiva de sujetos de derechos, a través de sus tres grandes objetivos: proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. (15)

Chile se ha hecho partícipe de los acuerdos internacionales propiciando un cambio en el concepto de vejez, considerándola como una etapa activa, con capacidades de autonomía y autorrealización y asumiendo los valores explícitos de los Principios de las Naciones Unidas para las personas mayores: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

El desafío del crecimiento de la población adulta mayor es mantenerla sana, funcional, retrasando la dependencia y la discapacidad. Desde la perspectiva sociocultural el desafío es a cambiar la percepción del envejecimiento y del viejo, las atribuciones y el valor social que se le da a cada grupo etáreo van cambiando durante el tiempo, esta percepción influye en la conducta de los miembros de una sociedad. En el momento actual los valores apreciados socialmente tienen que ver con la vitalidad, la juventud, la producción económica, por lo tanto en nuestra sociedad actual la vejez es percibida como una etapa negativa donde se pierden los atributos valorables. Esto se observó en dos encuestas nacionales diseñadas para conocer opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre la inclusión y exclusión social de las personas mayores, aplicadas en 2008 y 2010. En ellas, el 65,7% de los encuestados, compuesto por una población de 18 años y más, opinó que la mayoría de las personas adultas mayores no puede valerse por sí misma. Este porcentaje aumentó a 73,8% en la encuesta realizada en 2010 (16). Las cifras llaman la atención pues, según registros del departamento de estadísticas e indicadores en salud (DEIS) del MINSAL, al año 2011, la mayoría de las personas mayores (69%) son autovalentes. (17)



Desde una perspectiva ética, el adulto mayor es un ser humano por lo tanto sujeto de derecho, autónomo y libre que es capaz de generar una vida para sí mismo, para los demás y ser un aporte social. (18)

El principal problema de estos estereotipos sociales es que impactan en la percepción de envejecer y en la percepción hacia el adulto mayor generando actitudes de discriminación y minimización, puede ser que el personal de salud e incluso los mismos adultos mayores acepten que no son capaces de realizar ciertas actividades o funciones debido a la edad, generando restricciones en sus verdaderas capacidades. Por esto es importante elevar el valor de los adultos mayores en la sociedad, potenciar la autonomía, funcionalidad, capacidad de decisión y mejorar la percepción social de la vejez. (17)

La calidad de vida del adulto mayor también se puede ver afectada por los estereotipos sociales que se tengan de los adultos mayores, según Honneth (17) la calidad de vida subjetiva de los adultos mayores se da de acuerdo a las llamadas “esferas de reconocimiento”: esfera del amor y afecto, reconocimiento de los derechos y respeto a la autonomía, valoración social de las capacidades y características del individuo. La forma como se desarrollen estas tres áreas en la vida diaria determina como se va desarrollando su autoestima, identidad y participación social.

Es en este tipo de situaciones es cuando se debe entender que la ética del cuidar se aprende y se construye con estudio, reflexión y cuando en nuestra cultura se le ha dado a la persona mayor un valor y no como dice Simone de Beauvoir en su libro la vejez “el niño es un futuro activo, la sociedad al invertir en él garantiza su propio futuro, mientras que a sus ojos el viejo es un muerto a plazo fijo” (19)

### **2.3.2 Cuidado de los AMS hospitalizados**

¿En este contexto que entendemos por cuidados de calidad y seguros para el adulto mayor?

El aumento de la población adulta mayor, agregado al envejecimiento de la vejez, donde cada vez hay más adultos sobre 80 años, trae consigo un aumento de las patologías crónicas, disminución de las reservas funcionales, haciendo que la enfermedad aguda, la descompensación de patologías crónicas y la hospitalización sea compleja aumentando la fragilidad y el riesgo de dependencia. De esta forma la enfermera no debe solo enfocarse en la

patología aguda del adulto mayor, sino considerar el concepto de salud y de calidad de vida del adulto mayor abarcando su funcionalidad, autoestima, autoeficacia

Es en los servicios clínicos donde se encuentran una importante población de adultos mayores frágiles, enfermos o en estado terminal, por lo tanto la complejidad del cuidado está dada no solo por la patología, sino también por la misma hospitalización, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone a la hospitalización como un factor de riesgo de dependencia, esto debido al cambio de ambiente donde el adulto mayor es sometido a procedimientos, administración de fármacos que pueden afectar su alerta, capacidad de movimiento, reposo, además tienen mayor riesgo de efectos adversos, como úlceras por presión y caídas (20).

Por lo tanto el objetivo a alcanzar al cuidar al adulto mayor tiene que ver con aspectos que involucran desde lo físico, social, psicológico y espiritual, que permitan al adulto mayor adaptarse a la nueva situación de vida, potenciando su percepción de capacidad y autoeficacia, para evitar la dependencia. El cuidado como ya lo hemos visto anteriormente para que sea de calidad debe considerar los valores y deseos del otro, la única forma de lograr esto es considerar al adulto mayor un sujeto de derecho, con la capacidad de tomar decisiones.

Entonces ante este escenario en que nos encontramos las enfermeras y los adultos mayores hoy, vale la pena preguntarse ¿Por qué adquiere importancia el Cuidado ético en AM? Donde a pesar de los esfuerzos de las Políticas y programas del AM estos aún no han sido capaces de hacer el cambio cultural que se requiere, aún Chile se encuentra en proceso, por eso resulta interesante conocer lo que las enfermeras piensan y lo que las enfermeras hacen cuando dan cuidados a los adultos mayores hospitalizados.

### **2.3.3 La vulnerabilidad en el AM.**

El ser humano es constitutivamente frágil y vulnerable, lo que lo hace dependiente de otros desde que nace, necesita del cuidado de otro para sobrevivir y desarrollarse. Es la finitud del hombre, su dificultad o incapacidad de adaptación, sus límites y sufrimientos los que marcan su vulnerabilidad. Existen situaciones donde la fragilidad y vulnerabilidad se viven profundamente, como en la niñez, la pobreza, la vejez y la enfermedad. (21)

En la vejez se comienzan a hacer evidentes la necesidad de cuidados de otros, y si a esto le sumamos una situación de enfermedad, la fragilidad aumenta aún más. Es en esta etapa de vida donde se enfrentan sentimientos de amenaza, de impotencia, de finitud, de desamparo y pérdida de la autonomía, lo mismo sucede en la enfermedad.

La única respuesta a esta fragilidad es el cuidado, que debe ser basado en el respeto por el vulnerable, evitando las agresiones y omisiones, fomentando la diligencia. Entonces, proteger al vulnerable se constituye un deber moral de los seres humanos, es un deber natural y que no se funda en la reciprocidad, es totalmente altruista y desde donde nace la responsabilidad. No es de la relación entre adultos autónomos de donde emerge la responsabilidad (de ahí emergen derechos y deberes recíprocos), sino de la relación con el deber de cuidar al vulnerable. Ante la vulnerabilidad ajena no se puede permanecer pasivo, se debe responder solidariamente, ayudar al otro a mitigar la vulnerabilidad y a desarrollar su autonomía personal, física, intelectual y moral. (22)

En este sentido Levinas refiere que este deber moral nace ante la presencia del otro necesitado, no es la libertad o la autonomía del otro, es la fragilidad lo que hace emerger la responsabilidad moral de cuidar. En palabras de Levinas *“Es el rostro del otro necesitado, el que me convierte en un ser moral obligado a prestar ayuda, me hace responsable es la alteridad la que desencadena el deber moral, más allá de la reciprocidad”*. (21)

## **2.4 Marco Conceptual**

### **2.4.1 Ética del Cuidar**

El cuidar se ha convertido en el objeto de estudio de la disciplina de enfermería de manera creciente desde la década de los sesentas, en este sentido el cuidar es el Ser de la profesión de enfermería. Es por esto que antes de hablar de ética del cuidar es primero necesario reflexionar respecto al cuidar.

El cuidar es esencial para la vida humana, es el núcleo de la relaciones humanas y como toda actividad humana, se debe regular y medir con parámetros morales, si bien es cierto cuidar ya es una acción moral donde el fin es el bien del otro, de igual forma es importante considerar los

modos como se lleva a cabo dicha acción, principalmente teniendo en cuenta la libertad del otro.

Cuidar a otro ser humano no es una tarea simple, considerando su inmensidad y su constante evolución, donde además se abarcan dimensiones distintas como la física, psicológica, social, espiritual y donde el fin del cuidado es permitir al otro ser el mismo, estimando los distintos contextos en los que se encuentra inmerso. Por lo tanto las competencias necesarias para el cuidado van más allá de las técnicas o los conocimientos científicos, sino que también se hacen necesarias competencias actitudinales, éticas, conocimientos de las ciencias sociales, espirituales, culturales, etc. (22)

Cuidar de acuerdo a la Real Academia Española significa "*Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo*". Numerosos filósofos han reflexionado respecto al cuidar, su significado y su impacto en la vida de la humanidad. A continuación se revisarán algunos pensamientos de distintos filósofos, se hará mayor énfasis en E. Levinas debido a su mayor vinculación con el área de este estudio.

Martín Heidegger, filósofo alemán, refiere que cuidar tiene dos referentes semánticos: esfuerzo angustioso y solicitud, esto significa que el cuidado requiere esfuerzo, dedicación, trabajo angustioso y por otro lado entrega, solicitud, respuesta a las necesidades del otro, entonces cuidar es esforzarse solícitamente por otra persona. (23)

En la visión del Milton Mayeroff, filósofo norteamericano, cuidar es ayudar a otro a crecer, refleja un sentido de atención, solicitud lo que refleja el lado positivo del cuidado, cuando se cuida a otro ambos crecen, la experiencia de cuidado es mutua. Las características de este cuidado se basan en el origen de la vida, la dignidad y el respeto, desde esta perspectiva los valores están inmersos en el proceso de cuidar. De acuerdo a Mayeroff para que ocurra el crecimiento se debe considerar la autonomía del otro, sus ideales y valores, se debe actuar con compasión, afecto, conocimiento de sí mismo y del otro, se debe ser capaz de determinar que necesita el otro para crecer, se debe actuar con honestidad, paciencia, esperanza, valentía y confianza en las capacidades del otro. Para Mayeroff el alcance moral del cuidado está basado en la ética del cuidado o de la responsabilidad de Gilligan. (23)

Emmanuel Lévinas, filósofo lituano, enfoca su visión de cuidado en la relación con el otro, que la define como ética, donde el otro conmueve y mueve, importa, se basa en el respeto, la responsabilidad, la proximidad. El rostro cobra importancia, la relación cara a cara, ya que es aquí donde se evidencian las emociones, la identidad, el ser del otro. El respeto por la naturaleza y la dignidad humana deben ser el centro de la enfermera y su deber potenciar la autonomía. Desde su perspectiva la experiencia ética se relaciona con la experiencia del otro, el otro que sufre, que padece algún mal y precisa ayuda, nace la experiencia ética en la vocación de responder a esa llamada del otro, que no es una llamada física, es silenciosa pero inevitablemente se debe responder. (23)

De acuerdo a Lévinas, el contexto del otro es muy importante, para comprender al otro es fundamental entender el contexto vital, *“El Otro se presenta en un contexto cultural y se ilumina por este contexto. La manifestación del contexto asegura su presencia. Se esclarece por la luz del mundo”* (24). Sólo a través de la interpretación del entorno del otro se puede responder adecuadamente a su llamada de ayuda.

Lévinas afirma que la llamada del otro es anterior a la libertad del que cuida, no se puede desentender del que sufre, es responsable. Esta reflexión de Lévinas es fundamental al momento de cuidar, el profesional es libre y con libertad elige cuidar a otro, pero esto no le capacita para hacer sin considerar las consecuencias de las acciones sobre otro ser humano, es decir el desarrollo de la libertad profesional es en el marco de la responsabilidad con el otro. (22).

Es el rostro la representación del otro, según Lévinas, es a través de mirar el rostro del otro donde se observa el sufrimiento y la solicitud de ayuda, cuando se mira al otro vulnerable, emerge la responsabilidad de ayudarlo, no se puede desentender. Es el rostro del otro vulnerable el que permite medir la propia conciencia ética *“el rostro me recuerda mis obligaciones y me juzga”* (24). La filosofía del rostro de Lévinas, se basa en el concepto de la responsabilidad, responsabilizarse por alguien es responder a su llamada, tomar en serio su sufrimiento y actuar solidariamente. No solamente se es responsable de los actos y sus consecuencias, sino que se es responsable del otro, de su existencia, de su desarrollo, de su conservación del Ser.

Desde la perspectiva de Lévinas, el ejercicio de cuidar es responder a la llamada del Otro, responsabilizarse del otro vulnerable pero sin vulnerar su libertad y su autonomía moral.

Desde el análisis filosófico del cuidado, Francesc Torralba, filósofo español, sostiene que en el discurso ético del cuidar es fundamental distinguir lo trascendental, esencial y categorial en el cuidado.

**a. Lo trascendental** se entiende como aquellas condiciones ineludibles que deben existir al momento de cuidar.

Lo trascendental del cuidar se refiere a la posibilidad de ejercer una práctica de cuidado ético, considerando las características definidas anteriormente y que se refieren a lo esencial del cuidado, entonces cuales son las condiciones en el momento de cuidar que permiten el desarrollo del cuidado esencial. (3)

- Binomio antropológico: posibilidad-necesidad, los seres humanos de acuerdo al filósofo Kierkegaard somos un binomio de necesidades tanto físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, pero además tiene posibilidades, es decir es libre, tiene un futuro por delante, y como ya se ha visto anteriormente cuidar tiene que ver mucho con las necesidades pero también con la posibilidad de que el otro pueda desarrollar sus capacidades futuras.
- Apertura, encuentro, comprensión: el ser humano no es indiferente al otro, tiene la capacidad de abrirse, de mostrar su interior a otro y no es sólo a través de las palabras, sino que también a través de gestos, actitudes demuestra cómo se está sintiendo. La apertura capacita al ser humano para enterarse de cómo está el otro, esta capacidad es necesaria al cuidar, solo a través de la sintonía existencial y comprendiendo el estado del ánimo del otro, permitiendo el encuentro, entendido como un vínculo como una alianza existencial, es el encuentro el que permitirá finalmente ejercer la acción de cuidar.
- Silenciosidad y habla: es a través del lenguaje que se da la oportunidad del encuentro, entendiendo el lenguaje no solo en las palabras, sino en los gestos, en los silencios. Esto permite a la enfermera expresar su preocupación, su comprensión. La silenciosidad permite la escucha activa, permite al otro la reflexión, cuando alguien sufre detecta rápidamente el hablar por hablar del hablar con significado y valora los momentos de estar ahí en silencio.

- **Historicidad e identidad:** para permitir el encuentro es fundamental conocer al otro, y es mediante la biografía que esto ocurre, la vivencia de la enfermedad o del sufrimiento. Es su historia lo que le da la identidad, cada persona tiene su historia, su contexto, y es conociéndola en profundidad lo que permitirá dar cuidados auténticos a esa persona, no en cuidados en serie. La única forma de comprender las decisiones del otro es a través de la comprensión de su identidad de su historia, de su mundo axiológico. (3)

**b. Lo categorial** tiene relación con las características que se visualizan desde fuera del acto de cuidar, son rasgos éticos que se refieren a lo que debe hacerse al momento de cuidar. De acuerdo a Torralba, citando a Gosia Brykczynza, enfermera inglesa, estas características categoriales son el tacto, la escucha atenta y el sentido del humor. Es imposible cuidar a otro sin tocarlo, la cercanía es lo que determina que el otro se sienta cuidado, desde esta perspectiva el cuidado debe ser siempre presencial, sería imposible pensar en un cuidado por ejemplo virtual. El tacto tiene que ver con el respeto, con el afecto, significa atención, preocupación por el otro, la persona vulnerable necesita sentir a través de esta proximidad que no está solo, que está protegido. De esta forma sólo un ser humano es capaz de brindar cuidados a otro, no podría ser un robot o una máquina quien brinde cuidados. (3)

La escucha atenta también denota interés, preocupación y afecto, la persona que sufre necesita ser escuchado en sus preocupaciones, en sus dolores, en su vulnerabilidad, para lograr esto es necesario estar atento a las señales del otro, a sus palabras centrarse en lo que el otro muestra y dice, para lograrlo es necesario dedicar tiempo, evitar las preocupaciones propias del cuidado de otros pacientes, de la carga laboral, etc. Escuchar atentamente no por deseo sino entendiendo que es un aspecto básico del cuidar constituye una tarea ética y finalmente un deber profesional. En este sentido la comunicación juega un rol central en el cuidado, como un aspecto importante al momento de evaluar la atención de salud, se debe considerar como un factor decisivo de la calidad del cuidado junto con la competencia, la eficiencia y la eficacia.

En el acto de cuidar es fundamental el sentido del humor, entendiendo que no se refiere a banalizar el sufrimiento y la vulnerabilidad, sino que se relaciona con la realidad de la vida cotidiana, con lo intrascendente, con aliviar la experiencia de la enfermedad en momentos adecuados. El buen humor permite la aceptación, disminuir el nivel de angustia y ansiedad, si se usa con criterio favorece la comunicación y la confianza en la relación de cuidado. El humor

permite vivir una vida auténtica y no es opuesto a la seriedad, sino que la seriedad es su condición de posibilidad.

**c. Lo esencial** del cuidar tiene relación con la semántica de la definición de cuidar y su esencia, y lo entenderemos desde la perspectiva de Heidegger donde el cuidado es la unidad englobante de la estructura del ser humano, todo lo que el hombre hace, conoce, sus preocupaciones y ocupaciones todas son manifestaciones de cuidado (3). Entendiendo que el ser humano es inacabado, donde constantemente se encuentra trabajando en su deber ser, el cuidado es lo que da la posibilidad a ese deber ser deseado. Desde esta perspectiva la esencia de cuidar debe tener las siguientes características:

- Dejar que el otro sea: Cuidar a otro significa estar con él, acompañarlo en esta etapa de vulnerabilidad, lo que significa que al cuidarlo se debe preservar su identidad, es ayudarlo a ser la persona que es. Esto conlleva preocupación, dedicación, velar por la satisfacción de las necesidades del otro en forma continua, esta es la forma por la cual el otro podrá desarrollarse, conservarse en la vida en un momento de enfermedad, de vulnerabilidad y de sufrimiento. La condición necesaria para que se de esta característica es reconocer que se cuida a un ser humano, que la única forma en que puede lograr ser lo que quiere ser es a través del cuidado, este reconocimiento es la primera condición que hace posible el cuidado humanizado. Todo ser humano requiere de cuidados pero es en condiciones de vulnerabilidad es cuando es aún más necesario la atención, dedicación y preocupación que permitan que siga siendo.
- Dejar que el otro sea el mismo: no basta solamente con dejar que sea, que exista sino que además pueda ser el mismo, expresar su identidad, desde esta idea cuidar es proteger al otro de formas de vida que anulen su identidad, su ser único en el mundo. Por lo tanto al cuidar no se debe transformar al otro, el cuidado se debe desenvolver respetando la identidad del otro, su autenticidad, su autonomía moral potenciando lo que el otro es en si mismo. Cuidar involucra la protección física y también moral, donde se debe proteger los valores del otro. De acuerdo a este análisis del cuidado el paternalismo no tiene cabida en el cuidar, entendiendo por paternalismo la anulación de la autonomía moral y del uso de la razón del otro. Existen situaciones donde la persona vulnerable entrega su capacidad de razonar y su capacidad de decidir sobre su vida, al cuidador, ante esto la enfermera debe aceptar y asumir desde esta perspectiva el cuidado, a este tipo de paternalismo se le denomina paternalismo reclamado.



- Dejar que el otro sea lo que está llamado a ser: entendiendo que el ser humano es inacabado, que está en constante evolución con su propio proyecto de vida y para lograrlo necesita de dedicación y preocupación. En momentos de sufrimiento y vulnerabilidad se debe favorecer la introspección, la reflexión respecto a que es lo que se desea hacer con la propia vida en este nuevo escenario.

- Procurar por el otro: este término se refiere a que necesariamente para cuidar a otro debe ser mediante la interacción humana, la relación. Es a través de las relaciones con otros que el ser humano alcanzará su proyecto de vida. De acuerdo al pensamiento de Heidegger existen interacciones éticas donde se es el uno para el otro, donde el otro es respetado y validado en su autenticidad. De esta forma distingue dos formas éticas de relación al momento de cuidar. Cuidar no es sustituir al otro, donde declara que cuidar no es ocupar el lugar del otro, anularlo sino que promocionar su autonomía moral, su autenticidad, bajo ningún punto de vista reducir al sujeto de cuidado a un objeto. Cuidar es anticiparse al otro, mantener la preocupación y la previsión que permitan el desarrollo del otro en libertad, no anulando las capacidades del otro, manteniendo una relación de dependencia que no le permita ejercer su autonomía y autenticidad.

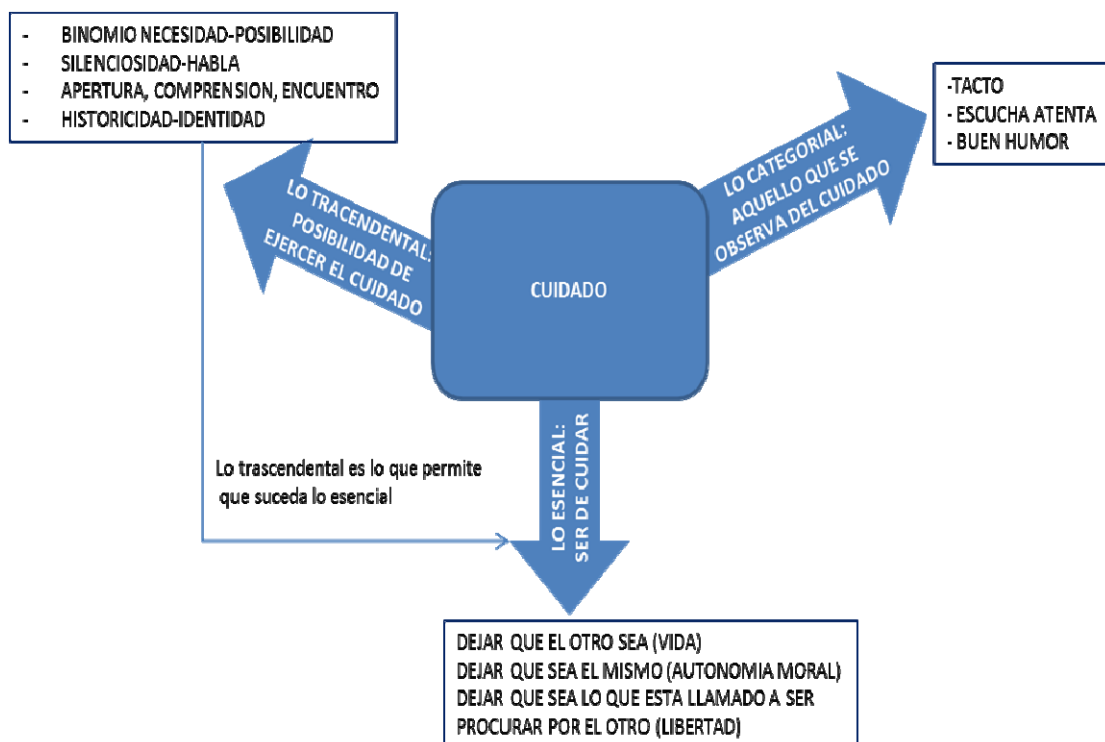


Figura 2: Elementos del cuidado de la perspectiva de F. Torralba. Autora: Paulina Gundelach G.

Descrito así el cuidar se puede entender que la ética es inherente al cuidado, en esta idea, cuidado y ética confluyen en un mismo concepto.

Para que un cuidado sea considerado bueno debe cumplir con ciertas virtudes fundamentales para la enfermería, donde el cuidado es el centro y la razón de ser de la profesión. En este sentido la praxis de cuidar debe incluir el desarrollo de virtudes, no basta con los principios clásicos de la bioética de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, donde estos cuatro principios mínimos no son suficientes al momento de cuidar, se requiere de vivenciar virtudes, que permitan cumplir con el objetivo del cuidado, permitir que el otro sea lo que quiera ser.

De esta manera la ética del cuidar se relaciona con la ética de la virtud de Aristóteles, donde es necesario construir virtudes y a través de la vivencia de éstas hace posible un cuidado de calidad. Para cuidar correctamente es necesario cultivar ciertas virtudes, como ya se ha mencionado, que se aprenden y se convierten en hábitos mediante la enseñanza, la costumbre y la práctica. A modo de ejemplo cuidar a una persona vulnerable requiere de ciertas virtudes como la paciencia, la tenacidad, la humildad, la fortaleza, la esperanza. Entonces las virtudes son una forma de ser y estar al momento de cuidar, y se caracterizan por la armonía y el equilibrio, no son extremas ni pasionales, se mueven en un punto medio. (22)

Desde otra perspectiva cuidar también es un deber racional y social, universal que va más allá de las culturas, trasciende a la humanidad, cuidar a un ser humano que sufre es entonces también un deber moral, además de una virtud. En este contexto el principio para poder determinar los comportamientos necesarios para cuidar adecuadamente, es la alteridad, es decir la vivencia del otro y el sentido de responsabilidad que se genera cuando se comprende que el otro no es capaz de satisfacer sus necesidades, de ser lo que quiere ser en este momento de vulnerabilidad, finalmente comprender que el centro del cuidado es el otro, sus necesidades, sus deseos, su proyecto de vida y como la relación del cuidar permite la oportunidad de ayudar al otro a lograr sus proyectos de vida, siempre considerando el contexto.

Como ya se ha hecho mención el cuidar y lo ético van necesariamente unidos y estos conceptos han sido parte desde el comienzo de la humanidad y que han tomado fuerza desde la profesionalización del cuidado, y con mayor fuerza desde mediados del siglo XX. Es

importante señalar algunos autores que han relevado el cuidado ético desde la perspectiva de enfermería.

### 2.4.2 Línea del tiempo de los referentes teóricos y estudiosos de la ética del cuidar

Luego de la fundamentación filosófica del cuidar, es interesante analizar a distintas teoristas de enfermería y enfermeras estudiosas y reconocidas, que partiendo desde las reflexiones filosóficas, realizaron reflexiones propias relacionados con el cuidar como el ser de enfermería, propio de la disciplina y que desde mediados de los 70 hasta hoy se ha ido relevando y profundizando.

El esquema a continuación resume en una línea del tiempo los exponentes más importantes que han dado la fundamentación de la ética del cuidar

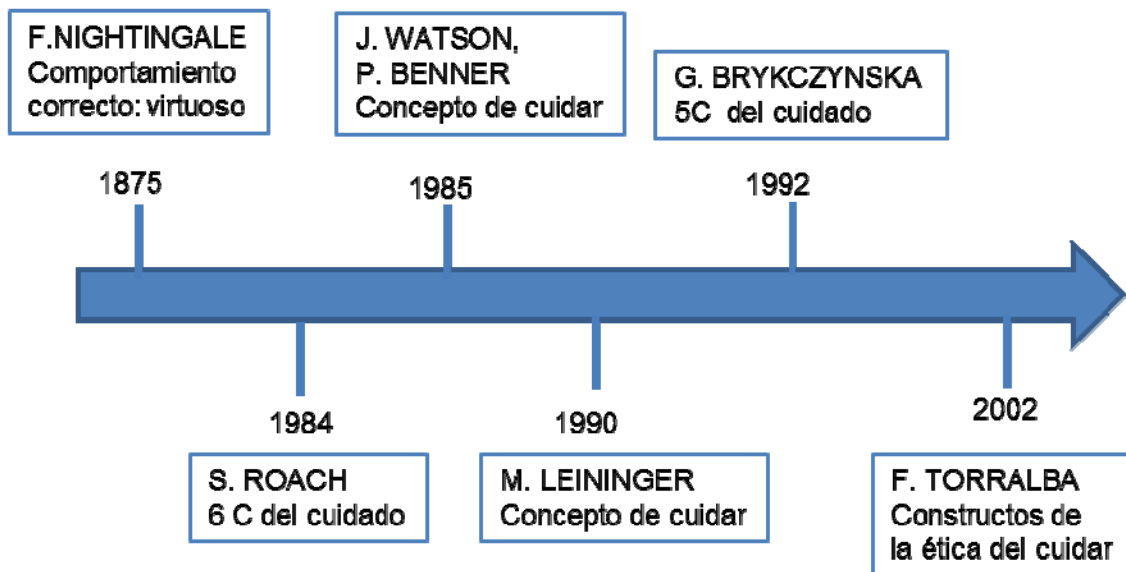


Figura N° 3: Línea de tiempo del desarrollo de la ética del cuidar.

Autora: Paulina Gundelach G.

Madeleine Leininger, en el desarrollo de su teoría de cuidado transcultural, declara en 1977 el cuidar como la esencia y núcleo central de la enfermería. Hacia la de cada de 1980 se comienza a publicar respecto al cuidar, se examina profundamente los valores presentes en el

cuidado. En 1990 postula que el cuidar es una fuerza dinámica y poderosa que permite entender la totalidad del ser humano en la salud y en la enfermedad, que necesariamente debe ser actualizado y específico a las necesidades culturales del otro. En este sentido el cuidado es un fenómeno que permite al otro guiar sus acciones y toma de decisiones. Además cuidar incluye acciones y actitudes de cuidado centrados en las necesidades y el contexto del otro para promocionar su bienestar y la salud. (25)

Ante esta complejidad de cuidar a otro ser humano, diferentes enfermeras comenzaron a cuestionarse el significado de cuidar, entendiéndolo más allá de un acto meramente físico, sino que centrado en las necesidades del otro, en un contexto que según algunos autores como Leininger es lo más importante al momento de cuidar.

Jane Watson en 1985 releva el cuidar como el valor fundamental de enfermería, el centro del ser enfermera. Lo declara un acto moral, por lo tanto debe estar presente, en el cuidado el valor de la protección y la mejora de la dignidad humana y de la humanidad. Watson destaca que el medio para otorgar cuidado es a través de la relación enfermera-paciente, la cual esta basada en lo subjetivo, en el contexto, en la realidad del otro, en lo que el otro desea y necesita para su propio desarrollo, no sólo en principios objetivos. Esta relación Watson la considera el ideal de cuidar y debe ser un encuentro total, es profunda, significativa e íntima.

Patricia Benner en su estudio sobre el ejercicio profesional, plantea que las enfermeras cuidan desde dos perspectivas: competencia clínica y actitud cuidadora, esta última centrada en la relación con el otro, en el contexto y la experiencia. La actitud cuidadora debe contar con criterios éticos en cada circunstancia y contexto que garanticen un cuidado adecuado. Desde esta perspectiva también plantea que el desencanto profesional se da cuando esta actitud de cuidado se encuentra con las normas, restricciones y organización social, donde quizás las necesidades de cuidado estén relacionadas con las demandas institucionales más que por las necesidades del paciente (recursos, programas, rutinas, etc), afectando la relación con el paciente y las necesidades de cuidado. (26)

En 1984 la enfermera canadiense, Sor Simone Roach comienza a desarrollar las virtudes necesarias para el cuidado que permitan otorgar un cuidado ético. En su libro *Caring: The Human mode of Being* (1984), declara que dentro del aspecto ontológico de cuidar y de acuerdo a lo que Heidegger también plantea, en el Ser del cuidar se encuentran las funciones y valores

involucrados en el acto de cuidar, es decir todo lo que una persona hace al momento de cuidar. Es así que declara en 1984 los seis comportamientos necesarios al momento de otorgar cuidados profesionales, y que consideran los valores del Ser de cuidar, los denominó los "6 Cs del cuidar": Compasión, compromiso, comportamiento, competencia, conciencia, confianza, conductas que no son excluyentes entre sí, sino al contrario deben estar siempre presentes, este primer acercamiento a definir las virtudes del acto de cuidar sienta las bases para la ética del cuidar. (22)

En esta misma línea de trabajo en 1992 Gosia Brykczynska, enfermera inglesa, citada por Torralba en su libro *Ética del Cuidar* del año 2002, toma el trabajo de Roach y sintetiza en cinco las virtudes necesarias en el acto de cuidar, declarándolos como el deber ser del cuidado profesional.: Compasión, compromiso, competencia, conciencia, confianza. (22)

Francoise Colliere (enfermera francesa), en 1982 en su obra *Promover la Vida*, reflexiona respecto al cuidar como un acto que permite la continuidad de la vida y el desarrollo de la misma, el cuidado de enfermería no es un gesto bondadoso o sólo una preocupación es el ideal moral de enfermería cuyo fin es mantener la dignidad humana, implica valores, deseos y compromiso, conocimientos, es un acto de reciprocidad que se enfoca en empoderar al otro vulnerable en su autonomía, deseos, conocimientos. (23)

Es mediante el desarrollo disciplinar de enfermería, a través del pensamiento de estas teoristas que se declara el cuidar como el ser de la enfermería. Desde ahí se necesario caracterizar este cuidar, definir los comportamientos que se incluyen en el cuidar y que le dan la característica de cuidado humanizado. Ya Florence Nightingale en los inicios de la enfermería moderna le dio al cuidado la característica de virtud donde las enfermeras debían comportarse virtuosamente para otorgar el cuidado, pero ¿qué podemos entender por cuidado virtuoso?, ¿cuáles son estos comportamientos que hacen del cuidado una virtud?.

### **2.4.3 Constructos éticos del cuidar:**

En el año 2002 Francesc Torralba, filósofo español, toma el trabajo de Roach, Brykczynska y Benner y desarrolla la teoría de la ética del cuidar con el fin de asentar los parámetros morales para regular la acción de cuidar, desde donde emergen las cinco virtudes o constructos del

cuidar, necesarias e ineludibles (deber), que deben estar presentes en el acto de cuidar: compasión, competencia, confianza, confidencialidad y conciencia. (27)

1. La compasión: es la primera virtud y la más fundamental, sin la cual no es factible otorgar cuidados de calidad. Según G. Bryczynska es la raíz del cuidado, una virtud moral que consiste en percibir como propio el sufrimiento del otro, entendiendo sufrimiento desde lo físico, emocional y/o espiritual. Requiere salirse del propio yo para comprender al otro en su contexto y asumir el dolor del otro. Requiere de trabajo y esfuerzo ya que no siempre es fácil ser paciente, humilde, tenaz y valiente, es a través de este constructo que somos capaces de acercarnos al otro.

La compasión, para que sea virtud necesariamente debe ser dinámica, es decir debe estar seguida de un acto de cuidado, en consecuencia, no es sólo comprender el sufrimiento, sino hacerse cargo de éste a través de una acción solidaria, que permita realizar todo lo posible para aliviar el sufrimiento del otro. La compasión autentica se traduce en una acción transformadora y no sólo en lágrimas.

Esta virtud se relaciona con la experiencia de la alteridad y de la vulnerabilidad, es requisito fundamental la percepción de vulnerabilidad del otro, para que esto se genere, es necesario la relación con el otro, el rostro a rostro, el encuentro interpersonal. La burocracia, la tecnologización del cuidado, el modelo biomédico, la especialización del cuidado dificultan este encuentro interpersonal y por lo tanto la compasión.

Es necesario entender que también la compasión debe darse desde la perspectiva del otro, sus necesidades, sus deseos, su proyecto no desde el paternalismo sino potenciando la autonomía, libertad y la capacidad de decisión del otro (27).

2. La competencia, es la virtud donde se exige al profesional estar capacitado para ejercer el cuidado de forma óptima. Ya se ha descrito previamente la complejidad del acto de cuidar y es sólo a través de esta virtud que es posible cuidar adecuadamente, requiere necesariamente del conocimiento del ser humano en forma global.

La competencia disciplinar incluye las técnicas y procedimientos propios de la profesión, pero también debe ser competente en las ciencias sociales, éticas y de la comunicación. Es en éste último aspecto que el modelo económico actual, el modelo biomédico pueden ocasionar un

deterioro del cuidar, al estar centrados fundamentalmente en aspectos técnicos y de gestión.  
(27)

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

La vulnerabilidad en que se encuentra la persona puede obligarlo a exponer lo que es, desde la exposición física, pero también la exposición emocional y este constructo obligan a la protección de ambas.

También se relaciona con la propia confidencialidad, el respeto hacia uno mismo, reconocimiento de los propios límites, carencias y deseos. Con el respeto por la profesión (27).

4. La confianza es un elemento esencial en el acto de cuidar, sólo se puede cuidar a un ser humano vulnerable si se establece una relación de confianza, un vínculo que permita al otro entregarse, tener la certeza que la enfermera realizará lo posible por el cuidado del otro.

La confianza no sólo se gana en base a la competencia técnica sino también a la competencia moral. Por lo tanto el profesional debe dar pruebas y garantías de confianza, a través de la eficacia y eficiencia de su actuar, a través de gestos y palabras, de excelencia en el actuar. Para que se desarrolle la confianza es necesario tiempo y requiere de un contexto lo que otorga el espacio para que se produzca el encuentro que finalmente permite el desarrollo del cuidado (27).

5. La conciencia es la quinta virtud y tiene que ver con la reflexión, la prudencia, la cautela. Estar consciente de las consecuencias del acto de cuidar, de la profesión, estar siempre atento a lo que se está realizando y nunca olvidar que al que se cuida es un ser humano que tiene dignidad intrínseca (por el sólo hecho de ser persona).

Es reconocer las limitaciones, las dificultades que interfieren al momento de otorgar buenos cuidados, ser consciente de la complejidad del cuidar evitando que se convierta en algo meramente técnico (27).

Se puede pensar que estas cinco virtudes son difíciles de lograr en el cuidado diario, sin embargo cuando reflexionamos de nuestro quehacer nos damos cuenta de que de alguna manera están siempre presente en nuestra cotidianidad, quizás uno más potenciados que otros,

dependiendo del contexto en que se esté inmerso. Se tiende a pensar que el ser compasivo o confidente son actitudes solo relacionados con el ser una buena persona y no como virtudes que pueden ser aprendidas, podríamos afirmar que el cuidado ético se construye. .



***CAPITULO 3***  
***MARCO EPISTEMOLOGICO***

## CAPÍTULO 3: MARCO EPISTEMOLÓGICO

### 3.1 Caracterización del estudio

Este estudio se basa en el paradigma interpretativo o cualitativo, que se adscribe a una visión del mundo fenomenológica, inductiva, holística, subjetiva, orientada hacia el proceso propio de la antropología social. El paradigma cualitativo no pretende presentar verdades absolutas, ni leyes de aplicación general, ya que reconoce la diversidad y pluralidad de escenarios, condiciones y situaciones que se presentan en la realidad, que por lo tanto son únicas e irrepetibles, así las observaciones y resultados de sus investigaciones sólo son válidos para el caso particular que se estudia.

Se entiende por paradigma a un conjunto de suposiciones interrelacionadas respecto al mundo social que proporciona un marco filosófico para el estudio organizado de este mundo (28).

La elección entre un paradigma y otro respondió a la pregunta de investigación ¿Cómo es la experiencia de cuidado en los adultos mayores hospitalizados, desde la mirada de la ética del cuidar, relatada por enfermeras? y a los objetivos planteados, debido a que, el paradigma cualitativo nos proporciona una base para entender el significado sustantivo de las relaciones que se descubren.

La intención era indagar de manera intencionada como las enfermeras experimentan el cuidado en los AMs hospitalizados, tomando como referente la teoría de la ética del cuidar, por esta razón, se realizó un estudio bajo el paradigma cualitativo de tipo descriptivo transversal para levantar la información desde el relato de los propios actores. Se buscaba comprender el fenómeno de estudio en su ambiente natural, vale decir entrevistas a las enfermeras en su lugar de trabajo, servicio de medicina del Hospital Gustavo Fricke (HGF).

Para el análisis e interpretación de los datos, se utilizó el marco epistemológico de la disciplina de enfermería en conjunto con el marco epistemológico de la teoría ética del cuidar.

Si bien, el cuidado lleva implícito el comportamiento ético, es recién a mediados del Siglo XX donde los cambios sociales llevan a transformaciones en el cuidado de las personas, con un transitar desde el modelo biomédico a un modelo centrado en la persona. No es de extrañar, que hayan surgido teóricos de enfermería como J. Watson y su Teoría del Cuidado

Humanizado y M. Leininger y el Cuidado Transcultural, para luego F. Torralba filósofo español, recogiera y se influenciara de ambas para desarrollar la teoría de la ética del cuidar.

Desde sus inicios la disciplina de enfermería ha heredado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica. La práctica de la enfermería está dirigida al bienestar social apoyándose en otras disciplinas. La esencia de la enfermería es el cuidado de la persona, para ello requiere de diferentes saberes científicos y humanistas.

### **3.2 Relación sujeto-objeto de estudio**

La relación entre sujeto y objeto que las diferentes matrices epistémicas establecen y determinan el modo de plantear un juicio crítico de la realidad, por ello se hace necesario acercarse a los conceptos de los componentes de dicha relación. En el sentido estricto, la noción de sujeto no se entiende como el hombre en su “entera naturaleza”, sino que se hace referencia al “mundo interior” del hombre, es decir, al “centro al que se le imputan la conciencia y a los actos intelectuales del hombre”, por ello si el sujeto, epistemológicamente hablando, “es lo que subyace al hombre, es decir, lo que se considera su ser más íntimo y profundo” (29).

En este estudio el sujeto son las enfermeras que trabajan en el servicio de medicina del HGF. Entendiendo a éstas como los elementos de la relación que, en su experiencia diaria de otorgar cuidados a AMs hospitalizados, reciben las imágenes de ese quehacer, lo procesan y explican a través del lenguaje y generan un juicio.

El objeto, el otro elemento que compone la relación, se puede entender como “lo que yace ante esa intimidad del hombre o está puesto ante ella de modo que pueda ser conocido”.

En sentido amplio, el objeto de conocimiento en su conjunto es el “mundo exterior”, éste está dotado de una existencia independiente del pensamiento del hombre. En sentido estricto, el objeto, “no es la cosa o fenómeno parte del mundo exterior conocidos, sino lo que hay de inteligible en esa cosa capaz de ser percibido y captado en el acto de conocimiento”. Es decir el objeto de estudio en este caso es la experiencia de cuidado en AMs hospitalizados, que finalmente se traduce en lo que hago y no hago para otorgar un cuidado ético.

En cuanto a la relación entre Sujeto y Objeto, se podría afirmar que está constituida por el acto cognoscitivo. De allí que esta relación surge como un problema epistemológico y, por lo tanto, se dan diferentes respuesta a dicho problema, pues las lógicas diferentes de concebir la relación dan origen a distintas formas de entendimiento de ésta, así mismo la crítica, que se basa en ésta relación, en tanto se entiende al sujeto (las enfermeras) como quien establece la crítica y el cuidado ético que reciben los AMs se le otorga la categoría de objeto. (29)

### **3.3 Rol del investigador**

Sin importar el área de conocimiento donde el investigador se aplique, este se focaliza en la búsqueda de la verdad por medio de sus procesos de investigación, de tal manera que la investigación vaya dirigida al objetivo planteado. El investigador se enfoca en el objetivo para así mediante sus procesos llegar al fin con buenos resultados. En todo caso la necesidad de realizar una investigación está enfocada en la búsqueda de la verdad, donde existe en el investigador una tendencia a ser imparcial, de tal manera que éste sea objetivo ante sus conclusiones y reflexiones. (29)

Hay que destacar que la objetividad es relativa pues de cualquier modo el investigador va en búsqueda de la realidad influyendo esto en cualquier momento en el proceso de investigación. Dicha búsqueda dependen del sistema de valores.

Para realizar un estudio, el investigador tiene que al menos desempeñar un rol. El rol interno específico del investigador, es el de observador. Sin embargo, a manera de que se va desarrollando la investigación se desempeñan distintos roles, algunos adquiridos y otros asignados dentro del terreno.

Hay que destacar que el rol de éste investigador no fue algo estático sino que fue variando durante el desarrollo de la investigación. Si bien el rol principal fue un rol activo al realizar las entrevistas, estableciendo una relación interpersonal al momento de llevar a cabo las entrevistas, también cumplió un rol de observador. Cabe señalar que el mantenimiento de las relaciones establecidas a lo largo del estudio se cauteló con atención a la hora de salirse del terreno. Es decir se guardó siempre una actitud de respeto y solidaridad para con los participantes.

Fue la propia tesista, quién transcribió las entrevistas una vez realizadas para otorgar un máximo rigor a la transcripción de discurso de cada entrevistada.

***CAPITULO 4***  
***MARCO METODOLOGICO***

## **CAPÍTULO 4: MARCO METODOLOGICO**

### **4.1 Diseño metodológico**

#### **4.1.1 Tipo de estudio**

Estudio cualitativo, descriptivo y transversal (30). El modelo utilizado ha sido la racionalidad hermenéutica o interpretativa. La racionalidad interpretativa expresada en el modelo cualitativo, es abierta, y por sobre todo dialéctica (31), desde ésta perspectiva surge como propuesta heurística el siguiente supuesto: la esencia de enfermería es el cuidado y éste cuidado tiene componentes éticos por lo que las enfermeras en sus discursos narrativos harán mención con sus palabras a ciertas virtudes éticas presentes en su experiencia de cuidado.

Es importante diferenciar entre premisa y supuesto, la primera son afirmaciones sostenidas sobre la base de información pre-existente acerca del problema de estudio, no necesitando verificación, en cambio la segunda también constituyen afirmaciones previas pero no cuentan con el mismo peso referencial, sólo deben ser tomadas como antecedentes.

El lugar que se desarrolló la investigación fue el Servicio de medicina del HGF, durante el mes de enero del 2015. Este servicio está integrado por un servicio de hombres, otro de mujeres, una Unidad Hematológica y Nefrológica y una Unidad de Cuidados Intermedios. Consta de 85 camas, con 4 enfermeras en cuarto turno, apoyadas por 3 enfermeras diurnas de 8.00 a 17.00 hrs y 2 de media jornada de 8.00 a 12.00 horas, en días hábiles. Las personas hospitalizadas en su mayoría son adultos mayores con distintos diagnósticos y distintos niveles de dependencia.

#### **4.1.2 Unidad de análisis y muestro**

- La unidad de análisis fueron las enfermeras que trabajan en el servicio de Medicina del HGF.
- La selección de las informantes fue intencionada de acuerdo a criterios de accesibilidad y conveniencia de la investigadora. Las informantes de este estudio fueron enfermeras alcanzando un total de 6.
- Criterios de inclusión : Trabajar en el servicio de medicina y que aceptaran participar en el estudio

### 4.1.3 Consideraciones éticas

En una primera instancia se presentaron los documentos del estudio al Comité Etico Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, el cual fue aprobado para su realización. Posterior a esta aprobación se requirió la aceptación del estudio por parte del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. Con ambos comités de éticas aprobados se ingresó al campo.

En segunda instancia se realizó una entrevista con la enfermera supervisora donde se dio cuenta del estudio a realizar.

En tercera instancia se invitó a las enfermeras del servicio a participar en el estudio. Para ello se utilizó la ficha del consentimiento informado y en caso de aceptar la firma del consentimiento (en anexos).

**Confidencialidad:** se asignó un código de identificación a cada informante o entrevistada, de manera que no pudiera saberse quién es la persona de la que proviene la información.

Las entrevistas grabadas, se guardaron con un número del caso sin poner el nombre del entrevistado. Las transcripciones se dejaron en el computador del investigador con clave. Se eliminarán dos años después de terminado el estudio.

**Credibilidad:** se mostró por escrito la transcripción de la entrevista correspondiente a cada uno de los informantes, los cuales lo revisaron y retroalimentaron en algunos casos para luego firmarlo en caso de estar en conformidad con el contenido.

**Suficiencia:** el procedimiento empleado fue la saturación de los datos, que se obtuvo cuando las entrevistas repitieron lo ya conocido. La representatividad de la muestra fue por medio de la saturación del contenido, es decir cuando en la entrevista los datos aportados se repitieron sin encontrar elementos nuevos que contribuyeron a la comprensión del fenómeno. La saturación se produjo en la entrevista N° 6.



#### **4.1.4. Plan De Trabajo**

**Primera etapa:** Se desarrolló el pre proyecto el cual fue presentado a una comisión de postgrado de la Escuela de Enfermería para su aprobación.

**Segunda etapa:** Se envió al comité de ética de la Facultad de Medicina los documentos exigidos para la aprobación de éste. En ellos se describe el tipo de investigación, su metodología y los resguardos éticos que se han considerado tales como la garantía de privacidad de las entrevistadas y de los consentimientos firmados por ellas.

Simultáneamente se trabajó en el marco referencial y conceptual. La revisión de documentos permitió establecer una matriz de preguntas que formaron parte de las entrevistas.

**Tercera etapa:** Una vez finalizado el diseño de investigación, se procedió a redactar las cartas a la dirección médica y a la subdirección de enfermería del Hospital Dr. Gustavo Fricke y se anexó el documento de aceptación del comité de ética.

**Cuarta etapa:** Correspondió al período de las entrevistas las que se realizaron en los meses de enero del 2015 a marzo del 2015.

**Quinta etapa:** Transcripción de las entrevistas y procesamiento de la información

**Sexta etapa:** Resultados y análisis de los discursos

En este plan de trabajo se tomó en consideración que la construcción del marco conceptual y teórico se iría enriqueciendo en el tiempo con nuevos aportes al tema y con las entrevistas realizadas.

#### **4.1.5. Técnica de recolección de la información.**

Se utilizó la entrevista semiestructurada, este método es eficaz, ya que permite obtener información más completa, es una técnica social de comunicación directa entre el investigador y el investigado, con el cual se establece una relación de conocimiento dialógica, espontánea y de intensidad variable (32). La entrevista tiene muchas ventajas: es aplicable a toda persona, permite profundizar en un tema en particular. (30) Permite captar mejor el fenómeno estudiado.

En este estudio se utilizó la entrevista semiestructurada, por ser más flexible y abierta que la estructurada. En los estudios descriptivos como éste la entrevista semiestructurada es muy útil en especial cuando no existe información suficiente sobre el fenómeno

#### **4.1.5.1 Descripción del instrumento**

La entrevista semiestructurada fue el Instrumento de recolección de la información, la que se estructuró de la siguiente forma:

- a) Datos generales para caracterización de las entrevistadas, que corresponde a identificar cada entrevistada con un número correlativo, fecha de realización de la entrevista, edad, sexo, tiempo de trabajo en el servicio de medicina, años de titulada y capacitación formal en el área de la geronto-geriatria
  
- b) Un guión de preguntas las que fueron elaboradas, a partir de los objetivos específicos, los que respondían a las cinco virtudes de la teoría de la ética del cuidado según Torralba.

Este planteamiento teórico demandó contar con categorías previas también llamadas apriorísticas (31). Es decir, en este caso, ya antes de enfrentarse empíricamente a los discursos en cuestión, se estableció de acuerdo al conocimiento previo y a la teoría, las categorías conceptuales.

Las 5 virtudes fueron los conceptos los cuales fueron definidos en base al marco referencial, de la definición de los conceptos se establecieron las dimensiones y luego las preguntas, las virtudes de confidencialidad y confianza se fundieron en una sola debido a que en conjunto sostienen la relación con el otro; se formularon 15 preguntas abiertas las que fueron levemente ajustadas en algunas entrevistas.

A continuación se presenta el cuadro con los conceptos, sus dimensiones que finalmente dieron origen a las preguntas.

<b>Concepto</b> <b>Categorías apriorísticas</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Preguntas</b>
<p>1. <b>Compasión:</b> Virtud que permite la vivencia del sufrimiento del otro, determina una acción en consecuencia al sufrimiento detectado.</p>	<p><b>Comprensión del Sufrimiento: Físico y emocional</b> comprensión de la vulnerabilidad física y emocional del AM producto de la disminución de las capacidades físicas como consecuencia del proceso de envejecimiento y de las patologías crónicas, de la disminución o falta de los cuidados y del apoyo a nivel familiar y social.</p> <p><b>Autonomía:</b> la compasión involucra el respeto y el fomento por la autonomía de la persona que permita el</p>	<p>¿Cómo es la experiencia de cuidar AM en tu servicio?</p> <p>¿Cuáles crees que son los principales dolores de los AM en tu servicio, Entendiendo éstos como el sufrimiento de una persona en todas sus dimensiones?</p> <p>¿Y qué haces tú frente a esto?</p> <p>¿Cómo se respeta la autonomía del AM en tu servicio?</p> <p>¿Qué opinas respecto a la minimización de los AM, trato como niño?</p>
<p>2. <b>Confidencialidad/confianza</b> la relación interpersonal es la base del cuidado, lo que permite que se genere la confianza y la confidencialidad. Es la importancia de estar presentes en el cuidado, estar ahí.</p>	<p><b>Contacto Físico:</b> parte del cuidado donde éste es brindado a través del sentido del tacto, con el objetivo de provocar cercanía con el AM</p> <p><b>Escuchando al AM.:</b> interés por escuchar al AM con el objetivo de centrar el cuidado en sus</p>	<p>¿En cuánto a las prácticas de cuidado con el AM en tu servicio, como se cautela la relación interpersonal (entendida la relación entre enfermera y persona cuidada)?.</p> <p>¿Cómo se fomenta el respeto y la privacidad en el cuidado?</p> <p>¿Cómo es la relación interpersonal que estableces con</p>

	necesidades <b>Identificándose con el AM:</b> capacidad de las enfermeras de visualizar al AM como un ser cercano y único.	los AM? ¿Cómo crees que se logra la confianza en la relación interpersonal? ¿Cómo te demuestran los AM la confianza en tus cuidados?
3. <b>Conciencia</b> reflexión respecto a las consecuencias del cuidado y a las condiciones para cuidar al AM.	<b>Tiempo para cuidar:</b> tiempo necesario para el cuidado directo del AM <b>Tensión del cuidar:</b> atención constante a las implicancias del cuidado, de la vulnerabilidad del otro. <b>Recursos para cuidar:</b> recursos con los que se cuenta para cuidar, considerando la vulnerabilidad del AM	¿Cómo crees que debería ser un cuidado de calidad en los am? ¿Crees que los AM que cuidas son vulnerables, por qué?, ¿cómo te haces cargo de eso? ¿Qué de particular y específico tiene el cuidado de los AMs en general?
4. <b>Competencia</b> Percepción de las propias competencias de las enfermeras entrevistadas, para el cuidado del AM vulnerable.		¿Crees que la capacitación es importante al momento de enfrentar el cuidado del AM? ¿Porqué? ¿Qué desafíos implica para ti el cuidado de los AM en tu servicio?, ¿Cómo te has preparado para enfrentarlos? ¿Cómo ha influido tu experiencia en el cuidado de los AM?

Al término de cada entrevista se planteó que de ser necesario, con posterioridad a la revisión de los relatos, se pudiera requerir nuevas entrevistas a modo de aclarar o profundizar en dichas expresiones.

#### **4.1.5.2 Plan de procesamiento de datos**

Al finalizar cada entrevista se realizó la transcripción de ésta por la investigadora, las entrevistas transcritas fueron leídas en varias oportunidades y se fueron comparando con las otras entrevistas realizadas. Simultáneamente se comenzó el procesamiento de los datos.

**Fase reduccionista y categorización:** Primero se seleccionaron y ordenaron los datos, se organizaron las unidades de análisis, se sintetizó y se les dio estructura a los datos de investigación (30). Se utilizó la técnica de la codificación según el criterio explícito del autor. La importancia de los códigos es que estos representan un significado relevante para el estudio ya que asigna a las unidades de análisis a categorías de análisis luego se compararon las categorías siempre teniendo el problema del estudio presente y la teoría de la ética del cuidar.

#### **4.1.5.3 Modelo de Análisis.**

En este estudio se utilizó el modelo de análisis de contenido, ésta es una técnica de investigación cuya finalidad es la descripción y explicación de un fenómeno (33). Bardin en 1996 define el análisis de contenido como: “Un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes” cuyo propósito fundamental del análisis de contenido es realizar “inferencias” de conocimientos (28). Inferencias que se refieren fundamentalmente a la comunicación simbólica o mensaje de los datos, que tratan en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observables.

Para realizar el análisis de contenido se llevaron a cabo los siguientes pasos, de acuerdo al modelo de Mayering (28):

1. Se determinó el objeto de análisis: en este caso la experiencia de cuidado de las enfermeras respecto al adulto mayor hospitalizado, desde la perspectiva de la ética del cuidar y sus constructos.
2. Desarrollo del pre análisis: donde a través de la lectura de las entrevista se busca recolectar indicadores que den cuenta de los temas presentes en el material analizado, relacionados con los constructos declarados por la ética del cuidar.

3. Definición de las unidades de análisis: las unidades de análisis son segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos. Este análisis considero los constructos de la ética del cuidar como elementos rectores en la conformación de las unidades de análisis.
4. Clasificación de las Unidades de Análisis: se clasifican las unidades de análisis que estén relacionadas entre sí, en este estudio se utilizaron los constructos de la ética del cuidar como los elementos para relacionar las unidades de análisis.
5. Desarrollo de categorías: En este estudio se establecieron categorías y subcategorías apriorísticas, es decir, fueron construidas antes de realizar las entrevistas, estas categorías fueron los conceptos objetivadores y fueron extraídas de la teoría de la ética del cuidado de F. Torralba. En estas categorías se fueron agrupando las unidades de análisis relacionadas entre sí.
6. Integración final de los hallazgos: es la elaboración final de la investigación, se apoya en el trabajo inductivo previo, en la reflexión y crítica del marco referencial, teorías descritas y las categorías propuestas. Descubriendo lazos, relaciones, causas, dificultades e interpretando la realidad encontrada.

#### 4.1.5.4 Codificación de unidades de registro

Se identificaron 4 categorías y un total de 9 subcategorías apriorísticas como señala el cuadro siguiente.

Categorías apriorísticas	Subcategoría
1. Compasión (CO):	Reconocimiento de la vulnerabilidad física (SF) Reconocimiento del vulnerabilidad emocional (SE) Entre la autonomía y la sobreprotección (A)
2. Confidencialidad/confianza (CC)	Contacto Físico (T) Escuchando al AM. (E) Identificándose con el AM (I)
3. Conciencia (CN)	Tiempo para cuidar (TC) La Tensión del cuidar (TS) Recursos para cuidar (RC)
3. Competencia (CP)	

Luego se procedió a la triangulación de los discursos de las enfermeras con las categorías y subcategorías apriorísticas las que fueron conceptualizadas y extraídas previamente de la revisión documental, este es un proceso que los investigadores llaman triangulación hermenéutica.

El proceso de triangulación hermenéutica es la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio, surgida en una investigación, ya sea mediante la recopilación de información en el trabajo de campo o mediante la revisión bibliográfica, a fin de constituir el corpus representativo de los resultados de la investigación. (31)

#### **4.2. Trabajo de campo**

Todas las informantes trabajaban en el servicio de Medicina del HGF, en turnos diferentes, debido a esto se coordinó un horario específico para cada una. La entrevista se realizaron en una sala privada en el mismo servicio esto permitió que se generara un ambiente de privacidad y tranquilidad.

Se solicitó a cada enfermera la autorización, para usar grabadora durante la entrevista de manera de facilitar la transcripción de la información y minimizar la pérdida de datos y el lápiz y papel para apuntar ideas centrales que surjan en el desarrollo del tema.

Antes de iniciar las entrevistas se dio lectura al consentimiento informado para ser firmado, se enfatizó en la garantía del anonimato de cada entrevista y en la libertad para tomar decisiones de participar en el estudio.

La entrevista se realizó en base a preguntas semiestructuradas. Eventualmente se redireccionó el desarrollo de la entrevista agregando unas preguntas aclaratorias del relato y encausadoras de las preguntas originales. Las entrevistas fueron grabadas en su totalidad y duraron entre 35 y 45 minutos.

***CAPITULO 5***  
***RESULTADOS***



## CAPITULO 5: RESULTADOS

### 5.1 Características de los informantes:

Se realizaron seis entrevistas a enfermeras del servicio de medicina, todas mujeres con experiencia clínica entre uno y quince años, todas con un máximo de dos años en el servicio de medicina.

Ninguna tenía estudios en geronto geriatría.

Informante	Sexo	Años en el Servicio medicina	Años de obtención del título	Estudios formales en gerontología
1	Femenino	2	15	No
2	Femenino	2	2	No
3	Femenino	1	1	No
4	Femenino	1	3	No
5	Femenino	2	5	No
6	Femenino	1	1	No

#### 5.1.1 Matriz de codificación de la información

La matriz de codificación se estructuró en base a las categorías y subcategorías apriorísticas, es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de información. En esta matriz se han seleccionado las unidades de significado que son pertinentes al estudio y se ha realizado reducción de los datos buscando las respuestas más relevantes usando un criterio de recurrencia y también de asertividad.

**Categoría nº 1: Compasión**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISIS	REDUCCION DE LOS DATOS
<b>COMPASION (CO)</b>	<b>COMPRESION DE LA VULNERABILIDAD FISICA (SF)</b>	<p>E1 COSF "...por lo general siempre los pacientes AMs tienen mayor dificultad en la deambulaci3n. Es lo que se ve m3s ac3...el paciente tiene una fragilidad de piel.....hay algunos m3s dependientes. Entonces son cosas que los hacen m3s vulnerables".</p> <p>E2 COSF "...porque son pacientes que por su edad son bastante deteriorados cognitivamente, se ponen agresivos frente a algunos procedimientos..."</p> <p>E3 COSF "...se le suman sus patologías de base, las nuevas patologías que est3n cursando y el factor edad..."</p>	<p>El cuidado, las enfermeras lo visualizan en una primera instancia en satisfacer necesidades físicas. Lo describen como complejo dada por pluritologías, polifarmacia, dependencia que complican el estado de salud del AM,</p> <p>Existe una conciencia de que las necesidades de cuidado del AM son distintas, se reconoce que requieren mayor tiempo de dedicaci3n, paciencia para el cuidado integral.</p>

**Categoría nº 1: Compasión**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISIS	REDUCCION
<p><b>COMPASION (CO)</b></p>	<p><b>COMPRESIÓN DE LA VULNERABILIDAD EMOCIONAL (SE)</b></p>	<p>E2 COSE "...a veces ellos tienen pena, están deprimidos, por lo mismo, por la situación que están viviendo, no solo por la hospitalización, sino que por la soledad..."</p> <p>E2 COSE "...porque cuando tienen familia, la familia se hace cargo,....si no tienen red de apoyo, esa parte es complicada, y es largo generalmente ese proceso. No hay quien lo pueda recibir, que lo pueda cuidar."</p> <p>E6 COSE "...si es un paciente que está así, abandonado hay un poco de angustia, de rabia, como que uno no comprende por qué el paciente está en esas condiciones..."</p> <p>E6 COSE "...pacientes que te dan impotencia, porque uno igual no puede involucrarse mucho y no puede ayudar más allá de la parte salud, en lo que puedo hacer por ellos."</p>	<p>Las necesidades afectivas cumplen un rol importante en la salud del AM, se observa soledad y abandono, sentimientos de tristeza que hacen al AM dependiente del cuidado de enfermería</p> <p>Se reconoce la importancia de la familia y de la red de apoyo, para apoyar el cuidado del AM.</p> <p>La falta de red de apoyo familiar o social es lo que genera mayores dificultades en la continuidad del cuidado, la Asistente Social no es capaz de absorber el gran número de casos.</p> <p>Los sentimientos que genera el cuidado del AM son diversos desde ternura y cariño, responsabilidad, hasta frustración y angustia, principalmente asociado a la condición de vulnerabilidad dada por las características físicas y sociales del AM hospitalizado.</p>

**Categoría nº 1: Compasión**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDAD DE ANALISIS	REDUCCION
<p><b>COMPASION (CO)</b></p>	<p><b>ENTRE LA AUTONOMIA Y LA SOBREPOTECCION (A)</b></p>	<p>E4 COA "...cuando han llegado pacientes autovalentes, intentamos mantenerlos en esa condición..."</p> <p>E1 COA "... mmmm si por a veces el mismo hecho de ir al baño.... No mejor que use la chata así es más fácil, a riesgo de que se caiga y a veces podría perfectamente con calma caminando va al baño hace sus cosas tranquilo y vuelve, pero esta eso de que se puede caer entonces ahí también lo estamos coartando, él podría hacer sus cosas solos pero para evitar las caídas lo sobreprotegemos..."</p> <p>E6 COA "...aquí más que nada, por precaución, tratar que para que no le pase nada, uno lo sobreprotege más de lo necesario."</p> <p>E4COA "...si, uno tiende a tratarlo como niño en algún momento, es inevitable, pasa, no sabría decir por qué, pero es lo primero que uno hace al ver al paciente en una condición tan vulnerable casi como un niño..."</p> <p>E1 COA "... no digo que es lo común que haya un maltrato pero hay que tener paciencia, y a veces uno ve gente que no tiene mucha paciencia..."</p> <p>E1 COA "...uno flexibiliza esa parte, uno trata de adecuarse para que ellos se sientan más cómodos, flexibilizar para satisfacer las necesidades que tiene..."</p> <p>E5 COA "Es súper difícil romper las reglas, porque uno después dice chuta todo es culpa de la enfermera, no sé."</p>	<p>La autonomía física se reconoce como importante, se incentiva en algunos actos como comer o movilizarse en cama.</p> <p>Existe una sobreprotección en el AM y una minimización de sus capacidades por temor a complicaciones y eventos adversos principalmente caídas.</p> <p>El AM genera sentimientos de ternura y ante la vulnerabilidad que presenta tiende a ser tratado como niño desde una visión cariñosa.</p> <p>El cuidado que implica mayor tiempo y paciencia, hay situaciones donde el cuidado otorgado es deficiente incluso llegando al maltrato o la minimización "negativa", atacando la dignidad del otro.</p> <p>La experiencia en el cuidado permite un cuidado con mayor flexibilidad que se adapte a las necesidades del adulto mayor, que considere sus deseos más que la norma o lo que debe ser realizado desde la perspectiva del equipo</p> <p>Sin embargo en enfermeras más jóvenes existe cierto temor a flexibilizar el cuidado</p>

**Categoría Nº 2: Confidencialidad/confianza**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISIS	REDUCCION
CONFIDENCIALIDAD/CONFIANZA (CC)	CONTACTO FISICO (CT)	<p>E2 CCCT "Sí, soy como de conversarle, realizar el examen y preguntarle como están, darle la mano Ellos se sienten como más seguros. Se sienten como más empáticos, uno se preocupa, realmente por él..."</p> <p>E3 CCCT "...quizás a veces tomarle la mano, decirle el por qué está acá, explicarle, yo sé que no sirve mucho eso, pero mucho no puedo hacer, más que eso, de tratar de calmar su ansiedad, hablando o tocándolo..."</p>	<p>El contacto físico principalmente dar la mano, tiene un gran valor para el AM. Y las enfermeras lo reconocen necesario para otorgar cuidado, especialmente al momento de calmar o disminuir angustia</p>
	IDENTIFICANDOSE CON EL AM (I)	<p>E4 CCI "...es inevitable no verlo como familia, es inevitable verlo como tu abuela ahí con el abuelo que llega, así como que siempre estas extrapolando a la persona que llega, entonces genera una sensación como de compasión y cariño..."</p> <p>E1 CCI "...a veces hay que plantearse no se si es una cuestión de años y piensa que uno va para allá también..."</p> <p>E5 CCI "Me trato de poner en el lugar de ellos. Que lo que no me gustaría que me hicieran... ayudar..."</p> <p>E6 CCI "...les pueden tocar un familiar de uno, y tiene que ponerse en el lugar de que te gustaría que te trate de la mejor forma posible, tanto sea tu conocido o no sea tu conocido..."</p>	<p>Existe una identificación por parte de las enfermeras del AM con personas que son afectivamente importantes para ellas o con ellas mismas en un futuro.</p>

**Categoría Nº 2: Confidencialidad/confianza**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISIS	REDUCCION
<b>CONFIDENCIALIDAD/CONFIANZA (CC)</b>	<b>ESCUCHANDO AL AM (E)</b>	<p>E1 CCE "...ellos ven que uno está atento a lo que quiere, que los ayudes...si tú los escuchas ellos se sienten más confiados en ti..."</p> <p>E2 CCE "Hacerse cargo y escucharlos también. Ellos exteriorizan ahí, a veces uno les pregunta y ellos dicen: no no me duele nada, pero cuando uno les empieza a preguntar, uno se da cuenta que si están tristes, que sí les dolía algo y no lo quiso contar, ahí uno se da cuenta de las necesidades..."</p> <p>E3 CCE "...me siento a conversar con ellas, me cuentan sus historias, dentro de lo que puedo ... como han estado, como se siente, si tienen pena que lloren, no sé. el emocionalmente estar bien ayuda..."</p> <p>E5 CCE "...siempre comunicándose, a pesar que el paciente no se pueda comunicar contigo en forma verbal, pero si en forma no verbal se comunica..."</p> <p>E6 CCE "...cuando el paciente te empieza a contar cosas sin siquiera tú preguntarles, uno sabe que el lazo ya está creado. Uno ya puede involucrarse un poco más, con un poco más de confianza uno puede ya tener mejor manejo del adulto mayor..."</p> <p>E6 CCE "...generalmente al paciente le cuesta expresar lo que necesita, entonces uno tiene que prestar un poco más de atención, tener un poquito más de paciencia..... y eso es darse un tiempo, Eso ya es un cambio ante un adulto mayor..."</p>	<p>La relación enfermera paciente es fundamental en el cuidado, se reconoce principalmente la importancia de escuchar al otro, para crear esta relación, entender las necesidades del otro y así otorgar el cuidado necesario.</p> <p>Se reconoce la escucha como una herramienta para mejorar el estado emocional del AM</p> <p>Existe la preocupación de entablar una relación, hablar con el otro independiente de su estado cognitivo</p> <p>La confianza es fundamental para el cuidado, es la relación enfermera-AM la que permite la instalación de ésta.</p> <p>La vulnerabilidad física y emocional del Am, requieren de paciencia, dedicación y por lo tanto mayor tiempo de cuidado.</p>

**Categoría N°3: Conciencia**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISIS	REDUCCION
<b>CONCIENCIA (CN)</b>	<b>TIEMPO PARA CUIDAR (TC)</b>	<p>E1 CNTC "...tienes que tomarte más tiempo, para explicarle las cosas, de hacer las cosas con ellos, eso es más evidente..."</p> <p>E2 CNTC "... yo creo que ellos necesitan más tiempo, tiempo que a veces uno no tiene....depende de la carga de trabajo, porque nosotros tenemos muchos pacientes..."</p> <p>E4 CNTC "...nosotros tenemos mucha carga administrativa, mucha gestión que te aleja un poco de la clínica y en el fondo tu supervisas mucho, peor también delegas mucho..."</p> <p>E4 CNTC "...mira, en verdad el tiempo que uno le dedica como a cada paciente es muy escaso considerando que tienes quince pacientes a los que tienes que programar que ver tomar exámenes hacer miles de vigilancias, todo lo que sea administrativo es mucho tiempo el que te quita, entonces los ratitos que da cada procedimientos hay que aprovecharlos para tratar de llegar un poco más allá..."</p> <p>E4 CNTC "...entonces, quizás más tiempo para dedicarte a la clínica, más tiempo para estar en contacto directo con el paciente o menos tiempo de gestión o cosas administrativas. El tema de las vigilancias te quita mucho tiempo, estas pautas de supervisión te quitan mucho tiempo..."</p> <p>E5 CNTC "...claro, porque yo trato de hacer lo mejor, que a veces no se puede por la parte laboral, la carga, pero uno siempre trata de hacer lo mejor..."</p>	<p>Existe una conciencia de que las necesidades de cuidado del AM son distintas, se reconoce que requieren mayor tiempo de dedicación, paciencia para el cuidado integral.</p> <p>Existe un cuestionamiento de la calidad del cuidado otorgada, consideran que existe falta de tiempo para este cuidado de calidad, que las actividades administrativas y el número de pacientes a su cargo disminuye las oportunidades de relacionarse con el paciente, con la familia y de educar.</p> <p>Si bien se reconoce la importancia del cuidado invisible (escuchar, relacionarse, afecto, educación) se priorizan otras acciones de cuidado por sobre éste, las actividades de gestión y derivados del tratamiento médico.</p> <p>La sobrecarga de trabajo, la dependencia del AM al cuidado de enfermería, la falta de personal dificultan el cuidado integral.</p>

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISIS	REDUCCION
CONCIENCIA (CN)	LA TENSION DEL CUIDAR (TS)	<p>E6 CNTS "...en el adulto mayor, uno tiene que darse cuenta si tiene fiebre, generalmente no te va a decir si se siente mal. Uno tiene que fijarse y acordarse de como era su carita y su cara de dolor, más que nada eso. Fijarte más en los detalles..."</p> <p>E1 CNTS "...y uno ve que necesitan más tiempo más paciencia y no todo el mundo lo ve así..."</p> <p>E6 CNTS "A mí me gustaría dividir las salas, donde podamos dividir a los pacientes que son más dependientes, que están en alto riesgo en una sala, y tenerlas con más personal, sería mucho más fácil el cuidado, porque estaría enfocado netamente a ellos y hacer la otra dependiendo del riesgo que tengan. Ahí ya sería lo ideal..."</p> <p>E4 CNTS "...entonces yo creo que ahí hay un círculo vicioso en relación al cuidado del adulto mayor, la poca consciencia real que hay y que es lo que se puede hacer con ellos, o sea, como gestionar ese cuidado ..."</p> <p>E6 CNTS "...generalmente al paciente le cuesta expresar lo que necesita, entonces uno tiene que prestar un poco más de atención, tener un poquito más de paciencia..... y eso es darse un tiempo, sentarse a busca y pensar sólo en eso. Eso ya es un cambio ante un adulto mayor..."</p> <p>E4 CNTS "...responsable, te da una carga de responsabilidad importante; como te decía delante, te da una carga de consciencia porque sientes que no estás dando lo suficiente..."</p>	<p>Ante la vulnerabilidad de AM que es reconocida, las enfermeras sienten que el cuidado que otorgan no es el suficiente, las características del AM requieren infraestructura especial y mayores recursos</p> <p>Debido al aumento de AM hospitalizados la carga de trabajo no siempre permite mantener la atención constante.</p>



**Categoría Nº 3: Conciencia**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISIS	REDUCCION
<b>CONCIENCIA (CN)</b>	<b>RECURSOS PARA CUIDAR (RC)</b>	<p>E2 CNRC "... a veces uno quisiera tener más recursos, entonces a veces el manejo para estos pacientes es complicado por los pocos recursos."</p> <p>E5 TCRC "...mira yo creo principalmente en la sobrecarga laboral, o sea, hay muy poco paramédico y la cantidad de pacientes por enfermera..."</p> <p>E6 CNRC "A mí me gustaría dividir las salas, donde podamos dividir a los pacientes que son más dependientes, que están en alto riesgo en una sala, y tenerlas con más personal, sería mucho más fácil el cuidado, porque estaría enfocado netamente a ellos..."</p> <p>E6 CNRC "...y que todas las salas contaran con el mismo equipamiento, que todas tuvieran oxígeno, que todas tuvieran la misma calidad de camas, y ahí sería mucho mejor. Ahora si tienen el baño cerca, mejor..."</p> <p>E6 CNRC "...las camas que hay acá son viejas, que ya no están con todos los dispositivos que venían en un comienzo, que a lo mejor eran eléctricos, ya no funcionan eléctricamente, por lo tanto, también el manejo del adulto es más difícil, se dificultan un poco, porque necesitan cambios de posición..."</p> <p>E4 CNRC "... la poca coordinación con la atención primaria y nosotros la atención domiciliaria, y ahí se juntan como muchos nexos, entonces ahí se hace un poco el ver que no se cumplen los objetivos, porque no hay una cadena, no hay una secuencia, no estamos bien organizados en ese sentido..."</p>	<p>La complejidad del cuidado requiere de mayor número de personal, enfermeras y un trabajo multidisciplinario. Se reconocen dificultades en la infraestructura y recursos para otorgar un cuidado de calidad</p> <p>Para mejorar el cuidado del AM se hace necesaria una infraestructura que acompañe las necesidades de este grupo, y que también permita Los recursos físicos facilitan el cuidado y la autonomía del AM</p> <p>Desde la perspectiva de la gestión el categorizar los pacientes de acuerdo a su dependencia y agruparlos en salas con mayor capacidad de personal se ve como una oportunidad.</p> <p>La red asistencial es un obstáculo en el cuidado integral del AM, la falta de coordinación con la atención primaria,</p>

**Categoría Nº4: Competencia**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANALISIS	REDUCCION
<b>COMPETENCIA (CP)</b>		<p>E1 CP "...la parte geriátrica necesita más, algo más específico, ahondar más en las necesidades y como atender a los AMs..."</p> <p>E6 CP "... tanto como con la experiencias que uno va adquiriendo día a día, como con las experiencias de las colegas que son más antiguas, ellas siempre te pueden ir ayudando un poquito más..."</p> <p>E3 CP "Personalmente, a mí no me gusta mucho trabajar con adultos mayores, porque se desorientan, no saben realmente que es lo que le duele, lo que le pasa, son muy dependientes de la atención de enfermería..."</p> <p>E4 CP "...y queda la sensación de que no lo hacemos bien, porque si las expectativas de vida son altas, las condiciones no han mejorado mucho, entonces esa es la sensación y el desafío de pensar cómo, cómo vamos a mejorar esto a corto plazo o largo..."</p> <p>E4 CP "... los mayores desafíos, yo creo que es capacitar mejor al personal, hacerlo más participe o quizás más consciente de lo que significa la atención directa..."</p> <p>E1 CP "...ver que ellos no son solamente un paciente una enfermedad, es un ser integro ver como esta su salud mental..... no se ve en forma integral, cada uno ve lo suyo..."</p> <p>E4 CP "...es un poco frustrante cuando vez que el paciente que tu diste de alta llega peor de como mandaste, a lo mejor las indicaciones o el nivel de educación no fue el apropiado, la indicación que diste no se entendió..."</p>	<p>Se reconoce la complejidad del cuidado del AM, sus diversas necesidades y por lo tanto la falta de capacitación</p> <p>El cuidado del adulto mayor requiere que la enfermera este más atenta, pendiente a los detalles para darse cuenta de la realidad del AM.</p> <p>Se reconoce una falta de capacitación en el cuidado del adulto mayor que aumenta los temores y dificulta el manejo del cuidado del AM</p> <p>La falta de capacitación del personal significa que es un personal menos consciente de las consecuencias de la falta de cuidado, lo que aumenta el riesgo de maltrato, iatrogenias.</p>

***CAPITULO 6***  
***MARCO INTERPRETATIVO***

## CAPITULO 6: MARCO INTERPRETATIVO

### 6.1 Análisis e interpretación de hallazgos

Se analizaron las cuatro categorías y las nueve subcategorías apriorísticas.

#### 6.1.1 Categoría 1: Compasión.

Desde la perspectiva de Torralba la compasión involucra el reconocer el sufrimiento del otro y generar acciones de cuidado en consecuencia. Las enfermeras entrevistadas identifican la vulnerabilidad del AM hospitalizado y cuidan asumiendo este contexto.

El perfil hoy en día del AM hospitalizado en servicios de medicina corresponde mayoritariamente a mujeres especialmente cuando son sobre los 80 años. Suelen estar hospitalizados más días que el resto de la población adulta, las características del envejecimiento, asociado a las patologías crónicas y agudas, los mayores riesgos de eventos adversos, de pérdida de la funcionalidad, la alteración del estado emocional y sentimientos de soledad producto de la hospitalización determinan que el cuidado que necesita el adulto mayor sea más complejo.

En esta categoría surgieron tres subcategorías: reconocimiento de la vulnerabilidad física, reconocimiento de la vulnerabilidad emocional y entre la autonomía y la sobreprotección.

##### 6.1.1.1. Reconocimiento de la vulnerabilidad física

Las enfermeras describen al adulto mayor hospitalizado, como un sujeto vulnerable, esto dado por las características físicas y psicológicas del proceso de envejecimiento, esta complejidad la centran en un comienzo en las necesidades físicas, debido al perfil del AM hospitalizado antes mencionado.

*“...por lo general siempre los pacientes AM tienen mayor dificultad en la deambulaci3n. Es lo que se ve m3s ac3....el paciente tiene una fragilidad de piel.....hay algunos m3s dependientes...el depender de otros tambi3n.... entonces son cosas que los hacen m3s vulnerable.” E1 COSF*

*“...se le suman sus patologías de base, las nuevas patologías que están cursando y el factor edad...” E3 COSF*

*“...tienen diferentes condiciones. Tienen falencias nutricionales, falencias en redes sociales, pacientes que tienen condiciones en la parte de comunicación alterada, tanto como hipoacusias, o tanto que hayan perdido netamente la parte del habla...” E6 COSF*

La vivencia expresada por las enfermeras del estudio es similar a la realidad encontrada en el estudio de Victor Cares y cols (34), demostró que la mayoría de los adultos mayores de 60 años hospitalizados tienen factores de riesgo como la pluripatología, polifarmacia, fragilidad y presentan alto riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización, relacionado con factores como la edad, diagnóstico de ingreso, deterioro cognitivo previo, bajo nivel social, reposo prolongado, larga estadía y rehabilitación tardía. Esta información se complementa con lo encontrado por M<sup>a</sup>. Antonia Muñoz Mella (35), donde encontraron que los AM hospitalizados en un servicio general era dependiente para alguna necesidad básica de la vida diaria, de ellos más de la mitad esta encamado y necesita ayuda para comer.

También en el estudio español “Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría” de María Teresa Vidán Astiz y cols (36), se determinó que el adulto mayor que se hospitaliza es un grupo vulnerable para presentar los efectos adversos de la hospitalización debido a factores, como la existencia de enfermedades crónicas, distintos grados de discapacidad o limitaciones físicas, alteraciones cognitivas, múltiples medicaciones o disminución de la capacidad de reserva. Ambos estudios dejan en evidencia la complejidad del adulto mayor debido a la multicausalidad de factores de riesgo, esto tal como lo dicen las enfermeras de este estudio complejiza el cuidado y los hace más vulnerables.

Ante este deterioro físico emergen las necesidades de cuidado, donde las enfermeras relatan la complejidad que significa cuidar al AM, debido a la particularidad del momento de la vida en que están, sumados a la enfermedad y la hospitalización, las características del AM requieren de un cuidado más paciente, con más tiempo que permita a la enfermera estar atenta a las necesidades, a los cambios en el estado de salud del AM.

*“...en el adulto mayor, uno tiene que darse cuenta si tiene fiebre, generalmente no te va a decir si se siente mal. Uno tiene que fijarse y acordarse de como era su carita y su cara de dolor, más que nada eso, fijarte más en los detalles...” E6 COSF.*

*“...controlando, en este tipo de pacientes, todo lo que es seguridad, camas, las barandas, ....., tratando que sea lo más seguro para ellos, tanto como cuando están en cama, a cuando ya no...” E2 COSF.*

*“Existe una pauta de programación de atención de enfermería, que nosotros programamos con cierta frecuencia, como te digo, tampoco se cumplen a cabalidad, la idea es satisfacer la mayor cantidad de necesidades que el paciente tenga, reales o eventuales...” E4 COSF.*

*“Acá por lo menos, se está tratando, aunque es escaso el personal, de tener una medida de prevención respecto a la UPP, estamos curando pero no estábamos tanto previniendo, ...hacemos un plan de enfermería a cada paciente...Siempre preocupándose del paciente...” E5 COSF.*

*“...generalmente al paciente le cuesta expresar lo que necesita, entonces uno tiene que prestar un poco más de atención, tener un poquito más de paciencia...” E4 COSF.*

### **6.1.1.2 Reconocimiento de la vulnerabilidad emocional**

La vulnerabilidad también se aprecia en las necesidades afectivas de los cuales están carentes, se evidenciaron dos dimensiones una propia del AM y otra relacionada con la familia del AM. Los relatos de las enfermeras destacan que los AMs están ávidos de atención y preocupación y agradecen el afecto y cuidados recibidos

*“....a ti te retribuyen mucho, te llena mucho el estar con ellos, el compartir de hecho hacer un procedimiento, poner una vía tu conversas y ese rato ellos lo*

*agradecen, porque es un poco de atención porque se sienten muy solos en general...” E4 COSE.*

Cerquera en el año 2008 (37), plantea la importancia del reconocimiento de los afectos en la vejez, más aún cuando son personas institucionalizadas u hospitalizadas, dado que esto puede propiciar los estados depresivos, particularmente, por las diferentes pérdidas que se suscitan en esta etapa vital, por ejemplo, la pérdida del trabajo, de su rol social, independencia, familia, entre otros. Si a esto se le suma la disminución de su salud, es de esperarse que la dimensión afectiva vaya deteriorándose cada vez más y con ésta, la calidad de vida del paciente. Por tal razón, se hace necesario atender el aspecto emocional de los adultos mayores siempre que se pretenda apoyar el logro de una mejor calidad de vida para ellos.

Por otro lado se sabe que la hospitalización afecta aún más las necesidades emocionales, esto fue valorado en el estudio de Jurschisk, 2013, donde el 52.5% de los adultos mayores encuestados refieren sentimientos de tristeza y soledad siendo los que estaban hospitalizados en servicios de medicina los que se encontraban mayormente afectados. **(38)**

Lo mismo señala Rodríguez, 2009, en su estudio “La soledad en el anciano”, donde se afirma que es importante que el adulto mayor se comunique y se relacione con el entorno de forma verbal y no verbal, expresando deseos y opiniones sin temor: La enfermera debe realizar escucha activa y promover una relación interpersonal que permita valorar con profundidad los sentimientos y deseos del adulto mayor que permitan planificar los cuidados necesarios para satisfacer estas necesidades. La misma autora destaca que los sentimientos de soledad están relacionados con las pérdidas propias de esta etapa de vida que tienen que ver con aspectos sociales, como la jubilación, muertes de personas significativas, disminución de la recreación, prejuicios respecto a la vejez, disminución de las interacciones familiares. **(39)**

Sin embargo considerando que las necesidades afectivas deben ser principalmente dadas por la familia ya que ella sin lugar a dudas es la principal proveedora de la entrega de afecto y compañía, las enfermeras destacan que en algunos AMs hospitalizados se observan condiciones de soledad y falta de redes de apoyo. El apoyo social es fundamental en el desarrollo del adulto mayor, en su percepción de calidad de vida, las relaciones familiares, los amigos otorgan bienestar y prevención de alteraciones emocionales. De acuerdo a lo expresado por Alba Fernández, en su artículo Rol de enfermería en el apoyo social del AM, el adulto mayor

necesita muestras de afecto y de cariño a través de la presencia física, de la escucha atenta para aliviar la incertidumbre, la ansiedad y la tristeza. (40)

*“...a veces ellos tienen pena, están deprimidos, por lo mismo, por la situación que están viviendo, no solo por la hospitalización, sino que por la soledad.....no tienen red de apoyo, esa parte es complicada, y es largo generalmente ese proceso. No hay quien lo pueda recibir, que lo pueda cuidar.” E2 COSE.*

*“....porque hay pacientes que tienen familia pero es como si no tuviesen porque nunca los vienen a ver. Eso me gustaría, que fuese casi como una ley que los obligara a que ellos participen o que se preocupen....” E2 COSE.*

*“...el poco cuidado de las familias, de repente hay un montón de factores que inciden que no hay quien los cuide, que los hijos trabajan, que no hay nadie quien se haga cargo, quedan en hogares, y de repente llegan en peores condiciones...” E4 COSE.*

Aunque en Chile todavía las familias se hacen cargo de sus personas mayores, ésta realidad que describen las enfermeras no es de extrañar, según la III encuesta de calidad de vida en la vejez 2013, existiría un 14.8% de AMs que viven solos. Muchos de ellos se hospitalizan agravándose su condición al no tener quien los cuide. En el estudio “Estrategia de prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado” (35), se encontraron que el 80% de los AM hospitalizados en un servicio general era dependiente y que de estos el 30% se encuentra acompañado de su familia.

Los cambios al interior de las familias, es decir predominio de la familia nuclear, la entrada de la mujer al mundo laboral, han significado un menor número de recursos familiares para el cuidado del adulto mayor dependiente, trasladando esta responsabilidad a la sociedad (13).

Chile considerando la importancia de las necesidades afectivas y de las interacciones familiares promueve el denominado Hospital Amigo, enmarcado en Ley de derechos y deberes en salud, que en su párrafo sexto declara que toda persona tiene derecho al acompañamiento familiar durante su hospitalización, en el caso del adulto mayor se garantiza la posibilidad de acompañamiento diurno y nocturno por un familiar, las enfermeras entrevistadas refiere que en



este servicio se otorga las facilidades para que la familia o amigos acompañen al adulto mayor, aun así existen muchos que están solos.

Ante esta percepción de la realidad emocional del adulto mayor las enfermeras se hacen cargo principalmente a través de la categoría siguiente “*confidencialidad/confianza*”, el abandono y la soledad genera sentimientos de angustia y frustración ya que las enfermeras tienen la sensación de no ser capaces de asumir el cuidado en forma integral de acuerdo a las necesidades del adulto mayor.

*“...el desafío mayor en el cuidado del adulto mayor yo creo que es el cuidado de forma integral, saber todo, completo; acá en el hospital uno trata de hacer lo máximo que uno pueda, lo superficial, alimentación, digestión y enfermedad patológica y seria, pero la parte de escucha activa, no hay...” E5 COSE.*

*“..responsable, te da una carga de responsabilidad importante; como te decía antes, te da una carga de consciencia porque sientes que no estás dando lo suficiente, o que algo estás haciendo mal porque no están siendo efectivos lo que tu estas programando...” E4 COSE.*

*“...si es un paciente que esta así, abandonado hay un poco de angustia, de rabia, como que uno no comprende por qué el paciente está en esas condiciones.... y no puede ayudar más allá que la parte salud, es lo que puedo hacer por ellos.....Claro tú siempre intentas dar tu cien, y en relación a eso tú piensas que estás haciendo las cosas bien, y cuando ves resultados y no están tan bien.” E6 COSE.*

### **6.1.1.3. Entre la Autonomía y la sobreprotección**

La importancia de la autonomía tiene que ver con la capacidad de cada persona de tomar sus propias decisiones sin coacción de otros, considerando sus propios deseos, creencias, proyecto de vida, es uno de los elementos principales de la dignidad. En el adulto mayor toma mayor importancia ya que se relaciona directamente con la percepción de autoeficacia y autoestima que son pilares fundamentales para mantener la funcionalidad.

De acuerdo a Torralba la compasión no debe oponerse a la autonomía, limitar la libertad y la capacidad de decidir del otro. La compasión busca el desarrollo de la autonomía.

En las enfermeras entrevistadas existe conciencia de la importancia de la autonomía en el adulto mayor pero principalmente orientada a promover la autovalencia, luego también hacia la toma de decisiones respecto al tratamiento, no se mencionan los valores ni las creencias del AM como aspectos importantes al momento de fomentar la autonomía, esto puede ser debido a que se centra el cuidado en aspectos más bien fisiológicos, considerando lo complejo que es el cuidado a este grupo etéreo enfermo.

Las enfermeras de más experiencia le otorgan mayor autonomía al adulto mayor, son capaces de flexibilizar el cuidado centrándose en las necesidades del paciente y no en las necesidades del equipo de salud. Las enfermeras más jóvenes tienden a sentirse más temerosas de flexibilizar.

*“...que uno piensa que por regla tienen que ser así, pero el paciente no es lo que necesita uno puede hacer variaciones puedes atender y puedes guiarte por lo que el necesita.” “...uno flexibiliza esa parte, uno trata de adecuarse para que ellos se sientan más cómodos, flexibilizar para satisfacer las necesidades que tiene...” E1 COA.*

*“...cuando han llegado pacientes autovalentes, intentamos mantenerlos en esa condición, se intenta siempre estar estimulándolos, que no estén en la misma posición que se muevan, que hagan cosas por si solos o acompañados con los resguardos...” E4 COA.*

*“...como te digo nosotros agotamos los recursos en decirlos como es, el argumento y mantenerlos informados, pero se respeta la decisión del paciente.” E4 COA.*

*“...es súper difícil romper las reglas, porque uno después dice chuta todo es culpa de la enfermera, no sé...” E5 COA.*

*“...no porque se demore una hora o media hora en comer yo voy y le voy a poner una sonda. Yo considero como que eso no debería ser, uno debería darle el espacio a que las personas puedan valerse por sí misma...” E6 COA.*

*“...potenciando la poca autonomía que tiene, por ejemplo en el baño, tratar que si el paciente no se puede levantar, ir, llevarle las cosas para que él se pueda hacer su aseo personal, siempre ha existido al igual que la alimentación, tratar de sentarlo, pasarle su cucharita y que el paciente trate de comer...” E6 COA.*

Esto se condice con el estudio Art of caring for older adults in the light of contemporary complexity: theoretical reflection (41), donde afirma que el cuidado brindado al adulto mayor se consolida al mantener la integridad física, mental y moral esto necesariamente significa planificar acciones para preservar la autonomía.

La autonomía física se reconoce como importante, se incentiva en algunos actos como comer o movilizarse en cama, pero en otras actividades como levantarse o el uso de pañales tiende a sobreprotegerse al AM y se deja en cama, las causas son el temor a las complicaciones y eventos adversos principalmente las caídas, la falta de personal que acompañe al AM y la infraestructura deficiente. Como consecuencia se observa una sobreprotección y una minimización de sus capacidades, acompañado de sentimientos de ternura ante la vulnerabilidad, se le trata como niño pero desde una visión cariñosa.

*“...mmm si por a veces el mismo hecho de ir al baño.... No mejor que use la chata así es más fácil, a riesgo de que se caiga y a veces podría perfectamente con calma caminando va al baño hace sus cosas tranquilo y vuelve, pero esta eso de que se puede caer entonces ahí también lo estamos coartando, él podría hacer sus cosas solos pero para evitar las caídas lo sobreprotegemos...” E1 COA.*

*“...aquí más que nada, por precaución, tratar que para que no le pase nada, uno lo sobreprotege más de lo necesario...” E6 COA.*

*“...el desafío es buscar la autonomía del paciente, no sobreprotegerlo tanto, tratar de recuperar las que perdió y mantener las que ya tiene.” E6 COA.*

Gloría Arango en su artículo, Enfermería y el respeto por la autonomía en el ámbito hospitalario: entre la sobreprotección y el descuido (42), explica la dificultad que existe entre las enfermeras de aplicar el concepto de autonomía, aunque en el código deontológico de enfermería uno de los principios que orientan el cuidado y la responsabilidad es el respeto por la autonomía del otro, pareciera ser que aunque es ampliamente conocido es ajeno a la realidad. Las causas estarían relacionadas con la divergencia que se entiende entre el principio de beneficencia y la autonomía, pudiendo entenderse que el respeto por la autonomía sea contrario al cumplimiento del deber de cuidar, lo que generaría una tensión constante entre la sobreprotección y el descuido. Es a través de la capacitación que se puede lograr la comprensión y el alcance del significado de la autonomía para que sea factible ponerla en práctica.

Desde una perspectiva ética, el adulto mayor es un sujeto moral llamado a ejercer responsablemente su libertad para lograr lo mejor posible una vida auténticamente humana para sí mismo y para los demás, y el cuidado de enfermería es una oportunidad para que el adulto mayor se desarrolle.

Pero también se observa que ante la dependencia del adulto mayor, el cuidado implica mayor tiempo y paciencia y las enfermeras relatan situaciones donde el cuidado otorgado es deficiente incluso llegando al maltrato o la minimización “negativa”, atacando la dignidad del otro.

*“...hay gente que no le gusta la parte del adulto mayor, porque considera que es un cacho, textual; ¡no que el abuelito del 2 no sé qué cosa!, yo sé que los abuelitos escuchan, escuchan esas cosas y se sienten mal, afecta su autoestima, a pesar que no se puede comunicar la mayoría, daña. O dicen: otra vez te hiciste...” E5 COA.*

*“...no digo que es lo común que haya un maltrato pero hay que tener paciencia, y a veces uno ve gente que no tiene mucha paciencia...” E1 COA.*

Según Kerouac (43) el cuidar a otro significa respetar el ritmo propio de cada persona, sin imponer los valores propios, la enfermera acompaña en esta experiencia de salud, contribuye a una elección que respete la dignidad del otro. Mantener la dignidad se relaciona con reconocer los valores y promover los derechos de la persona, en la atención de salud existen

innumerables situaciones que amenazan la dignidad: no escuchar los deseos del otro, no informar al adulto mayor sino que a sus hijos, tutear a una persona mayor, dar un baño sin proteger la intimidad, es la enfermera la llamada a promover el respeto por la dignidad en el cuidado, por mantener o realzar las capacidades del otro, potenciarlo en la toma de decisiones que lo lleve a realizar los cambios en el entorno o en su comportamiento. La única forma de lograr esto es a través de la comunicación que comprenda los significados, el afecto y la aceptación de los valores y creencias del otro.

Las personas hospitalizadas se encuentran en una situación de vulnerabilidad en la que se ven perjudicados sus derechos sin que el equipo de salud sea consciente de esto, no se debe olvidar que las personas no son solamente el objeto de trabajo sino que mantienen su condición de persona y su dignidad humana (44) . Debido a esta situación surge la ley de derechos y deberes de las personas en salud, que en su párrafo 2º, artículo 5º se refiere al derecho a recibir un trato digno y respetuoso, esta ley entiende por trato digno el utilizar un lenguaje adecuado donde la persona entienda la información que está recibiendo, tratar con cortesía, amabilidad y por el nombre, respetar y proteger la vida privada

### **6.1.2 Categoría 2: Confidencia/confianza.**

A pesar de la gran importancia dada a los cuidados de la perspectiva física, las enfermeras reconocen que la única forma de otorgar cuidados de calidad es a través de entablar una relación interpersonal con el adulto mayor, que es solo a través de esta que podrán valorarlo de forma integral, conocer su contexto y crear lazos afectivos.

Es a través de la relación personal que se generan los constructos de la confianza y la confidencia, que permitirán el encuentro, donde desde la perspectiva de Torralba, permitirá ingresar al mundo del otro para otorgar cuidados de calidad.

Sin embargo a pesar de expresarlo claramente como una necesidad las enfermeras reconocen que no son capaces de lograrlo adecuadamente debido al exceso de carga laboral, lo que minimiza los tiempos de contacto entre enfermera y paciente.

De esta categoría emergen tres subcategorías: escuchando al AM, contacto físico e identificándose con el AM

### **6.1.2.1. Escuchando al AM**

Como ya se dijo anteriormente existe un reconocimiento a la importancia de la relación con el otro, fundamentalmente a través de la escucha de lo que el otro dice, no solo lo verbal sino también no verbal a través de la observación del adulto mayor, con el fin de entender sus necesidades y deseos y así otorgar el cuidado necesario para esa persona.

*“...hacerse cargo y escucharlos también. Ellos exteriorizan ahí, a veces uno les pregunta y ellos dicen: no no me duele nada, pero cuando uno les empieza a preguntar, uno se da cuenta que si están tristes, que sí les dolía algo y no lo quiso contar, ahí uno se da cuenta de las necesidades...” E2 CCE.*

*“...es importante, porque cuando ellos cuentan lo que les pasa, se sienten como entendidos, “ah! Ellos me escuchan, ellos me entienden”, se sienten como seguros, al menos así lo veo yo...” E2 CCE.*

*“...siempre comunicándose, a pesar que el paciente no se pueda comunicar contigo en forma verbal, pero si en forma no verbal se comunica..... aunque haya una sobrecarga laboral, que en realidad de repente supera, pero siempre trato de sentarme y conversar con el adulto mayor...” E5 CCE.*

*“...me siento a conversar con ellas, me cuentan sus historias, dentro de lo que puedo, hay tanta pega que hay veces que uno no puede hacer eso...en el apoyo emocional, conversar con ellos, que te cuenten, como han estado, como se siente, si tienen pena que lloren, no sé. el emocionalmente estar bien ayuda a liberar un poco de endorfinas como cuando uno se ríe, y ayuda mejorarte, a sentirse mejor, a mejorarse más rápido...” E3 CCE.*

*“...uno trata de mantener la relación por medio de la comunicación, la escucha activa, acercarse tocarlo, tratar de que te entiendan. A lo mejor no te van a entender 100% lo que tú le estas tratando de hacer o decir, pero al menos vas a ver que hay un interés en él. Así es la forma de que el paciente se pueda dar cuenta que tú estás preocupada de él...” E6 CCE.*

*“...siempre comunicándose, a pesar que el paciente no se pueda comunicar contigo en forma verbal, pero si en forma no verbal se comunica...” E5 CCE.*

La escucha se convierte en un momento especial de atención, marcado por el respeto y el interés por los sentimientos que expresa el paciente. (45)

Torralba le da especial atención al escuchar como acción de cuidado en la persona vulnerable, cuando el ser humano atraviesa por el sufrimiento necesita ser escuchado, contar lo que está viviendo, según G. Bryckzynska no es sólo la escucha de las palabras del otro, sino también de las actitudes *“Cuándo la enfermera esta con un paciente, éste puede o no puede estar preparado para hablar, pero la angustia y el tormento de ese paciente debe ser bastante evidente para la enfermera, con sólo ofrecer ayuda y apoyo al paciente, éste tiene una mejor disposición para compartir sus preocupaciones”.* (3)

Desde esta perspectiva el escuchar es una tarea compleja, es necesario centrarse en el otro, dejando de lado los propios pensamientos. Escuchar es una tarea ética ya que otorga importancia al otro, ayuda en la trascendencia del otro, este sentido del escuchar no es por el deseo de hacerlo sino por el deber profesional que implica cuidar a otro ser humano.

Desde el relato de las enfermeras se observa que la escucha es la que propicia el encuentro, que permite otorgar los cuidados específicos, es a través de esto que se logra la confianza, lo que permite entablar la relación interpersonal y finalmente las acciones de cuidado.

*“...cuando el paciente te empieza a contar cosas sin siquiera tú preguntarles, uno sabe que el lazo ya está creado. Uno ya puede involucrarse un poco más, con un poco más de confianza uno puede ya tener mejor manejo del adulto mayor...” E6 CCE.*

*“..ellos ven que uno está atento a lo que quiere, que los ayudes...si tú los escuchas ellos se sienten más confiados en ti...” E1 CCE.*

Colliere en 1986 (46) habla de que muchas veces el cuidado es “invisible”, estar con alguien, escuchar, reforzar sus capacidades, acompañar a otro son acciones invisibles que le demuestran al otro la preocupación, el reconocimiento de su dignidad y la validación de sus sufrimientos. Permitiendo la disminución de la angustia, mayor conciencia de las decisiones y

finalmente un crecimiento y desarrollo personal en el contexto en que se encuentra inserto el adulto mayor.

### **6.1.2.2 Contacto Físico.**

El contacto físico es destacado como un elemento central al momento de relacionarse con el otro, de otorgar confianza, calma en momentos de tristeza y angustia, de demostrar preocupación y afecto. Las enfermeras entrevistadas consideran que el contacto físico tiene un gran valor para el AM, reconocen que el tocar es necesario para poder cuidar. Reconocen en el contacto físico una herramienta para disminuir la angustia, otorgar tranquilidad y transmitir preocupación.

*“... soy como de conversarle, realizar el examen y preguntarle como están, darle la mano. Ellos se sienten como más seguros. Se sienten como más empáticos, que uno se preocupa, realmente por él...” E3 CCT.*

*“...quizás a veces tomarle la mano, decirle el por qué está acá, explicarle, yo sé que no sirve mucho eso, pero mucho no puedo hacer, más que eso, de tratar de calmar su ansiedad, hablando o tocándolo...” E3 CCT.*

Según García (2006), el contacto físico se considera una intervención de enfermería que mejora el ánimo del paciente, es una herramienta eficaz para disminuir temores y angustia, como expresión de un sentimiento de compasión y compañía. Considerando esto, la humanización del cuidado también se puede considerar un indicador de calidad del cuidado (47).

En la ética del cuidar de Torralba, el tacto es la mejor forma de indicar proximidad y preocupación por el otro, manifiesta el reconocimiento a la vulnerabilidad y el respeto por esta misma. (3)

### **6.1.2.3. Identificándose con el AM.**

Existe una identificación por parte de las enfermeras del AM con personas que son afectivamente importantes para ellas o con ellas mismas en un futuro, esto facilita la empatía y por tanto favorece la relación que permitirá un cuidado de calidad centrado en el otro.



*“...es inevitable no verlo como familia, es inevitable verlo como tu abuela ahí con el abuelo que llega, así como que siempre estas extrapolando a la persona que llega, entonces genera una sensación como de compasión y cariño...” E4CCI.*

*“...a veces hay que plantearse no sé si es una cuestión de años y piensa que uno va para allá también...” E1CCI.*

*“...trato de ponerme en el lugar de ellos, o sea, si fuera adulto mayor me gustaría que alguien me pescara, porque de repente que no me pesquen es fome igual. Me trato de poner en el lugar de ellos. Que lo que no me gustaría que me hicieran... ayudar...” E5CCI.*

*“...les pueden tocar un familiar de uno, y tiene que ponerse en el lugar de que te gustaría que te trate de la mejor forma posible, tanto sea tu conocido o no sea tu conocido...” E6 CCI.*

Identificarse con el otro, se traduce en la experiencia de alteridad, es decir de la vivencia del otro, es un motor para la relación interpersonal, motiva a conocer al otro, a ser capaz de entender sus sufrimientos y en consecuencia un sentido de responsabilidad frente a él. De acuerdo a Lévinas, es la llamada del Otro, es el rostro del Otro lo que identifica y genera entonces la necesidad de cuidar. (22).

### **6.1.3 Categoría 3: Conciencia**

De acuerdo a Torralba la conciencia involucra el reconocimiento de la vulnerabilidad del otro, mantener siempre la tensión de cuidar, entendiéndola como la atención constante al rostro del otro y la conciencia respecto de las consecuencias de las acciones de cuidado.

Las enfermeras entrevistadas reconocen la vulnerabilidad del AM hospitalizado y sus necesidades de cuidado, señalan la importancia de estar presentes para generar el encuentro y por consecuencia otorgar cuidados de calidad. Emerge la conciencia por la falta de cuidados centrados en las necesidades del AM, las enfermeras reconocen que el AM vulnerable requiere un cuidado de mayor complejidad donde el tiempo de dedicación y cuidado es mayor.

Aparecen tres subcategorías: tiempo para cuidar, la tensión del cuidar y recursos necesarios para cuidar.

### **6.1.3.1 Tiempo para cuidar**

Las enfermeras refieren conciencia de que las necesidades de cuidado del AM son distintas, y que por lo tanto requieren mayor tiempo de dedicación, paciencia para el cuidado integral. Ante esto existe un cuestionamiento de la calidad del cuidado otorgada, consideran que existe falta de tiempo para este, que las actividades administrativas y el número de pacientes a su cargo disminuye las oportunidades de relacionarse con el paciente, con la familia y de educar. Resienten principalmente las pocas oportunidades para escuchar al AM y como afecta la calidad del cuidado y la satisfacción de las necesidades del AM.

Si bien se reconoce la importancia del cuidado invisible (escuchar, relacionarse, afecto, educación) se priorizan otras acciones de cuidado por sobre éste, las actividades de gestión y derivados del tratamiento médico.

*“... yo creo que ellos necesitan más tiempo, tiempo que a veces uno no tiene, pero uno les pregunta por ejemplo en la mañana, durante el examen físico, y ellos quieren seguir conversando eso es como la falta de tiempo en verdad, para escucharlos totalmente, porque no es uno, son varios pacientes.....En cambio, cuando uno le dice, espérese un poquitito yo voy y vuelvo, uno les ve las caras, entonces yo considero que es importante el tiempo que uno les dedique...” E2 CNTC.*

*“...la atención no es de tanto tiempo, como para entablar una relación con el paciente, como que no se forma ese lazo, es como un paciente más. Yo creo que por eso uno es tan frío o la atención es fría. Yo soy súper de piel y eso me ha afectado un poco...” E3 CNTC.*

*“...yo creo que se deja mucho de lado el contacto físico-emocional con el paciente. Se deja muy de lado el encuentro...” E3 CNTC.*

*“...nosotros tenemos mucha carga administrativa, mucha gestión que te aleja un poco de la clínica y en el fondo tu supervisas mucho, peor también delegas mucho...” E4 CNTC.*

*“...el tiempo que le dedicas a la atención directa, que es disminuido a la gestión administrativa, que te quita mucho tiempo, que no alcanzas a dedicar el tiempo que tu quisieras muchas veces, para lograr un lazo...” E4 CNTC.*

*“...entonces, quizás más tiempo para dedicarte a la clínica, más tiempo para estar en contacto directo con el paciente o menos tiempo de gestión o cosas administrativas. El tema de las vigilancias te quita mucho tiempo, estas pautas de supervisión te quitan mucho tiempo, entonces en general, la enfermera que esta de turno tiene muy reducido su tiempo y de generar el lazo con el familiar y con el adulto que está consciente, a que tú puedas educarlo de alguna manera...” E4 CNTC.*

*“...que escuchándolos no más se sienten bien, pero eso, siempre tengo que hacer otra cosa...” E5 CNTC.*

Esto se avala de acuerdo a lo que expresa Kerouac, (48) donde los centros de salud están insertos en un modelo administrativo que se caracteriza por la burocracia, la impersonalidad, la especialización, la división de tareas, la elaboración de reglas, normas y que a menudo se organizan de acuerdo a un enfoque médico, esto dificulta la gestión de cuidados centrada en la persona.

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

En un estudio cualitativo de Uribe, *Estar ahí, significado del cuidado espiritual: mirada de los profesionales de enfermería* (45), las enfermeras refieren el exceso de trabajo y de labores

administrativas como principal causa que impide tener el tiempo suficiente para atender con cuidado espiritual a los pacientes, ya que éste requiere de momentos prolongados y de sosiego, sin los cuales no puede darse una atención oportuna y de calidad

Así lo expresa Inmaculada Urbina *“En este sistema de objetivos y resultados, donde priman (lo vemos diariamente), los números de las estadísticas, no podemos perder el norte y dejar de lado lo más importante: tratamos con personas y personas en su más íntima fragilidad, debemos escuchar y sentir lo que nos dicen, y ser desde luego cuidadores de verdad, cuidadores de corazón.”* (49)

### **6.1.3.2. Recursos para cuidar**

La complejidad del cuidado requiere de mayor número de personal, enfermeras y un trabajo multidisciplinario. Se reconocen dificultades en la infraestructura y recursos para otorgar un cuidado de calidad.

Para mejorar el cuidado del AM se hace necesaria una infraestructura que acompañe las necesidades de este grupo, y que también permita dar mayor privacidad, por ejemplo salas con oxígeno, aspiración central, etc., baños cerca de las salas. Los recursos físicos principalmente camas eléctricas facilitan el cuidado y la autonomía del AM

Desde la perspectiva de la gestión el categorizar los pacientes de acuerdo a su dependencia y agruparlos en salas con mayor capacidad de personal se ve como una oportunidad.

*“...se está tratando, aunque es escaso el personal, de tener una medida de prevención respecto a la UPP, estamos curando pero no estábamos tanto previniendo, como lo que están en énfasis en este momento...”* E5 TRNC.

*“... a veces uno quisiera tener más recursos, entonces a veces el manejo para estos pacientes es complicado por los pocos recursos...”* E2 CNRC.

*“...tampoco aquí hay personal que lo ayuden a levantarse...”* E3 CNRC.

*“...mira yo creo principalmente en la sobrecarga laboral, o sea, hay muy poco paramédico y la cantidad de pacientes por enfermera...” E5 CNRC.*

*“...y que todas las salas contaran con el mismo equipamiento, que todas tuvieran oxígeno, que todas tuvieran la misma calidad de camas, y ahí sería mucho mejor. Ahora si tienen el baño cerca, mejor...” E6 CNRC.*

*“...las camas que hay acá son viejas, que ya no están con todos los dispositivos que venían en un comienzo, que a lo mejor eran eléctricos, ya no funcionan eléctricamente, por lo tanto, también el manejo del adulto es más difícil, se dificultan un poco, porque necesitan cambios de posición...” E6 CNRC.*

La red asistencial es un obstáculo en el cuidado integral del AM, la falta de coordinación con la atención primaria, sumado a la falta de red de apoyo del AM, al no seguimiento post alta genera dificultades en el cuidado en el hogar

*“...entonces yo creo que ahí hay un círculo vicioso en relación al cuidado del adulto mayor, la poca consciencia real que hay y que es lo que se puede hacer con ellos, o sea, como gestionar ese cuidado en la casa, como es la prevención en el fondo...” E4 CNRC.*

*“...la poca coordinación con la atención primaria y nosotros la atención domiciliaria, y ahí se juntan como muchos nexos, entonces ahí se hace un poco el ver que no se cumplen los objetivos, porque no hay una cadena, no hay una secuencia, no estamos bien organizados en ese sentido...” E4 CNRC.*

### **6.1.3.3 La tensión del cuidar**

El cuidar a otro ser humano es una gran responsabilidad, entendiendo que el cuidado es lo que permite el desarrollo del otro, el llevar a cabo su proyecto de vida. Desde esta perspectiva Torralba señala que para cuidar siempre se debe mantener la tensión, estar atento a lo que se hace, a las necesidades del otro sin olvidar su vulnerabilidad.

Las enfermeras entrevistadas reflejan en sus discursos estar atentas, mantener la tensión. Son conscientes de las necesidades y de las dificultades de cuidado.

*“...generalmente al paciente le cuesta expresar lo que necesita, entonces uno tiene que prestar un poco más de atención, tener un poquito más de paciencia..... y eso es darse un tiempo, sentarse a busca y pensar sólo en eso. Eso ya es un cambio ante un adulto mayor...” E6 CNTS.*

*“...Entonces hacer un procedimiento implica moverlos, cambiarlos de posición, acomodarlos toma más tiempo y tener más cuidado..... claro uno tiene más cuidado con ellos, tiene más paciencia, tienes que tomarte más tiempo, para explicarle las cosas, de hacer las cosas con ellos, eso es más evidente.....Eso paciencia y tiempo para ellos eso es el desafío que no todo la gente se da con ellos. Es una necesidad...” E1 CNTS.*

*“...en el adulto mayor, uno tiene que darse cuenta si tiene fiebre, generalmente no te va a decir si se siente mal. Uno tiene que fijarse y acordarse de como era su carita y su cara de dolor, más que nada eso. fijarte más en los detalles...” E6 CNTS.*

*“...y uno ve que necesitan más tiempo más paciencia y no todo el mundo lo ve así...” E1 CNTS.*

*“...creo que tienen que tener un cuidado especial, no en sala con diferentes edades, creo que el adulto mayor debe estar en un lugar más personalizado, porque es mucho más dependiente de uno...” E3 CNTS.*

*“...a mí me gustaría dividir las salas, donde podamos dividir a los pacientes que son más dependientes, que están en alto riesgo en una sala, y tenerlas con más personal, sería mucho más fácil el cuidado, porque estaría enfocado netamente a ellos y hacer la otra dependiendo del riesgo que tengan. Ahí ya sería lo ideal...” E6 CNTS.*

*“...entonces yo creo que ahí hay un círculo vicioso en relación al cuidado del adulto mayor, la poca conciencia real que hay y que es lo que se puede hacer con ellos...” E4 CNTS.*

*“...responsable, te da una carga de responsabilidad importante; como te decía delante, te da una carga de consciencia porque sientes que no estás dando lo suficiente, o que algo estás haciendo mal porque no están siendo efectivos lo que tu estas programando...” E4 CNTS.*

Según García Hernández, el cuidado se enfoca específicamente a que las enfermeras son las responsables de planificar y ejecutar los cuidados, son ellas las que saben los cuidados que deben ofrecer desde que están en contacto con el sujeto que solicita el cuidado. Son las enfermeras las llamadas a proteger las necesidades del otro, aplicar sus conocimientos en cada acción de cuidado y estar siempre atentas al continuo del cuidado. (50)

#### **6.1.4. Categoría 4: Competencia**

El cuidado profesional no puede ni debe improvisarse, las enfermeras según el código sanitario y también de acuerdo al código deontológico de la profesión son las responsables del cuidado, de acuerdo a las necesidades de cada persona. Por lo mismo la transición demográfica hacia un envejecimiento acelerado de la población conjuntamente con el cambio del perfil epidemiológico ha significado que los profesionales de la salud nos hemos visto enfrentados a pacientes para lo cual no estamos preparados, las mallas curriculares recién comienzan a señalar asignaturas en el área gerontológica.

Esta categoría emergió permanentemente en las entrevistadas las que reconocen que su formación ha sido como generalista, con falta de capacitación en el cuidado del adulto mayor que en consecuencia aumenta los temores, prejuicios y dificulta el manejo del cuidado del AM.

La sociedad española de geriatría y gerontología ha desarrollado el perfil de la enfermera a cargo del cuidado de adultos mayores, declarando que: debe poseer los conocimientos teóricos específicos para asumir el cuidado de AM, tomar en cuenta los valores y la historia de vida del anciano y su entorno, utilizar la valoración integral y sistemática, prevenir y mantener las complicaciones disminuyendo el riesgo de dependencia, favorecer la adaptación al proceso de enfermedad y hospitalización, acompañar al adulto mayor y su familia en el proceso de muerte,

trabajar con un equipo multidisciplinario, sustentar las decisiones en el código deontológico de la profesión.

*“...la parte geriátrica necesita más, algo más específico, ahondar más en las necesidades y como atender a los am. Pero yo siento que prepararnos más hacia eso que van a hacer nuestro fuerte de atención...” E1 CP.*

*“...ver que ellos no son solamente un paciente una enfermedad, es un ser integro ver como esta su salud mental..... no se ve en forma integral, cada uno ve lo suyo...” E1 CP.*

*“...trato de solucionar lo que ellos necesitan, trato de satisfacer sus necesidades, mediante lo que yo puedo o de lo que yo entiendo...” E3 CP.*

*“Los mayores desafíos, yo creo que es capacitar mejor al personal, hacerlo más participe o quizás más consciente de lo que significa la atención directa...” E4 CP*

*“...te das cuenta que hay lesiones o daños en los pacientes que son de preocupación, o sea, ha faltado cambio de posición, ha faltado lubricar la piel; bueno, ahí apelas a la carga laboral, la motivación del personal, a las cargas emocionales, enfrentas distintas aristas de la atención en sí...” E4 CP.*

*“...falta capacitación porque más que nada, siempre está enfocada como en el ámbito médico, como en el ámbito de urgencia como de resolución de problemas...” E6 CP.*

Así también lo entiende Armayor y Solis (51) que destacan la hospitalización como un factor estresante al adulto mayor que aumenta la dependencia, con mayores trastornos físicos y psicológicos. Donde además el riesgo de complicaciones es mayor, como úlceras por presión y caídas. Por lo tanto el adulto mayor requiere cuidados que son específicos para las características, pero las enfermeras a cargo de su cuidado son enfermeras clínicas sin preparación en gerontogeriatría, lo que dificulta el cuidado, aumenta el riesgo y también el estrés en las enfermeras.



La falta de preparación se manifiesta en problemáticas como el delirium

*“...complicada a veces. Porque son pacientes que por su edad son bastante deteriorados cognitivamente, se ponen agresivos frente a algunos procedimientos...” E2 CP.*

El delirium requiere de una preparación profesional para lo cual las enfermeras no han sido capacitadas, en la Revista médica de Chile del año 2014 (52) se menciona que es una de las complicaciones más frecuente en ancianos hospitalizados, alcanzando una prevalencia del 42% según lo señalan otros estudios. Es relevante destacar que en Chile hay escaso programas de postgrado en geriatría y gerontología, situación que se da en todas las profesiones de la salud.

Las enfermeras entrevistadas también le otorgan importancia a la experiencia en el cuidado del AM, tanto la propia como la transmitida por enfermeras más antiguas. Donde la experiencia les ha permitido entender características únicas del AM, como su necesidad de ser escuchado, de afecto, y como ya se ha dicho anteriormente la complejidad que tiene su cuidado no sólo en los aspectos físicos sino que también emocionales. Patricia Benner (53) en su teoría da a conocer cinco niveles de experiencia en la enfermera, se reconoce el nivel de expertiz principalmente por la grandeza del compromiso con el otro y por la capacidad de empoderar al otro, reconoce el poder de la transformación. (54).

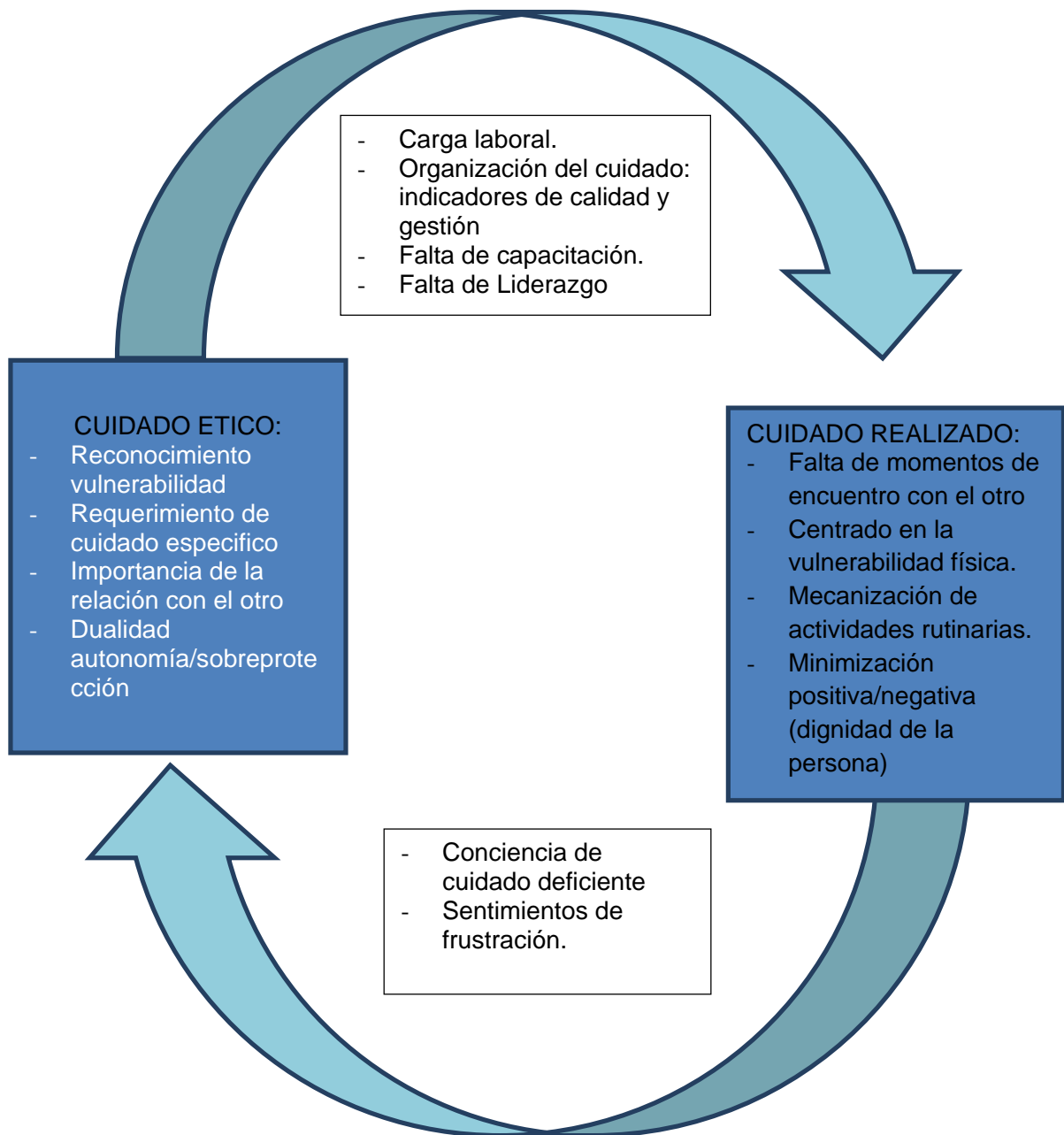


Figura 4: Constructo teórico producto del análisis de las categorías  
 Autora: Paulina Gundelach G.

***CAPITULO 7***  
***DISCUSION Y CONCLUSION***

## **CAPITULO 7: DISCUSION Y CONCLUSION**

### **7.1 Discusión**

La ética del cuidar ha dado la apertura de enfermería a otras formas de enfrentar el fenómeno del cuidado, es importante señalar que la historia de la relación entre la ética y el cuidado de enfermería, no es nueva, se instala desde la profesionalización del cuidado por Florence Nightingale en el siglo 18 y luego por grandes exponentes como Leininger y Watson que han dado las bases de la ética del cuidar. Es el filósofo español Francesc Torralba el que desarrolla la teoría de la ética del cuidar, basándose en las teoristas de enfermería previamente mencionadas.

El acto de cuidar se reconoce como un bien humano, en este sentido la ética debe estar siempre presente. De ahí la importancia de estudiar sobre la ética del cuidar, debido a que no necesariamente surge naturalmente sino que puede y debe ser aprendida.

En Chile se encuentra respaldada en el código de ética de enfermería y por el artículo 113, del Código Sanitario, por lo tanto el cuidado excelente es un deber ético y también legal. La trascendencia de identificar el cuidado en los AM bajo el alero de la ética del cuidar, reside en la vulnerabilidad en la que se encuentran al estar hospitalizados, considerando además el aumento de ellos en los servicios clínicos.

Al analizar el contenido de las entrevistas, se observa que las virtudes que Torralba describe se encuentran presentes al momento de relatar el cuidado.

La compasión se demuestra en el reconocimiento de la vulnerabilidad del AM tanto en lo físico como en lo emocional. La vulnerabilidad física implica mayor tiempo de cuidado y dedicación, ya que la acción de cuidar es más compleja. También se reconoce el sufrimiento emocional, principalmente los sentimientos de soledad, la necesidad de compañía y de ser escuchados. Ante estas carencias aparecen sentimientos de ternura, amor y preocupación por este adulto mayor.

El cuidado ante esta vulnerabilidad se ve insuficiente para las enfermeras, se evidencia frustración en los discursos, ya que las enfermeras reconocen este sufrimiento en el AM pero

sienten que no son capaces de asumir el cuidado en forma integral, debido a la sobrecarga laboral, la complejidad del cuidado, labores administrativas derivadas de la gestión de recursos y de indicadores de calidad, los que se orientan principalmente a la ausencia de eventos adversos y no a potenciar aspectos personales del otro.

La compasión desde la mirada de la ética del cuidar significa comprender el sufrimiento del otro movilizando una acción solidaria para aliviarlo, pero no desde el paternalismo y la sobreprotección sino potenciando la autonomía y las capacidades del otro. En los relatos de las enfermeras se evidencia una dualidad, debido a que reconocen la importancia de mantener la autonomía pero la percepción de vulnerabilidad y los riesgos de eventos adversos (como por ejemplo caídas) tienden hacia la sobreprotección, aún más considerando la falta de personal y la infraestructura inadecuada. La enfermera prioriza el valor de la protección de la vida por sobre la autonomía esto se explica debido al concepto histórico de cuidar que se relaciona con proteger, a diferencia del concepto actual de cuidar que se relaciona con potenciar al otro en sus capacidades. El modelo de salud, los recursos con los que se cuentan tanto humanos como materiales no permiten el desarrollo del concepto de cuidar desde la perspectiva de la transformación.

Además se observa una tendencia a minimizar en el lenguaje pero con un sentido de ternura y cariño. También se hace referencia en los discursos momentos en que el equipo de salud pierde la paciencia con el AM y se evidencian tratos deficientes, minimizándolos negativamente, atentando contra su dignidad y autonomía.

La confianza y la confidencia se observan en el relato de las enfermeras señalando que es a través de la relación interpersonal que se generan las instancias de cuidado, tal como Jean Watson quien asevera que la única forma de otorgar cuidados de calidad es a través de la instalación de una relación transpersonal que promueva el crecimiento y el desarrollo de la persona. Es a través de la confidencia con el AM y la generación de la confianza que se otorga espacio para el encuentro, para el reconocimiento del rostro del otro, como afirma Levinas. Las enfermeras reconocen fundamental la relación interpersonal para cuidar en la vulnerabilidad del AM, pero refieren que el tiempo es insuficiente para hacerse cargo de la complejidad del cuidado del AM. A pesar de que el tiempo para estar ahí, emerge como una necesidad importante al momento de cuidar se priorizan otras acciones de cuidados por sobre el encuentro con el AM, como los cuidados derivados de las indicaciones médicas y la gestión. El modelo

económico imperante, la tecnologización del cuidado y los indicadores de calidad relevan aquellas acciones de cuidado que son visibles y cuantitativas por sobre las invisibles y cualitativas. Esta dualidad genera en las enfermeras sentimientos de angustia y frustración ante la sensación de no otorgar un cuidado de calidad al AM.

Las enfermeras reconocen la importancia de ser competentes, sobre todo ante la complejidad que significa el cuidar al AM emerge el reconocimiento por la necesidad de mayor capacitación en el cuidado del AM, con el fin de otorgar cuidados específicos a las necesidades de este grupo, considerando su vulnerabilidad. La experiencia de las más antiguas es una fortaleza en el cuidado ya que lo hace más flexible y centrado en el otro, esto como guía a las enfermeras más noveles. El liderazgo no se observa claramente en el grupo de enfermeras entrevistada ante situaciones conflictivas y en priorización de cuidados.

El constructo de la conciencia se refleja en el reconocimiento por parte de las enfermeras ante la vulnerabilidad del AM, de la diferenciación de las necesidades del AM y por lo tanto las características del cuidado son propias para este grupo etéreo, se requiere de mayor tiempo, competencias y paciencia. A la vez se visualiza dificultad en mantener la tensión del cuidar, entendida como la capacidad de estar atentas constantemente, debido a como ya se ha dicho a la sobrecarga laboral, la organización de las actividades derivadas de la gestión y la falta de capacitación en el área del AM. Este reconocimiento de mayor complejidad del cuidado, asociado a la falta de tiempo y de preparación genera sentimientos de angustia y frustración en las enfermeras.

Finalmente, cabe señalar que esta forma de vivenciar el cuidado, recientemente se ha incorporado en forma explícita en las currículas académicas, por lo tanto las enfermeras entrevistadas demuestra tener nociones de ética del cuidar como algo innato, propio de la vocación de ser enfermera, pero aún falta empoderarse de la ética del cuidar como base para otorgar cuidado humanizado.

Si bien es cierto, la teoría es comprensible y puede incorporarse en el cuidado del AM, resulta complejo llevarlo a la práctica con la profundidad que ésta requiere, principalmente porque existen fuerzas que se contraponen a saber: falta de capacitación, relación enfermera-paciente insuficiente para la complejidad del cuidado requerido, indicadores de calidad orientados sólo a

aspectos cuantitativos, limitación de recursos humanos y materiales y estructura hospitalaria antigua, circunstancias que fueron relatadas por las enfermeras entrevistadas.

## **7.2. Conclusiones**

Tras la revisión bibliográfica y el análisis de las entrevistas en profundidad, se puede concluir que:

1. El cuidado del adulto mayor hospitalizado es particular y específico, esto debido a la vulnerabilidad que presenta.
2. La compasión, entendida como una virtud que requiere centrar el cuidado en las necesidades del otro, potenciando la autonomía, evitando el paternalismo y sobreprotección, se refleja en la experiencia de cuidado que relatan las enfermeras, se caracteriza por el reconocimiento de esta vulnerabilidad, en cuanto a su deterioro físico y carencias emocionales, lo que determina que las necesidades de cuidado sean más complejas, se prioriza la atención en lo inmediato a las necesidades básicas. Se reconoce que esto no es suficiente, se requiere de mayor tiempo para la relación con él y para fomentar la autonomía y mayor paciencia para respetar los tiempos de los adultos mayores. Es la carga laboral y a la priorización del tiempo en actividades relacionadas con las indicaciones médicas y administrativas que dificulta el cuidado integral.

Las enfermeras se encuentran en una dualidad autonomía y sobreprotección que complejiza el cuidado. Ante la percepción de vulnerabilidad, aparece una tendencia a la sobreprotección, considerando el mayor riesgo de efectos adversos como caídas, la falta de recursos humanos también afecta éste principio ya que no existe la cantidad suficiente de personal para que apoye en la satisfacción de necesidades básicas como por ejemplo el desplazamiento. La infraestructura adolece de lo mínimo necesario para permitir fomentar y respetar la autonomía del adulto mayor hospitalizado.

Existe un reconocimiento a la autonomía como parte fundamental del adulto mayor pero la vulnerabilidad genera sentimientos de sobreprotección lo que trasgrede la autonomía del adulto mayor. En este mismo sentido se relatan eventos donde el adulto mayor es

minimizado y maltratado al no ser reconocido como persona y por lo tanto sujeto de derechos.

3. Respecto a la confidencialidad y la confianza son virtudes según Torralba que se dan en la medida haya una relación interpersonal de tal manera que se permita el encuentro entre uno y otro (el que cuida y el que es cuidado). La relación interpersonal, la confianza, la escucha activa se reconocen como importantes para generar un cuidado de calidad centrado en el otro, pero se priorizan cuidados de orden técnicos y derivados de las indicaciones médicas y se utiliza tiempo de cuidado en actividades de gestión como cumplimiento de protocolos y de normas administrativas que alejan a la enfermera del lado del paciente, dificultando el encuentro.
4. La competencia es una virtud que exige al profesional estar capacitado para ejercer el cuidado de forma óptima. Ya se ha descrito previamente la complejidad del acto de cuidar y es sólo a través de esta virtud que es posible cuidar adecuadamente, requiere necesariamente del conocimiento del ser humano en forma global.

Las enfermeras reconocen la complejidad del cuidado y los desafíos que éste implica en el adulto mayor, la falta de preparación en el área impacta en esta virtud, existe una necesidad por parte de las enfermeras de capacitación específica en el cuidado del AM.

La experiencia adquiere importancia ante la complejidad del cuidado, se observa en los relatos que las enfermeras de mayor experiencia, son más flexibles, consideran las necesidades del adulto mayor por sobre las normas y potencian más la autonomía. Las enfermeras de menos experiencia refieren ser menos flexibles, centrarse más en lo técnico y en las acciones derivadas de la indicación médica y se muestran con mayor tendencia a sobreproteger al adulto mayor. Se releva la importancia de la experiencia tanto personal como el modelo de enfermeras más antiguas que transmiten sus conocimientos y experiencias de cuidado del adulto mayor a las más noveles.

5. La conciencia de acuerdo a Torralba, es una virtud que involucra el reconocimiento de la vulnerabilidad del otro, mantener siempre la tensión de cuidar, entendiéndola como la atención constante al rostro del otro y la conciencia respecto de las consecuencias de las acciones de cuidado. Según el relato de las enfermeras esta virtud se manifiesta



permanentemente al otorgar el cuidado. Saben que el cuidado es de mayor complejidad y toman más tiempo en otorgarlo, al mismo están atentas a ese cuidado. Pero reconocen que ese tiempo es insuficiente y que los recursos materiales son escasos, esto genera sentimientos de frustración al ser conscientes de no otorgar cuidados específicos a las necesidades del AM.

6. Finalmente la manifestación de las 5 virtudes se reconocen en el relato de las enfermeras, existen dificultades para plasmarlas en las acciones de cuidado por diversos motivos como la falta de capacitación, la priorización de las labores de gestión y derivadas de las indicaciones médicas, la falta de personal capacitado. El cuidado excelente o la ética de cuidar requieren de profesionales preparados en el cuidado ético, ya que, como se mencionó anteriormente, éste no basta con ser espontáneo sino que debe aprenderse.

### **7.3 Sugerencias**

Las enfermeras hemos entendido la gestión del cuidado orientada hacia la gestión de recursos, alejándonos de la cama del paciente, es importante entender que la gestión del cuidado incluye los valores y principios que sustentan la profesión desde Florence Nightingale, asumir que el centro de la profesión de enfermería es el cuidado del otro, y que a eso nos debemos. Desde esta perspectiva el desafío está en valorizar en tiempo las acciones de cuidado invisible como escuchar, estar ahí, fomentar la autonomía, el contacto físico así como se valorizan las acciones de cuidado derivadas de las indicaciones médicas y la gestión. Si como dice Uribe (45), el cuidado humanizado se considerará un indicador de calidad se le podría otorgar un valor económico que lo hiciera de interés a instituciones y políticas.

Es importante la capacitación tanto en gerontogeriatría, como en ética del cuidar, entendiendo que esta última se aprende, que la capacitación y la experiencia permitirán cuidados de calidad, centrados en el otro y sus necesidades. Se hace necesaria la capacitación al resto del equipo en gerontogeriatría que les permita entender las características y los tiempos del AM, además de supervisar en el resto del equipo el trato otorgado.

Es necesario estudiar si la complejidad del cuidado del AM, requiere de un mayor número de enfermeras y técnicos paramédicos para el cuidado, con el fin de otorgar más tiempo a cada AM vulnerable, facilitar el trato digno y fomentar la autonomía.

Los hospitales se han visto invadidos por el aumento de AM, la infraestructura ya no da cuenta para las necesidades de este grupo etéreo. Desde esta perspectiva se hace necesario repensar la estructura física, y la adquisición de insumos, con el fin de fomentar la autonomía, permitir mayor privacidad, y el acompañamiento familiar.

Es fundamental seguir desarrollando la ética del cuidar en los currículos de pregrado y de postgrado de la carrera de enfermería, con el fin de plasmar los constructos como parte del deber ser de la profesión, como las actitudes necesarias para otorgar cuidados de calidad.

La ética del cuidar surge como línea de investigación disciplinar en enfermería, este estudio dio la mirada desde la perspectiva del profesional de enfermería, se debe complementar con la mirada de los propios adultos mayores y de las familias.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Achury D. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de enfermería. Investigación en enfermería. 2006; 8(1).
2. Siles JLC. El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto del tiempo en la historia de enfermería. Cultura de los Cuidados. 2007; XXI(21).
3. Torralba F. Lo Categorical del cuidar. In Torralba F. Ética del cuidar, fundamentos, contextos y problemas. Barcelona: Mapfre; 2002. p. 103.
4. Quinteros B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Mayeroff y Watson. Ciencia y Sociedad. 2001 Enero; XXVI(1).
5. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gazeta de antropología. 2006 diciembre; 22(32).
6. Mesa R. Sentimientos morales en la relación de cuidado enfermeras(os) –personas que viven con VIH SIDA. Enfermería Global. 2013 enero;(29).
7. Feyto L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. Enfermería Clínica. 2005; 15(3).
8. Nightingale F. Notas sobre Enfermería Barcelona: Masson-Savat; 1990.
9. Barrio M,MA,SC,AM. Ética de enfermería y nuevos retos. Anales Sistema Sanitario Navarra. 2006.
10. CIE. Código Deontológico del CIE para la profesión enfermera. ; 2012.
11. Colegio de Enfermeras de Chile. Código de Ética. ; 2008.
12. Milos P I. La gestión del cuidado en la legislación chilena: interpretación y alcance. Ciencia y enfermería. 2010; 1.
13. SENAMA. III Encuesta de Calidad de vida de la vejez. Santiago de Chile;; 2013.
14. OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra;; 2015.
15. SENAMA. Política de envejecimiento positivo. ; 2008.
16. SENAMA. Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile. Santiago de Chile;; 2011.
17. MINSAL. Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores. Santiago de Chile;; 2014.
18. Hurtado UA. Chile Envejece: progreso y desafío. Informe Ethos. Santiago de Chile;; 2005. Report No.: 42.
19. Beauvoir Sd. La vejez en la sociedad de hoy. In Beauvoir Sd. La vejez.: Edhasa; 1983. p. 270.

20. Canga A,NM. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. Gerokomos. 2006;; p. 24-31.
21. Conill JCA. La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano. In Beca JAC. Bioética Clínica. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2014. p. 117-127.
22. Torralba F. Itinerarios de fundamentación. In Torralba F. Ética del cuidar. Barcelona: Mapfre; 2002. p. 71-74.
23. Rodríguez-Jiménez S,CM,PA,RM. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria. 2014; 11(4).
24. Levinas E. Humanismo del Otro Hombre Madrid: Caparrós; 1993.
25. Leninger M. Madeleine Leininger. [Online].; 2008 [cited 2016 enero 18. Available from: <http://www.madeleine-leininger.com/cc/overview.pdf>.
26. Davies A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. In El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar; 2005; Barcelona. p. 1-23.
27. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. In Torralba F. Ética del cuidar fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Mapfre; 2002. p. 86-95.
28. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido:una alternativa metodológica alcanzable. Psicoperspectivas. 2003; 2.
29. Graham\_Gibbs. El análisis de los datos cualitativos en Investigación Cualitativa Madrid: Mota; 2012.
30. Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Revista de Investigación en Psicología. 2006; 9(1).
31. Cabrera FC. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. Theoria. 2005; 14(1).
32. Veloso AG. La entrevista en profundidad individual. In Canales M. Metodologías de Investigación social. Santiago de Chile: LOM; 2006. p. 219-253.
33. Abela JA. Centro de estudios andaluces. [Online].; 2002 [cited 2016 enero 18. Available from: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>.
34. Cares V. Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Revista Médica de Chile. 2013;; p. 419-427.

35. Maria Muñoz EEIEMB. Estrategia de prevención de eventos adversos en el anciano hospitalizado. Gerokomos. 2009 Septiembre; 20(3).
36. Vidan M. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Revista Española de Geriatría. 2008; 43(3).
37. Cerquera A. Relación entre procesos cognitivos y el nivel de depresión en adultos mayores institucionalizados en el asilo de Bucaramanga. Universitas Psychologica. 2008.
38. Jurschisk. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza en personas mayores. Gerokomos. 2013 marzo; 24(1).
39. Rodriguez M. La soledad en el anciano. Gerokomos. 2009; 20(4).
40. Fernandez A. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería global. 2010 junio;(19).
41. Araujo F. Art of caring for older adults in the light of contemporary complexity: theoretical reflection. Journal of nursing. 2013.
42. Arango G. Enfermería y el respeto por la autonomía en el ámbito hospitalario: entre la sobreprotección y el descuido. Avances en enfermería. 2013.
43. Kerouac S. Hacia lo esencial de la disciplina. In Suzanne Kerouac JPFADDFM. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 1996. p. 65.
44. Braña B. La vulnerabilidad de los derechos de los pacientes en el medio hospitalario. Ética de los cuidados. 2009 ene-jun; 2(3).
45. Uribe S. Estar ahí, significado del cuidado espiritual: mirada de los profesionales de enfermería.,. Avances en enfermería. 2014.
46. Kerouac S. Propuestas para la práctica enfermera. In Suzzane Kerouac JPFADDFM. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier; 2007. p. 79.
47. Garcia C. El contacto humano en cirugía ambulatoria. Enfermería en Anestesia. 2006.
48. Kerouac S. Propuestas para la Gestión de los Cuidados. In Kerouac S. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier masson; 1996. p. 79.
49. Urbina I. Escuchar y cuidar. Index de enfermería. 2006; 15(55).
50. Maria Garcia Hernandez LCBA. Construcción emergente del concepto: Cuidado profesional de enfermería. Contexto de Enfermería. 2011; 20.
51. Canga A,NM. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización de ancianos. .

52. Carrasco M. Riesgo de delirium durante la hospitalización en personas mayores: desarrollo y validación de un modelo de predicción clínica. *Revista Médica de Chile*. 2014.
53. Brykczynski K. Patricia Benner. De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería. In Ann Marriner Mr. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier; 2007. p. 140-163.
54. Kerouac S. Hacia lo esencial de la disciplina. In Kerouac S. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson; 1996. p. 77.
55. Gordito de la Cerda M. Cuidado emocional al final de la vida. *Etica de los cuidados*. 2014 ene-jun; 7(13).
56. Montoya M. La enfermera y la muerte digna: habitación hospitalaria individual. *Etica de los Cuidados*. 2010 ene-jun; 3(5).
57. Lescaille M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Revista cubana de Enfermería*. 2006; 22(1).
58. Alvarado A. *Etica del cuidado*. Aquichan. 2004 octubre; 4(4).
59. Garcia L. *Etica del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera*. *Acta bioethica*. 2015; 21(2).
60. Gasull M. *La ética del cuidar y la atención de enfermería*. 2005. Tesis de grado de magister TFC Humanitas.
61. Jose Siles CL. *El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la historia de enfermería*. *Cultura de los cuidados*. 2007; XXI(21).

## ***ANEXOS***