

2017

¿Paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado? Un acercamiento crítico del uso de estos términos desde la práctica profesional enfermera en un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata

Marinier, María Celeste

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1080>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Departamento pedagógico de Enfermería
Licenciatura en Enfermería

Asignatura: Taller de Trabajo Final

Docentes: Lic. Esp. Laura Celaya
Dra. Mónica Barg

¿Paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado? Un acercamiento crítico del uso de estos términos desde la práctica profesional enfermera en un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata.

Autores:

María Celeste Marinier
Natalia Micaela Soragni

Director: Mg. Miguel Leyva Ramos



Mar del Plata, 2017

Índice	
Capítulo 1 Área del problema.....	3
Introducción	
Formulación del problema	
Objetivos	
Justificación de la elección del tema	
Metodología	
Capítulo 2 Marco referencial.....	8
Capítulo 3 Diseño metodológico.....	36
Capítulo 4 Tratamiento y presentación de los datos.....	42
Conclusiones	60
Bibliografía.....	62
Anexos.....	67

Capítulo I Área problema

Introducción al problema

Esta investigación pretende abordar críticamente el desarrollo sociohistórico y sociológico de los conceptos paciente, cliente, usuario y sujeto de cuidado¹ -desde las narrativas de los profesionales de enfermería- acerca de cómo dichos conceptos establecen pautas que contribuirían a la perspectiva de su práctica profesional en un nosocomio de la ciudad Mar del Plata durante el año 2017; atendiendo a cada una de las definiciones dadas a los sujetos que concurren al sistema de salud y necesitan del cuidado de los profesionales de enfermería, así como las diferentes perspectivas paradigmáticas para definir al sujeto de cuidado a lo largo del tiempo.

El presente trabajo final surge de la constatación de que en la práctica profesional de la enfermería al destinatario del cuidado se lo nombra de diversas maneras; razón por la cual se ha considerado necesario analizar el uso de distintos términos, para desde esta perspectiva establecer la relación que existe entre los mismos y la práctica profesional enfermera.

Con la finalidad de realizar una revisión teórica y conceptual de los referidos términos, se ha decidido abordarlos tanto desde las teorías de enfermería, como desde una perspectiva histórica y sociológica. Se ha considerado necesario también, establecer el significado histórico de los cuidados de enfermería, los cuales están relacionados con las manifestaciones que ha planteado el saber y el quehacer en la actividad del cuidado, ya que según M. F. Collière: “las enfermeras aseguran la continuidad de la vida ayudando a través de sus prácticas de cuidados a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte”².

Formulación del problema

¿Cuáles son los diferentes significados dados por los profesionales de enfermería de un nosocomio de la ciudad Mar del Plata, a los destinatarios de su cuidado (paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado) durante el año 2017?

¹ El siguiente término va a ser utilizado en este trabajo final para definir la relación que se establece entre los sujetos sociales que ingresan al sistema salud y necesitan del cuidado y de sus cuidadores (profesionales enfermeros). Dicha interacción -en un plano más general (sistema de salud)- está atravesada por la condición de ser social, tanto de los sujetos destinatarios del cuidado (sujetos de cuidado) como sus cuidadores (sujetos cuidadores, es decir, profesionales enfermeros). Al entender que dicho término es superior a otros tales como: paciente, cliente, usuario, entre otros.

² Collière, M. F. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. (1993) Madrid: Interamericana McGraw-Hill, p.7.

Objetivos

Objetivo general:

- Describir los diferentes significados dados por los profesionales de enfermería de un nosocomio de la ciudad Mar del Plata a los destinatarios de su cuidado (paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado) durante el año 2017.

Objetivos específicos:

- Relacionar los significados dados por los profesionales de enfermería a los destinatarios de su cuidado (paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado) con la percepción que tienen de los mismos.

Justificación de la elección del tema

Teniendo en cuenta que los términos más frecuentes utilizados para referirse a los destinatarios del cuidado enfermero: paciente, cliente, usuario y sujeto de cuidado son muy variados y heterogéneos, y responden a las diferentes coyunturas sociohistóricas donde emergen los mismos, así como a sus diversos encuadres institucionales y su respectiva normativización; este trabajo de investigación procura abordar críticamente la construcción de significados de los referidos términos.

Con la consciencia de que este trabajo cuestiona un campo de conocimiento escasamente explorado y con poco abordaje en lo teórico - conceptual, se hace necesario redefinir conceptualmente algunos de sus elementos constitutivos, lo que conlleva a abordar críticamente tales definiciones, asumiendo los riesgos de esta crítica.

Los cambios en el sector salud, el avance de la tecnología y las nuevas especialidades hacen que se debata acerca de la manera de considerar al “sujeto de cuidado” como concepto nuevo y superador que pone en cuestionamiento otros conceptos en uso, tales como paciente, cliente o usuario. Desde esta perspectiva, se entiende que una vez que se ingresa al sistema de salud pasamos a ser sujetos de cuidado, independientemente de que la institución sea privada o pública.

Para la construcción del estado del arte se ha realizado de manera preliminar una exploración bibliográfica en diversos buscadores, así como también en el Centro Médico y en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. A tales efectos, se ha realizado una indagación sobre el tema en cuestión, tratando de encontrar publicaciones

concernientes a esta temática, primero en la ciudad de Mar del Plata, luego en la provincia de Buenos Aires, haciéndolo extensivo al resto del país, Latino América y el mundo.

Tal revisión bibliográfica puso en evidencia la escasez de publicaciones, las cuales tratan soslayadamente la temática en cuestión, por lo que se procedió a ampliar la búsqueda en otras profesiones dentro del sistema de salud, yendo de lo micro a lo macro, procurando indagar además en fuentes históricas, semióticas y epistemológicas sobre los referidos conceptos.

La factibilidad de un proyecto se formula con base en la información que posee la menor incertidumbre posible para medir las posibilidades de éxito o fracaso de un proyecto y a partir de la misma se podrá tomar la decisión de proceder o no con la implementación del mismo.

Un estudio de factibilidad de este proyecto de investigación, atendiendo a diferentes factores como: el estudio del ámbito donde se va a desarrollar, el tamaño de la muestra, la selección de las técnicas y metodología adecuadas, las inversiones necesarias, el tiempo de trabajo, los costos materiales y humanos, el compromiso de los sujetos de estudio y los investigadores que participan en el mismo, así como el sometimiento del proyecto a las autoridades pertinentes.

Del estudio de factibilidad se puede esperar: o abandonar el proyecto por no encontrarlo suficientemente viable, conveniente u oportuno; o mejorarlo, elaborando un diseño definitivo, teniendo en cuenta las sugerencias y modificaciones sugeridas.

En el caso particular de este trabajo final se ha podido constatar la existencia de una necesidad no satisfecha ya que el mismo aborda una temática que no ha sido tratada desde la profesión enfermera en la ciudad, ni la provincia, ni el país, siendo en menor frecuencia abordada, desde la perspectiva de otros profesionales en el resto del mundo. Además, por considerar la viabilidad técnica y metodológica, así como disponer de los recursos humanos, materiales para la realización del mismo.

Este proyecto es original porque como se ha expresado con anterioridad no existen antecedentes desde la enfermería de investigaciones que traten de manera particular la temática que trata. Por otra parte, al abordar esta investigación críticamente las diferentes acepciones que refieren a los sujetos que acuden por diversos motivos al sistema de salud, con la intención de cuestionar las disímiles maneras en que los mismos son tratados y

percibidos por los profesionales del sector. Considerando que los resultados obtenidos a partir de semejante abordaje crítico podrían contribuir al cambio en la manera en que los profesionales enfermeros podrían percibir a los sujetos de cuidado, los cuales son el factor esencial de su práctica profesional y esta mirada novedosa podría acercar a los mismos a una mirada más holística de dichos sujetos sociales, así como de su función como profesionales.

Al constatar que no aparecía bibliografía acorde al tema investigado se procedió a ampliar dicha búsqueda en trabajos referidos a otras profesiones dentro del sistema de salud (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, entre otros), desde lo micro hasta lo macro, procurando buscar en fuentes históricas-epistemológicas de estos conceptos por separado; encontrando Bustamante, E. S. Concepto, sujeto, objeto y método de enfermería; Cely, Gilberto y Galindo, S. J. Del concepto de paciente al concepto de cliente en la prestación de servicios de salud. Un escenario ético enrarecido; Priego, Heberto ¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud?; y Juárez, María Paula. El obstáculo del “paciente”. Denominaciones para el encuentro de sujetos en la atención de la salud.

Como mencionamos anteriormente, no hay registros del tema a investigar, esto pone en manifiesto la originalidad de la investigación, si bien se basará en bibliografías de otros autores ya mencionados sobre los temas a investigar, ninguna expone el tema de manera amplia, por lo que se utilizará conceptos de diferentes autores y en diferentes enfoques teóricos.

Desde las teorías de enfermería, nos apoyaremos en las siguientes teóricas: Betty Neuman y Katie Erikson para el término Cliente; Jean Watson, Dorothea Oren, para el concepto Sujeto de cuidado (entendido este como sujeto social, ser humano, ser social y ser consciente); Virginia Henderson y Madeleine Leininger para el término Paciente. Mientras que el término Usuario, si bien no es utilizado por ninguna de las teóricas, será desarrollado atendiendo a su naturaleza massmediática, mercadotécnica y cibernética.

En cuanto a lo sociológico se han utilizado conceptos referidos a la construcción social de significados desarrollados por Berger y Lukmann, Talcott Parsons, Max Weber, Anthony Giddens y Pierre Bourdieu, entre otros.

Por último, se ha considerado pertinente además referir brevemente algunos conceptos relacionados a la construcción de significados de manera general, particularmente aquellos referidos al campo de la semiótica y la semiología, a saber: Ferdinand de Saussure,

Roman Jakobson, Vladimir Propp, Georges Dumézil, Claude Lévi-Strauss, Ludwig Wittgenstein y Iuri Lotman. Aunque solo se nombren ya que cuestiones espacio-temporales no nos ha permitido el desarrollo de estos.

Capítulo II Marco referencial

Muchas son las maneras en que son nombrados los seres humanos que acuden al circuito de salud, respondiendo a las más diversas razones. Como ya se ha enunciado en el capítulo anterior, este trabajo tiene como propósito esencial analizar la manera en que influye en la práctica profesional de enfermería la construcción de significados de los referidos profesionales acerca de los destinatarios de su cuidado (paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado) de un nosocomio de la ciudad Mar del Plata durante el año 2017. En tal sentido, se han elegido, dentro de un extenso *corpus* crítico, algunos conceptos, teorías y paradigmas por considerar que pueden ayudar a la realización del referido análisis y, por ende, a efectivizar el principal propósito de este trabajo.

Luego de realizar una lectura exhaustiva de un grupo de teóricas sugeridas por la docente responsable de la cátedra de Taller de trabajo final, la Licenciada Laura Adriana Celeya, se ha considerado pertinente comenzar por establecer cuáles son las teorías de enfermería desde las cuales se va a sostener el análisis de los datos empíricos emanados de las entrevistas realizadas; para lo cual se ha tenido en cuenta aquellos conceptos que abordan las mismas de manera más crítica y profunda acerca de las definiciones de los sujetos que concurren a los circuitos sanitarios y requieren del cuidado enfermero. Desde esta perspectiva, tanto la teoría del cuidado caritativo de Katie Eriksson, como la filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, la teoría general del Autocuidado de Dorothea Orem, la Enfermería transcultural de Madeleine Leininger y el Modelo de sistemas de Betty Neuman, han sido considerados los más pertinentes para la consecución de este trabajo final; a sabiendas que existen otras perspectivas y elecciones posibles.

En un segundo momento, se ha estimado oportuno hacer una breve reseña histórica sobre las acepciones de los siguientes términos, a saber: paciente, cliente, usuario y sujeto de cuidado.

Por último, se hará referencia, desde la sociología y la antropología cultural, a las nuevas formas de resemantizar a los sujetos sociales que participan del circuito de salud, de manera especial aquellos análisis referidos a los términos cliente, usuario, paciente y sujeto de cuidado. En este sentido se ha apelado a las ideas de autores como Berger y Lukmann, Talcott Parsons, Max Weber, Anthony Giddens y Pierre Bourdieu, entre otros.

Modelos y teorías en enfermería

Jean Watson³, filosofía y teoría del cuidado transpersonal

Principales conceptos:

- Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar.
- Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.
- Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son: -transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente y -cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento. La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.
- Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado⁴.

Teoría del cuidado humano

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- Formación de un sistema humanístico-altruista de valores.
- Inculcación de la fe-esperanza.
- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.

³ Teórica de la Enfermería (1940) Fue a la escuela de enfermería Lewis Gale en Roanoke, Virginia. Tras licenciarse en 1961, se trasladó a Colorado, donde siguió con su formación en enfermería y obtuvo una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en Boulder.

⁴ En lo adelante, lo que aparece en interlineado simple, tamaño 11 y con menor margen, no está entrecomillado porque se ha parafraseado a los autores.

- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza.
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.
- Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.
- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.
- Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida. Con estos supuestos y factores elaboró su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

- Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)
- Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar.

Dorothea Orem⁵ y la Teoría General del Autocuidado

Es la autora de la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado, en la que explica el concepto de autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo: regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

⁵ Dorothea Orem (Batimore 1914-2007) Empezó su carrera de enfermera con las hermanas de Caridad en el Hospital en Washington D.C. y se recibe en el año 1930. Luego en el *Catholic University of America* recibió un *Bachelor of Science in Nursing Education*, en 1939 y en 1946 obtuvo un *Master of Science in Nursing Education*. La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló en el servicio privado, en las unidades de pediatría, y adultos, siendo además supervisora de noche en Urgencias.

- La teoría del déficit de autocuidado, en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- La teoría de sistemas de enfermería, en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos.

Naturaleza del autocuidado:

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Principales conceptos

- Concepto de persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante.
- Concepto de Salud: la Salud es un estado que para la persona significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.
- Concepto de Enfermería: consiste en proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- Conceptos de Entorno: factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Madeleine Leininger⁶ y la Enfermería Transcultural

Modelo del sol naciente

En 1970, Leininger elaboró el modelo de sol naciente el cual representa componentes esenciales de su teoría, este modo resulta un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura. Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: Presentación y mantenimiento de los cuidados culturales; de adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno.

Fuentes teóricas

Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se puede probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada. Afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura.

Conceptos según la teoría de transculturación

- Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y

⁶ Madeleine Leininger (1925-2012) Inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St, Anthony en Denver. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural. Obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social. Trabajó como instructora, enfermera de plantilla y enfermera jefe en la unidad médico-quirúrgica y abrió una nueva unidad de psiquiatría como directora de servicio en enfermería del Hospital de Omaha. Durante ese tiempo avanzó en el estudio, la administración, la enseñanza, el diseño de planes de estudio de enfermería, realizó las comprobaciones y medidas en la Universidad de Creighton de Omaha.

mantenimiento de la salud. Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

- Cuidados: Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida. Incluye además los cuidados culturales.
- Persona: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.
- Entorno: todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

Para Leininger resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral a las necesidades de los pacientes. Siendo fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado. De esa manera, el profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

Virginia Henderson⁷, salud, cuidado, persona y entorno desde una perspectiva holística

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad. El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Conceptos

- Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.
- Cuidado: está dirigido a suplir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

⁷ Teórica de enfermería (1897-1996) En 1921 se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte. En 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

- Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Henderson planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad. Da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

Betty Neuman⁸

El modelo de Neuman, publicado por primera vez en 1972 se ocupa primordialmente de los efectos y de las reacciones ante la tensión, en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La persona se describe como un sistema abierto que interactúa con el medio ambiente para facilitar la armonía y el equilibrio entre los ambientes interno y externo.

La intervención de enfermería tiene por objeto reducir los factores que generan tensión y las condiciones adversas que afectan o podrían afectar el funcionamiento óptimo en la situación determinada de un usuario. La intervención de enfermería se lleva a cabo mediante la prevención primaria que se realiza antes de que la persona entre en contacto con un productor de tensión. La meta es evitar que el productor de tensión penetre en la línea normal de defensa o disminuya el grado de reacción reduciendo la posibilidad de hacer frente al productor de tensión, debilitando su fuerza.

Fuentes teóricas del modelo.

El Modelo de Sistemas de Neuman está basado en la Teoría General de Sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos. Ésta afirma que todos los elementos de una organización compleja interaccionan entre ellos. Este modelo lo sintetizó

⁸ Teórica estadounidense nacida en 1924. Es pionera en la Enfermería en Salud Mental. En 1957 obtiene la Licenciatura de Enfermería. En 1966 finalizó una maestría en Salud Mental y Salud Pública en la Universidad de California. Creó un modelo conceptual para la Enfermería. Y en 1985 se doctoró en Psicología Clínica en la Universidad del Pacífico Oeste.

con los conocimientos a partir de distintas disciplinas, e incorpora sus propias creencias filosóficas y su experiencia enfermera, especialmente en el campo de la salud mental.

Conceptos de la disciplina según la teoría: salud, cuidado, persona, entorno

- Enfermería: Neuman cree que la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad, que es una profesión única que debe ocuparse de todas las variables que afectan al individuo frente al estrés. La percepción enfermera influye en el cuidado que se suministra.
- Persona: El modelo de sistemas de Neuman presenta el concepto persona como un cliente/sistema cliente que puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente es un compuesto dinámico de interrelaciones entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales.
- Salud: Para Neuman, la salud es un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a un cambio constante. Capacidad de flexibilidad para mantener el equilibrio contra cualquier estresor.
- Entorno: El entorno y la persona son los fenómenos básicos del modelo de sistemas de Neuman. Estos dos elementos mantienen una relación recíproca. El entorno se define como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona o el cliente.

Aplicación en la relación enfermera-paciente-familia

El uso de este modelo facilita a los profesionales de la enfermería la elaboración de planteamientos totales, unificados y dirigidos a un objetivo para el cuidado del cliente, aunque también resulta apropiado para un uso multidisciplinario que evite la fragmentación del cuidado del cliente. El modelo delimita un sistema del cliente y una clasificación de los elementos estresantes que todos los miembros del equipo sanitario pueden entender y utilizar.

Neuman desarrolló muchos instrumentos para facilitar el uso del modelo. Estos instrumentos incluyen una herramienta de valoración y de intervención para ayudar a los profesionales de la enfermería a recoger y sintetizar los datos del cliente, un formato para la prevención como intervención y un formato para la aplicación del proceso enfermero en el marco del modelo de sistemas de Neuman.

Katie Eriksson⁹ y la teoría del cuidado caritativo

Conceptos principales y definiciones

- Caritas: significa amor y caridad; en la *caritas* se unen *eros* y *ágape*, por naturaleza *caritas* significa siempre amor sin condiciones. La *caritas*, que es el motivo fundamental de la ciencia del cuidado, representa también el motivo de todo cuidado.

⁹ (1943) Teórica finlandesa. En 1965 se graduó en la Helsinki Swedish School of Nursing. Continuó sus estudios académicos en la universidad de Helsinki donde en 1974 se graduó en Filosofía. En 1982 defendió su tesis doctoral en Pedagogía. Ha sido profesora en varias universidades finlandesas. Su principal área de trabajo la ha llevado a cabo en la docencia y la investigación. Tal investigación la lleva a una profundización en la asistencia a través de un modelo ideal de cuidados denominado teoría del cuidado caritativo.

- **Comunión de la asistencia:** la comunión del cuidado constituye el contexto del cuidado y es la estructura que determina su realidad. La asistencia adquiere carácter peculiar a través de la comunión del cuidado. Es una forma de conexión íntima que describe cómo cuidar.
- **El acto del cuidado:** el acto de cuidado contiene los elementos asistenciales (fe, esperanza, amor, inclinación, juego y aprendizaje), incluye las categorías de infinidad y eternidad e invita a una comunión profunda.
- **Ética asistencial caritativa,** la ética asistencial caritativa comprende la ética del cuidado, cuyo núcleo está determinado por *caritas*. Eriksson hace distinción entre ética del cuidado y ética enfermera. La ética del cuidado trata de la relación básica entre el paciente y la enfermera, el modo en como la enfermera entra en contacto con el paciente en un sentido ético.
- **Dignidad,** constituye uno de los conceptos básicos de la ética del cuidado caritativo. La dignidad humana es, en parte, dignidad absoluta y dignidad relativa. La dignidad absoluta la recibe el ser humano gracias a la creación, implica el derecho de confirmarse como un ser humano único, la dignidad relativa está influida por la cultura y contextos externos.
- **Invitación,** se refiere al acto que tiene lugar cuando el cuidador de la bienvenida al paciente a la comunión. Implica un lugar donde se permite al ser humano descansar, un lugar que respire hospitalidad genuina, en el que la súplica de caridad del paciente tenga respuesta.
- **Sufrimiento,** es un concepto ontológico y se describe como la lucha del ser humano entre el bien y el mal. El sufrimiento implica alejarse de algo, y a través de la reconciliación, volver a crear la totalidad del cuerpo, el alma y el espíritu cuando aparece la dignidad y santidad del ser humano. Es una experiencia total, única y aislada, no es sinónimo de dolor.
- **Sufrimiento relacionado con la enfermedad, la asistencia y la vida.** Son tres formas diferentes de sufrimiento. El sufrimiento relacionado con la enfermedad es el que se experimenta en relación con esta y su tratamiento. El paciente presenta un sufrimiento en relación con la asistencia cuando aquella deriva de esta o de su ausencia (implica violación de su dignidad). En la situación del Paciente toda la vida puede experimentarse como un sufrimiento relacionado con la vida. Para describir al paciente, Eriksson utiliza el concepto de “ser humano que sufre”. El termino paciente remite a *patients*, que en latín significa “sufrimiento”. El paciente es un ser humano que sufre y lo soporta con paciencia.
- **Reconciliación,** hace referencia al drama del sufrimiento. Un ser humano que sufre quiere que le confirmen el sufrimiento que padece, y también, que se le dé tiempo y espacio para sufrir y alcanzar reconciliación. Implica un cambio mediante el que se forma una nueva totalidad a partir de la vida que el ser humano ha perdido en el sufrimiento. En esta surge la importancia del sacrificio. La reconciliación es un prerequisite de la *caritas*.
- **Cultura del cuidado,** es el concepto que Eriksson utiliza en lugar de “ambiente”. Describe la realidad asistencial total y se basa en elementos culturales como las tradiciones, los rituales, los valores básicos. Esta cultura transmite un orden interno de preferencias de valor o *ethos*; las distintas construcciones de cultura se basan en los cambios que experimenta el *ethos*.

Metaparadigmas

- **Persona:** El concepto de “ser humano” se basa en el axioma de una entidad formada por cuerpo, alma y espíritu. Eriksson subraya que el ser humano es considerado en constante transformación, por tanto, nunca alcanza un estado de completa terminación. Hay una lucha continua entre el ser y el no ser.
- **Cuidado-enfermería.** Eriksson considera las *caritas* como una ontología y una expresión de las *caritas*. El cuidado es algo natural y original. Además, considera que la esencia del cuidado solo puede entenderse rastreando su origen. Este se encuentra en el origen del concepto y en la idea del cuidado natural.

- Salud. Eriksson considera la salud según un análisis del concepto en que la define como firmeza, frescor y bienestar. Afirma que salud implica un sentido de totalidad en el cuerpo, alma y espíritu, y no solo la ausencia de enfermedad. Como concepto puro significa santidad y totalidad en el cuerpo, alma y espíritu. Eriksson considera la salud como un movimiento entre lo potencial y lo real en la transformación activa de un ser humano; asimismo, es una parte integrada del ser humano.
- Entorno. Consiste en la idea de amor, caridad y en el respeto y honor de la santidad y dignidad del ser humano. El *ethos* es el componente principal de todos los cuidados. El buen cuidado y el conocimiento verdadero se hacen visibles a través del *ethos*. Representa la fuerza básica de la cultura de la asistencia, refleja la prioridad prevalente de valores a través de los que aparecen los fundamentos básicos de la ética, así como las acciones éticas.

Breve reseña histórica sobre los términos paciente, cliente, usuario y sujeto de cuidado.

El término “paciente”¹⁰, algunas referencias conceptuales

Cuenta principalmente con dos acepciones: como adjetivo se entiende que se trata de una persona que es “paciente”, que espera con calma y como sustantivo, se refiere a aquella persona que sufre algún dolor o malestar, y que es tratado por un/a profesional de la salud.

Si bien es cierto que un “paciente” recibe esta denominación cuando comienza su tratamiento, a través de un consentimiento informado, y debe por ese acuerdo acoplarse a las normas de funcionamiento del ente de salud (institucionalización), es importante también que tenga en cuenta sus derechos: elegir el establecimiento y el personal para su atención, a recibir asistencia de excelente calidad y a ser tratado/a de manera digna.

De acuerdo al tipo de tratamiento y sus características, así como a la línea y/o especialista que debe tratarle pueden existir diversos tipos de “pacientes”, siendo algunos de estos: traumatizados, hemipléjicos, hemofílicos, cardíacos, psiquiátricos y oncológicos.

Ahora bien, también se estila denominar a los “pacientes” en función de la gravedad que registren y en las necesidades para su tratamiento, este tipo de “pacientes” pueden ser: terminal, letárgico, crítico, asintomático, ambulatorio, comatoso, crónico y polimedicado.

Además, pueden agruparse atendiendo a patologías que limitan la capacidad, al menos temporalmente, como, por ejemplo: quemados, sujetos con problemas de movilidad o con algún tipo de limitación ya sea motriz o neurológica.

¹⁰ Proviene del latín *patiens*, que significa sufriente, sufrido, y que es el participio de *pati*, *patior* que significa sufrir, de donde se puede inferir se refiere a una persona que sufre o padece un dolor.

Se ha dicho, en los circuitos de salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar, y en términos sociológicos y administrativos, “paciente” es el sujeto que recibe los servicios de un profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

Ahora bien, antes de llegar a ser formalmente paciente, los individuos pasan por varias etapas: la identificación de los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y el resultado.

En el entorno hospitalario, el “paciente” comienza a comportarse de forma diferente de como lo haría en otra situación. Este hecho se denomina "institucionalización", y se basa en la pérdida de autonomía, lo cual implica que la persona deberá aprender a conformarse con las reglas y rutinas del hospital. Muchas veces este proceso no es aceptado por el “paciente”; cuando éste se recupera, debe volver al rol que tenía inicialmente.

Recientemente, la palabra “paciente” está comenzando a sustituirse por la palabra usuario, precisamente por la relación que tiene con la palabra paciencia¹¹ y, erróneamente por supuesto, también con la palabra pasividad que, aunque de distinto origen etimológico, transmite la sensación de que el paciente tiene que comportarse, necesariamente, como un ente pasivo, inactivo, sin mostrar interés alguno por plantear preguntas y cuestionar lo que no le resulta familiar, lo que no entiende en la consulta con el profesional de la salud.

Una breve síntesis histórica del término “paciente”

El término “paciente” a través de la historia de la humanidad ha estado asociado etimológicamente a persona sufriente, sufrido, sufridor, disimulador, manso, conforme, consentido, tolerante, resignado, pacienzudo, entre otras. Tales definiciones nos han servido para comparar diversos puntos de vista, pero la esencia del fenómeno está en su devenir.

Al analizar algunos de los porqués que originaron el término, uno de ellos es el hecho de que el ejercicio de la medicina durante siglos fue visto como algo misterioso, distanciador y hasta divino. En las sociedades tradicionales precapitalistas, el médico fue también sacerdote o brujo, y su práctica era principalmente mágica¹². Los profesionales de la salud eran vistos como personas carismáticas, que poseían dones especiales otorgados por los dioses¹³.

¹¹ Gómez Jurado J. (2014) *El Paciente*. Barcelona: Ed Planeta. ISBN 978-84-08-12473-3.

¹² Sigerist, H. E. (1974) *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: G. Molina.

¹³ Sigerist, H. E. (1974) *Historia y sociología de la medicina*. *Óp. Cit.*, p. 45.

Con el surgimiento de la medicina científica en el siglo XIX, el ejercicio de los hoy llamados "proveedores de salud" adquiere un enfoque puramente biologicista y curativo. La enfermedad toma una connotación protagónica, aislada y se tiene muy poco en cuenta las circunstancias socioeconómicas y psicológicas del ser humano que la padece. La individualidad del "paciente" se subordina totalmente a las "imposiciones" del médico. El paciente es un ente pasivo; es un objeto en manos del médico como mecánico que se esfuerza por componer las funciones alteradas. Es una relación médico-paciente objetivante en vez de coejecutora¹⁴.

En nuestros días, algunos países han llevado a su máxima expresión esta corriente biologicista, multiplicándola con una impresionante tecnología, que aporta nuevos éxitos. La corriente es ahora biológico-tecnicista, y sigue teniendo un gran influjo sobre los profesionales de la salud del llamado Tercer Mundo¹⁵.

Otro de los porqués del origen del término paciente podría ser la extrapolación inconsciente a la medicina de la concepción pedagógica tradicionalista, en la cual el alumno actúa solamente como objeto del proceso docente¹⁶. El "paciente" es entonces también, sólo el objeto de las bondades y la sabiduría del técnico y profesional de la salud, sin tener en cuenta que ese "paciente" también tiene las suyas.

Como consecuencia de esta concepción implícita, los receptores pacientes, son sólo eso, y entonces pareciera que no es necesario el diálogo, porque no hay nada que aprender de ellos. Supuestamente "En nada o en muy poco pueden contribuir a mantener o recuperar su salud"¹⁷.

¹⁴ Bustamante, J. (1970) *Psicología médica*. La Habana: Instituto Cubano del Libro y Fernández Sacasas, J. A. (1987) "La relación médico-paciente en el sistema de salud". En: *Filosofía y Medicina*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, pp. 164-77.

¹⁵ Rodríguez Rivera, L. (1987) "Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud". En: *Filosofía y Medicina*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, pp. 130-48 y Hernández Cañero, A.; Aldereguía Henríquez, J. "Consideraciones higiénico-sociales sobre el problema arteriosclerosis - cardiopatía isquémica". *Rev. Cubana Adm. Salud* 1987; 13:71-94.

¹⁶ Colectivo de Autores. (1993) *Tendencias pedagógicas contemporáneas*. La Habana: Ciencias Sociales.

¹⁷ Fernández, R.; Rodríguez, M. y Torres, M. (1996) *La comunicación. Una herramienta imprescindible en el trabajo diario*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. (Colección "Para la Vida").

El cliente¹⁸, sus acepciones, su historia

Cliente en la sociedad de la antigua Roma, era el individuo de rango socioeconómico inferior que se ponía bajo el patrocinio (*patrocinium*) de un patrón (*patronus*) de rango socioeconómico superior. La condición del cliente, hereditaria, le hacía ser considerado parte de la familia de su patrón, sometido a la autoridad del *pater familias*; así como miembro menor (*gentilicius*) de la gens de su patrón, con lo que estaba sometido a la jurisdicción y disciplina de la gens y podía acceder a sus servicios religiosos, incluyendo los ritos funerarios, siendo sus restos enterrados en su sepulcro común. Los libertos pasaban a ser clientes de sus anteriores propietarios¹⁹.

Las relaciones de clientela o de patronazgo obligaban a mantener *fides* ("lealtad" y "confianza" mutuas) entre patrón y cliente. Como consistían en acuerdos privados, quedaban fuera del control estatal; pero se consideraban una *mos maiorum* ("costumbre ancestral") y un vínculo de orden religioso, que incluía la dependencia al patrón para la consulta de los auspicio y las ofrendas a los lares²⁰.

A partir de la Ley de las Doce Tablas (449 a. C), los clientes llevaban como segundo nombre el de la gens de su patrón. La relación también tenía fuertes consecuencias jurídicas, puesto que no se permitía a patrones y clientes demandarse ante los tribunales ni testificar uno contra otro, y debían abstenerse de cualquier tipo de injurias entre ellos. También tenía consecuencias militares, estando obligado el cliente a acompañar al patrón a la guerra y a contribuir a su rescate si era hecho prisionero²¹.

El cliente solía provenir de una familia empobrecida o de origen humilde o extranjero que solicitaba la protección de un romano poderoso. Al inicio de la historia romana recibía del patrón, a cambio de su sumisión y servicios, un *heredium* particularmente pequeño (una parcela agrícola de dos *iugera*, insuficiente para alimentarse), aunque esa relación cuasi-laboral dejó de existir en tiempos de la República. A partir de entonces la relación de clientela

¹⁸ La palabra cliente proviene del latín *cliens* (protegido). *Cliens* tiene la misma raíz indoeuropea *klei-* que encontramos en palabras como: declinar, inclinar, reclinar, clínica, clima y clítoris. La idea es que el protegido se inclina, para apoyarse sobre (o recibir la protección de) su patrón.

¹⁹ Dillon, M. y Garland, L. (2005) *Ancient Rome: From the Early Republic to the Assassination of Julius Caesar*. London: Routledge, p. 87.

²⁰ Carcopino, J. (1971) *La vita quotidiana a Roma*. Bari: Universale Laterza.

²¹ Arguello, L. F. (2000) *Manual de Derecho Romano. Historia e Instituciones*. Buenos Aires: Editorial Astrea.

era meramente personal y se establecía en el entorno puramente urbano: los clientes ponían sus servicios, especialmente los servicios políticos (cuando el voto era requerido en las numerosas convocatorias electorales del sistema político romano -comicios romanos-), a disposición de un patrón rico y con ambiciones políticas y sociales, que se convertía en su benefactor y le daba protección y ayuda económica²². La relación clientelar en la vida social y política romana fue decayendo desde el siglo II a. C., hasta el punto que algunos autores consideran que dejó de ser una institución tan decisiva como usualmente se presenta²³.

El concepto "relaciones patrón-cliente" en las ciencias sociales

Las modernas ciencias sociales (especialmente la antropología y la sociología -sobre todo la sociología anglosajona de mediados del siglo XX-) utilizaron el término para designar como relaciones patrón-cliente un fenómeno social de validez universal y con muy distintas aplicaciones²⁴.

Conceptos como el de red social, reciprocidad y el uso de la expresión latina *do ut des* ("te doy para que me des)", tienen una estrecha vinculación con el clientelismo en el contexto social de la edad contemporánea. La expresión que más utilización tiene en el contexto político es la de clientelismo político, se impusieron en la vida política y para el reparto de cargos y prebendas. En la política de Estados Unidos, un papel similar, adquirieron instituciones como *Tammany Hall* y las sociedades secretas colegiadas; y a un nivel social más extenso, las fraternidades de las universidades.

En general, el nepotismo o amiguismo (según los beneficiarios sean parientes o amigos) es la costumbre de que una persona con poder nombre para un cargo, beneficie o recomiende a una persona próxima. En niveles superiores, que alcanzan lo delictivo, la corrupción política o la compra de votos son prácticas, también derivadas del clientelismo, que subsisten en la sociedad contemporánea.

Por último, y no de menor importancia existe el concepto moderno de cliente para denominar a aquellos sujetos que son receptores de las prestaciones administrativas suministradas por un servicio brindado por instituciones privadas. Aunque, como se ha

²² *Ibidem*.

²³ Millar, F. (2002) "The Political Character of the Classical Roman Republic, 200–151 B.C.," en *Rome, the Greek World, and the East: The Roman Republic and the Augustan Revolution*, University of North Carolina Press, 2002, p. 137.

²⁴ Moreno Luzón, J. "El clientelismo político - Historia de un concepto multidisciplinar", Revista de estudios políticos, ISSN 0048-7694, N° 105, 1999, págs. 73-95.

expresado con anterioridad, esta acepción está muy asociada al concepto de usuario, este último reservado con mayor frecuencia a los receptores de las prestaciones administrativas suministradas por un servicio brindado por instituciones públicas²⁵.

El término usuario²⁶, algunos aspectos constitutivos

Según la Real Academia Española, un usuario es aquel que usa algo o que usa ordinariamente algo. Sin embargo, esto se opone a los conceptos de la Web semántica, Web 2.0 y 3.0, ya que la realidad actual prima a los ciudadanos como emisores y no solo como receptores que “usan” los medios. Es preferible, por tanto, hablar de actores, sujetos, ciudadanos, entre otros. para referirse a las personas que interactúan en las redes digitales²⁷.

Tipos de usuario informático

En sentido general, un usuario es un conjunto de permisos y de recursos (o dispositivos) a los cuales se tiene acceso. Es decir, un usuario puede ser tanto una persona como una máquina, un programa, entre otros. En la informática existen diversos tipos de usuarios, a saber: Usuario anónimo, aquel que navega en sitios web (o usa cualquier servicio de la Internet) sin identificarse como usuario registrado. Usuario *beta tester*. La tarea del *beta testers* consiste en reportar errores al programador/desarrollador, y es en gran medida responsable de que el programa llegue al usuario final sin errores.

Aunque las personas que tienen contacto directo con las computadoras pueden ser definidas colectivamente como usuarios, de forma individual tienen numerosas diferencias (edad, sexo, conocimientos previos, motivación, etc.). Sin embargo, hay situaciones en que es necesario clasificarlos en una sola categoría; por ejemplo, para fines de evaluación. Una de las más utilizadas es la que clasifica a los usuarios según su nivel de conocimiento (avanzado, principiante, intermedio).

La definición del concepto usuario no ha sido uniforme. Algunos son partidarios de un concepto amplio, según el cual se entendería por tal el sujeto que usa dicho servicio,

²⁵ Canosa Usera, R.; Rodríguez Arana Muñoz, X. (2013) *Óp. Cit.*

²⁶ La palabra usuario, etimológicamente proviene de la combinación de los vocablos *usus* [uso, derivado a su vez del verbo *uti* (utilizar, emplear, servirse de, tener trato con una persona, entre otros)]. Esta acepción está vinculada al uso de algo, relacionado con un uso, que tiene el uso de algo. Diccionario Etimológico. Real Academia Española de la lengua (RAE) Panhispánico de Dudas. Palamedes. En <https://sites.google.com/site/pyrrus7/diccionario-etimologico>. Consultado el 17 de abril d 2017.

²⁷ Definición de la palabra “usuario” Diccionario de la Real Academia Española de la lengua (DRAE). Consultado el 13 de abril de 2017.

beneficiándose de éste. Pero existe otro concepto que acota más esta definición, entendiendo que solo son usuarios quienes reciben el servicio a cambio de alguna contraprestación.

En otro sentido, algunos autores ciñen el término al sujeto receptor de las prestaciones administrativas suministradas por un servicio público. Considerando que el término adecuado para los servicios privados es el de “cliente”²⁸.

Sin entrar en discusiones teóricas, se ha considerado partir de un concepto amplio de usuario, en el que estaría comprendido de toda persona que se beneficia de las prestaciones en que el servicio esencial consiste.

No obstante, debe tenerse en cuenta la diferente situación en la que se encuentran los usuarios de los diferentes servicios. A lo que se añade que, en algunos casos, el ordenamiento jurídico establece un régimen específico de protección para determinados tipos de usuarios, que se sitúan, de esta forma, en una situación jurídica específica, tal y como puede evidenciarse en el ámbito massmediático, la salud y en las telecomunicaciones²⁹.

Sujetos de cuidado en Enfermería

Si tenemos en cuenta que la Enfermería, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Entonces, los sujetos de cuidado de Enfermería son: el individuo, la familia y la comunidad, entre otros.

El sujeto

Todo individuo es considerado tal en su definición etimológica como aquello que no puede ser dividido. El ser humano, por lo tanto, es un individuo ya que no puede ser dividido sin perder su condición de ser humano. Ahora bien, el ser humano incluye nuevas características en la definición de individuo, ya que se incorpora el razonamiento y las funciones superiores.

²⁸ Pérez Hualde, A., señala al respecto que “solo se es usuario de los servicios públicos. De los servicios privados se es cliente, no usuario. El término usuario en nuestro ordenamiento jurídico tiene un sentido propio, preciso y comprometido ideológicamente”. Ver “Sistema de protección constitucional del usuario de los servicios públicos: fundamentos y dificultades”, en www.acader.unc.edu.ar.

²⁹ Canosa Usera, R.; Rodríguez Arana Muñoz, X. (2013) Derechos de los consumidores y usuarios: una perspectiva integral. Santa Fe: Norma.

El ser humano es un ser social.

La idea de sujeto refiere a una función gramatical, una categoría filosófica o un individuo que, en un cierto contexto, y en sí misma no tiene denominación o identificación. Por su parte, lo social, es aquello relacionado con la sociedad (conjunto de personas que tienen una misma cultura e interactúan entre sí. Si se entiende lo social como un entramado de múltiples variables que regula la vida entre las personas, estableciendo un orden y una ley implícita para el funcionamiento de éstas en la vida en grupo. Entonces, se podría definir al “sujeto social” como un sujeto que, en determinado contexto social, tiene una identidad e interactúa socialmente con otros sujetos, otorgándose mutuamente sentido. Si al concepto de “sujeto social”, le agregamos la posibilidad de ser atendido y cuidado por un profesional de la salud. Entonces, se estaría en condiciones de definir a un sujeto de atención y cuidado (este último más afín a la profesión enfermera).

En ese sentido, se considera un término superador al concepto de paciente, ya que le otorgamos al sujeto, un rol más activo, un sujeto portador de un saber acerca de su dolencia (signos y síntomas) que demanda y que por lo tanto guía el proceso de cuidado profesional en tanto comunica su padecer y su malestar o la eficacia de la terapéutica. Pero sería importante aclarar que un sujeto de cuidado no es solamente una persona, sino que puede ser una comunidad, una familia.

Algunas referencias socio antropológicas

Berger y Lukmann. La construcción de la realidad social³⁰

Berger y Lukmann nos instruyen cómo se dan los procesos para personalizar la formación y reconstruir la propia identidad. Significan como todo comienza en la “socialización primaria” -la que se vive en los primeros años de infancia-, la más importante e inconsciente, se realiza en circunstancias de enorme carga emocional, el aprendizaje -por tanto- no es meramente cognitivo: cada uno llega a comprender y asumir como propio el mundo de los otros³¹.

³⁰ Berger, P. y Lukmann, T. (1993) *La construcción social de la realidad*. Bs. As.: Amorrortu.

³¹ Siendo niños aceptamos los roles y actitudes de aquellos que son *significativos* para nosotros. Los primeros bosquejos de identidad los construimos desde otros, por identificación en espejo, al reflejar en nosotros mismos actitudes y significados de aquellos que nos sostienen ofreciéndonos seguridad.

Después sobrevendrá otra etapa, la “socialización secundaria”, tiempos para internalizar nuevos submundos culturales e institucionales. No es simple este proceso, origina sorpresa la complejidad del conocimiento propio de lo multicultural: siempre hay distintas versiones sobre la misma cosa. Y frente a tal pluralidad surge el dilema sobre ¿cómo desafiar la formación si existe ya un “yo formado” con anterioridad, todo un mundo de significados y comportamientos que tienden a persistir?

Contemplando que toda actividad humana está sujeta a la “habituación”, es decir, que se restringen diversos actos repetidos con frecuencia a uno sólo. Esto produce un alivio psicológico porque establece un rumbo a las acciones de los hombres. De esta manera, la “institucionalización” aparece cada vez que se da una tipificación de acciones “habitualizadas”. Las instituciones, a su vez, implican historicidad y control. La historicidad está dada porque la tipificación es un proceso lento y, el control surge al establecerse pautas definidas de antemano en oposición a otras muchas que podrían darse. Asimismo, este control requiere de otros adicionales cuando los procesos de institucionalización no llegan a cumplirse cabalmente. De la colección de acciones tipificadas, los individuos se adecuan a ciertos roles y se produce la división del trabajo. Al establecerse esta rutina se da paso a la innovación, por lo cual la institucionalización se expande.

Berger y Lukmann entienden que el mundo institucional, considerado como realidad objetiva, se presenta en forma coactiva porque es difícil interpretar la historia actual, ya que esta se presenta como algo externo y coercitivo al individuo.

Si percibimos que el mundo de la vida cotidiana es aquel que se da por establecido como realidad, pero la realidad de la vida cotidiana es una “construcción ínter subjetiva”, un mundo compartido, lo que presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales se comparte con los otros y se experimenta a los otros. Es una realidad que se expresa como mundo dado, naturalizado, por referirse a un mundo que es común a muchos seres humanos.

Pero ese orden social es una construcción constante del hombre; no se da el ambiente natural, ni deriva de datos biológicos, no forma parte de la naturaleza de las cosas; existe solamente como producto de la actividad humana y el ser humano se considera siempre en una esfera de “externalidad activa”.

Para Berger y Lukmann, las formaciones sociales requieren de procesos de objetivación a fin de ser transmitidas a una nueva generación y éste es el lugar que ocupan las instituciones en tanto se experimentan como realidad objetiva. Tres momentos constituyen el proceso dialéctico entre el hombre productor y el mundo social su producto, a saber:

- La externalización: Proceso por el cual las instituciones aparecen fuera del individuo, persistente en su realidad está ahí, existen como realidad externa, el individuo no puede comprenderla por introspección: debe salir a conocerlas, así como debe aprender a conocer la naturaleza.
- La objetivación: Los productos externalizados de la actividad humana alcanzan el carácter de objetividad. Los significados se materializan permitiendo que el sujeto se vuelva accesible los conocimientos de su entorno a las experiencias de su práctica cotidiana.
- La internalización: Es el proceso por el cual el mundo social objetivado vuelve a proyectarse en la conciencia durante la socialización, la internalización se define como aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otros que en consecuencia se vuelven subjetivamente significativos para el que lo internaliza.

El proceso dialéctico de construcción social de la realidad es resumido por Berger y Lukmann así "La sociedad es producto humano, la sociedad es una realidad objetiva, el hombre es un producto social". (Berger y Lukmann, 1991: 165).

En resumen, el estudio de estos autores nos permite ver cómo las representaciones sociales se construyen, se reconstruyen y se transmiten de generación en generación; encontramos de común en ellos, aunque no lo hagan explícito, que estas representaciones son las que por una parte permiten la comunicación al interior de los grupos y por otra, determinan su identidad.

Al ser poseedoras de ciertas características, por estar internalizadas en los grupos, las prácticas sociales que se desarrollan responden desprevénidamente a esas características, adquiriendo el sentido común, lo que en otras palabras sería dar sentido a lo inesperado.

Internalización de la realidad: Socialización primaria y secundaria

Resumiendo, Berger y Lukmann conciben a la sociedad desde el punto de vista de un continuo proceso dialéctico compuesto de tres momentos: externalización, objetivación e internalización. Los tres caracterizan simultáneamente a la sociedad y a cada sector de ella. Estar en sociedad es participar de su dialéctica; sin embargo, el individuo no nace miembro de una sociedad nace con predisposición hacia la sociedad y luego llega a ser miembro de la misma; por lo tanto, el individuo es inducido a participar en esta dialéctica. El punto de

partida de este proceso lo constituye la internalización que establece la base, primero para la comprensión de los propios semejantes y segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto a realidad significativa y social. Esta aprehensión no resulta de las creaciones autónomas de significado por individuos aislados, sino que comienza cuando el individuo asume el mundo en el que ya viven otros. Solamente cuando el individuo ha llegado a este grado de internalización puede considerársele miembro de la sociedad. A este proceso se le denomina “socialización”.

Existen dos tipos de socialización: “socialización primaria”, donde es, por, sobre todo, el lenguaje lo que debe internalizarse, con él y por su intermedio, diversos esquemas motivacionales e interpretativos, se internalizan, como definidos institucionalmente. Construyendo el primer mundo del individuo. Mientras que, por su parte, la “socialización secundaria” es la internalización de submundos institucionales o basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento.

Talcott Parsons y su *Teoría General de la Acción*³²

Para Parsons las condiciones están referidas a todos estos elementos que configuran el entorno en el cual se manifiesta la acción y que son independientes del actor, entendido éste como un sujeto concreto cuyo cuerpo es un medio para llevar a cabo acciones y que encuentra en sus necesidades personales la fuerza para alimentar a los sistemas sociales y culturales de los cuales forma parte.

Desde esta perspectiva, su *Teoría General de la Acción*, está orientada a defender de una mirada más voluntarista de la acción que confiere al actor el permanente deseo de alcanzar sus diversos objetivos mediante su intervención sobre su entorno material y social. Siendo el acto (de acción), no solamente un elemento más del sistema de acción, sino que también, una forma de expresión acerca de la condición social del ser humano³³

Dado lo anterior, se distingue el reconocimiento del sentido de la acción social por los propios actores, del conocimiento e interpretación de este mismo sentido. Es decir, la

³² Parsons, Talcott (1968) *La estructura de la acción social*. Madrid: Akal.

³³ El individuo sujeto de la acción es, lo que sus acciones muestran, y se deducen producto de una intencionalidad a raíz de la internalización de los valores y normas insertos en el modo de vida del individuo, cuya acción social puede ser considerada como un certificado de autenticidad en la sociabilidad de éste.

conciencia de los actores permite dar a la acción su calificativo de social, al igual que lo planteaba Weber; pero la conciencia de la acción no significa obligatoriamente una interpretación veraz de la misma.

Las relaciones sociales entonces, son dominadas por las orientaciones normativas de la acción, las cuales manifiestan que no es el orden social el que influye sobre el sentido motivacional de la acción de los individuos, pero sí la acción colectiva³⁴.

De esta manera, Parsons define al sistema social como formas de la acción social, y propone estudiar la naturaleza de ésta en su acontecer mismo, es decir, identificar la existencia de valores que orientan la acción y que son necesariamente reconocidos por los actores mismos.

Es así, como la orientación motivacional formula los problemas que a cualquier actor social se enfrentaría al participar en una acción de una situación determinada; y la orientación de valor que proponen los criterios que se deben considerar para solucionar los conflictos por la orientación que motiva dicha acción.

Ambas orientaciones son momentos diferentes y complementarios en el proceso de la toma de decisiones, que llevan al individuo social al límite donde la acción debe ser iniciada, pero ninguna constituye la acción social en sí.

Es más bien, la integración de estos dos componentes del sistema social el tema central en la obra de Parsons, en que ambos son componentes esenciales de su teorema dinámico fundamental de la sociedad, el cual está referido a que la estabilidad de cualquier sistema social depende, hasta cierto punto, de interacción de una serie de pautas de valores comunes con la estructura de la disposición de necesidad internalizada de los actores. Por lo que, se deberá considerar que este es el punto principal de referencia de todo análisis que pretenda ser un análisis dinámico del proceso social.

Resumiendo, su obra se está enfocada casi exclusivamente a la estructura de los sistemas sociales y culturales, una evolución que se encuentra relacionada a la tendencia de subrayar la voluntariedad de la acción social, que se halla organizada en colectividades interrelacionadas en dos modelos que definen la relación en las unidades básicas de los sistemas sociales: las normas y los valores.

³⁴ Sería necesario recuperar acá la relación que Robert Merton establece entre las metas culturales y los medios institucionalizados que Talcott Parsons recupera en su teoría.

Considerándose finalmente que, los valores ejercen una forma de dominio sobre las normas, las que a su vez definen sus relaciones de colectividad y así sucesivamente; siendo las normas, instrumentos de los valores pues muchas normas en especial son las que regulan las relaciones del conflicto que no sirven al valor que comparten todos los miembros del sistema.

La Sociología comprensiva de Max Weber y su relación con la metodología social cualitativa

Ante el problema metodológico que traen consigo las ciencias de la cultura, Weber combina la ciencia empírica y subjetiva, dando lugar a una forma de ver la objetividad en las ciencias de la cultura, una teoría de los tipos de acciones básicas y el concepto metodológico de tipo ideal.

Weber retoma de Rickert la idea de que lo que distingue al conocimiento histórico y a las disciplinas que pertenecen a su ámbito de la ciencia natural es su particular estructura lógica, es decir, la orientación hacia lo individual. La comprensión entendida desde Weber no excluye la explicación causal, sino que intenta explicar cada fenómeno de acuerdo con las relaciones particulares de cada caso que lo ligan con otros fenómenos³⁵. No se trata entonces de leyes, sino de conexiones causales adecuadas, que pueden dar lugar a “juicios de posibilidad objetiva”.

Para Weber no existen criterios universales, ya que los datos históricos recopilados para la construcción de enunciados teóricos han sido seleccionados a partir de la toma de posturas valorativas particulares. Los valores son el determinado “punto de vista” con el que se observa una “determinada” parte de la realidad.

Es por eso que el sociólogo alemán procede en su análisis metodológico siguiendo la línea kantiana de interpretación de la realidad social: la totalidad de las relaciones causa-efecto es conceptualmente inagotable, por lo tanto, la explicación se restringe a una serie finita de elementos determinada por un punto de vista³⁶.

En el cuadro teórico que nos construye Weber, es decir, el tipo ideal, existen nexos de causalidad que se diferencian gradualmente unos de otros, tomando como medida la

³⁵ Weber, Max (2006) *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu editores, p. 19.

³⁶ De este modo se logran garantizar las dos condiciones de objetividad: las ciencias histórico-sociales no deben recurrir a presupuestos que impliquen una toma de posición valorativa y deben verificar sus propias afirmaciones mediante la explicación causal.

postura que se haya tomado. Los elementos que mejor se adecuen al modelo teórico construido y que den una explicación causal más acertada serán “causaciones adecuadas”, mientras que las que menos ayudan al desarrollo coherente y sistemático del tipo ideal serán “causas accidentales”³⁷.

Un tipo ideal³⁸ en palabras de Weber “...está formado por la acentuación unidimensional de uno o más puntos de vista y por la síntesis de gran cantidad de fenómenos concretos individuales difusos, distintos, más o menos presentes, aunque a veces ausentes, los cuales se colocan según esos puntos de vista enfatizados de manera unilateral en una construcción analítica unificada. Dicha construcción no puede ser encontrada en ningún lugar de la realidad”³⁹. No constituye una exposición de la realidad, pero quiere proporcionar medios de expresión unívocos para representarla. El concepto de tipo ideal debe ser considerado dentro de la intención de Weber de construir instrumentos conceptuales para analizar la realidad social e histórica. El pensador alemán trata de tender un puente entre el conocimiento teórico-deductivo y el análisis descriptivo de los hechos particulares. La relación entre teoría e historia se condensa en el tipo ideal.

Cuando un individuo actúa, toda la estructura social se ve afectada. Todos los actos humanos tienen un fin, aunque el sujeto que los ejecuta no esté consciente de esto. Weber define la acción como un comportamiento comprensible en relación con “objetos”, es decir, un comportamiento orientado por un sentido. La acción que tiene importancia para la Sociología comprensiva debe en primer lugar estar referida de acuerdo con el sentido subjetivamente mentado del actor a la conducta de otros, en segundo lugar, estar codeterminada en su curso por esta su referencia plena de sentido y, en tercer lugar, ser explicable por vía de comprensión a partir de este sentido mentado.

³⁷ Weber, Max (2006) *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu editores, pp. 24-25.

³⁸ En el campo de la acción social, Weber distingue cuatro tipos de ideales básicos:

- a. La acción racional conforme a fines, determinada por las expectativas del comportamiento en el mundo exterior tanto de objetos como de personas, utilizando esas expectativas como medios para el logro de fines racionalmente sopesados;
- b. La acción racional con arreglo a valores, determinada por la creencia en algún valor ético, estético o religioso de tal conducta, sin relación alguna con el resultado de ella;
- c. La acción afectiva, determinada por el estado emocional del actor y
- d. La acción tradicional, que corresponde a la acción a la cual está habituado el actor, es decir, a sus costumbres.

³⁹ Weber, Max (2006) *Ensayos sobre metodología sociológica*. *Óp. Cit.*

Herencia weberiana en el pensamiento metodológico de las ciencias de la cultura posterior

Son Dilthey y Rickert los que inauguran la visión de las ciencias sociales como ciencias interpretativas, diferenciadas de las naturales, no sólo por su objeto de estudio, sino por el método. Dilthey es el primero en proponer un enfoque epistemológico propio de las ciencias que él llamaría “ciencias del espíritu”⁴⁰.

Heinrich Rickert también centra su atención en encontrar la distinción entre las ciencias de la naturaleza y las de la cultura, como él ya las denomina. Para Rickert, las ciencias naturales emplean un método “generalizador” que busca la conceptualización de elementos universales de los cuales se puede “deducir” la empírea. Por otro lado, el método de las ciencias culturales es el “individualizador”, es decir, su tarea consiste en búsqueda de aspectos particulares que singularizan determinado fenómeno⁴¹.

Posterior a estos dos pensadores –y a Weber- es el filósofo austriaco Alfred Schütz, para el que el objeto de la Sociología está constituido por el sentido subjetivo de las acciones humanas en el mundo de la vida cotidiana. Lo primero que se debe hacer es caracterizar construcciones de sentido común empleadas en la vida cotidiana. El “sentido común” está constituido por un conjunto de ideas previas a nosotros, que nos ofrecen una forma de interpretación y organización de la realidad social. Dichas construcciones de sentido común en la vida cotidiana se hacen en un mundo cultural intersubjetivo⁴². Para Schütz, el principal problema para la ciencia social es la elaboración de un método objetivo con el cual abordar el sentido subjetivo de la realidad social.

Por su parte, Anthony Giddens con sus nuevas reglas del método sociológico, define de nueva cuenta la labor sociológica. Dice que la producción de la sociedad es resultado de las destrezas de sus miembros, la condición de dicha producción es conocida de manera confusa por ellos. Todas las organizaciones constan de sistemas de interacción cuya existencia depende de modos de estructuración por los que son producidos. Para este autor,

⁴⁰ Dilthey, Wilhem (1980) *Introducción a las ciencias del espíritu*. Madrid: Alianza Editorial, p. 40.

⁴¹ Rickert, Heinrich (1943) *Ciencia cultural y ciencia natural*. Buenos Aires: Espasa-Calpe, p. 77-98.

⁴² Intersubjetivo en cuanto vivimos con otros individuos con capacidad subjetiva, es decir, con capacidad de dar sentido y de comprender al otro. Schütz, Alfred (2006) *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu editores, pp. 39 y 43-45. El mundo intersubjetivo es un mundo de socialización del conocimiento, es un proceso que comprende la reciprocidad de perspectivas o la reciprocidad estructural del conocimiento, el origen social del conocimiento y la distribución social del conocimiento. Giddens, Anthony (2001) *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu editores, p. 128.

el lenguaje juega un papel central en la vida social, dice: “el habla (acción) presupone un sujeto (actor), y los actos del habla están situados contextualmente, puesto que es diálogo entre hablantes (interacción)”⁴³. En resumen, las tareas primarias del análisis sociológico son las siguientes:

- La explicación y mediación hermenéutica de formas de vida divergentes dentro de los metalenguajes descriptivos de las ciencias sociales y
- La explicación de la producción y reproducción de la sociedad como el resultado logrado por la actividad humana.

Pierre Bourdieu y la estructura social: la transformación de la mirada

Cuando hablamos indistintamente de actor o de agente, pensamos usualmente en alguien a quien se le puede atribuir o imputar –al menos parcialmente- una determinada acción o una serie identificable de acciones. La selección y la utilización en el discurso sociológico de uno u otro de esos términos, está cargada frecuentemente de connotaciones diferentes. Mientras que el concepto sociológico de agente presenta al individuo más bien como un reproductor de prácticas, el concepto de actor le amplía al individuo los márgenes de su decisión y de su acción, es decir de su autonomía, con lo que se le concibe como alguien capaz de convertirse en alguien creador o innovador en el ámbito de la acción. El agente desarrolla prácticas acordes, en buena medida, con la posición que ocupa en el espacio social. Al actor se le reconoce, sobre todo, por las acciones que decide realizar.

El concepto de agente en la obra de Bourdieu

El concepto de agente aparece de manera reiterada y frecuente en la obra de Pierre Bourdieu, no es un mero azar, ocupa una posición medular en su conceptualización teórica. Hay que tener en cuenta que, en *El sentido práctico*, Bourdieu reconoce la influencia decisiva que hasta inicios de los años sesenta tuvo sobre él Lévi-Strauss, y detrás de esto, el supuesto durkheimniano de que en el mundo social operan “estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones”⁴⁴. Pero el énfasis constructivista de su estructuralismo remite de alguna forma a Weber, pero fue su perspectiva estructuralista la que le permite a Bourdieu desarrollar el concepto de *habitus*.

⁴³ Giddens, Anthony (2001) *Las nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu editores, pp. 163-166.

⁴⁴ Bourdieu, Pierre “Espacio social y poder simbólico”, *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa, p. 127.

El concepto de *habitus*

La noción de *habitus* tiene una larga historia en la reflexión y en el discurso filosófico, pero en la teoría sociológica de Bourdieu, el concepto alcanza una posición articuladora, que pone en relación la estructura social, entendida como construcción del “espacio de las relaciones objetivas”⁴⁵ con las prácticas sociales que los agentes desarrollan. Pero su especificidad radica no tanto en el enlace teórico que permite efectuar, sino más bien en la modalidad teórica de esa conexión: Bourdieu utiliza el concepto para mostrarnos que cuando actuamos no siempre necesitamos plantearnos en forma claramente consciente ni lo que hacemos, ni menos aún porqué lo hacemos. El *habitus* aparece, así como un principio generador de determinadas prácticas, pero es a su vez el resultado de la incorporación operada en nosotros de ciertos contenidos culturales, gracias a la permanencia prolongada en las posiciones que ocupamos en la estructura social⁴⁶.

La diversidad de esos *habitus* no obedece simplemente a la multiplicidad de posiciones que en su interrelación constituirían un espacio unificado al que llamaríamos llanamente estructura social, concebida ésta como una totalidad dada y organizada. Las disposiciones que desarrollan los distintos agentes corresponden a las diversas posiciones que ocupan en esos diversos universos sociales más delimitados y particulares, en los que participan y a los que pertenecen, que Bourdieu designa con el nombre de campos: espacios estructurados y jerarquizados de posiciones objetivas, en los que se desarrollan combates y luchas por preservar, ocupar o subvertir esas posiciones y esas relaciones.

Pero la referencia obligada al concepto de campo no sirve sólo para entender el funcionamiento del *habitus*, sino que le permite también a Bourdieu definir al agente mismo.

⁴⁵ Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc J. D. (1995) *Respuestas, por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo, p. 193.

⁴⁶ Probablemente la definición más elaborada y compleja del concepto de *habitus* la brinda Bourdieu en *El sentido práctico*, cuando caracteriza los *habitus* como “sistemas de disposiciones durables y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su objetivo sin suponer la conciencia de esos fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos: objetivamente ‘reguladas’ y ‘regulares’ sin que sean –en forma alguna– el producto de la obediencia a las reglas”. Bourdieu, Pierre, *El sentido práctico*. *Óp. Cit.*, p. 88.

De manera inequívoca Bourdieu afirma que “un agente o una institución forma parte de un campo en la medida en que sufre y produce efectos en el mismo”⁴⁷.

“El *habitus* es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada”⁴⁸. Es a partir de su concepto de *habitus* que Bourdieu se plantea el problema del carácter de las prácticas y de las acciones que concretamente se desarrollan y se precisan, en su reiteración, en su similitud o en su eventual diferencia. No es posible, para Bourdieu, dar cuenta de esas prácticas o de esas acciones sin recurrir, de alguna forma, al análisis del *habitus*: a su proceso de formación, modificación o prolongada consolidación.

En ese sentido, el concepto de *habitus* opera, según Bourdieu, como una matriz insoslayable, que hace posible no solo la reproducción sino además los posibles ajustes y la eventual innovación.

Los individuos que actúan en la vida social son, para Bourdieu, agentes actuantes que lo hacen provistos de un grado variable -e inevitablemente limitado- de conciencia⁴⁹. La conciencia limitada y variable, que se genera gracias a las acciones reiteradas de los agentes actuantes, es caracterizada indistintamente en la obra de Bourdieu como la aparición de un sentido práctico o de un sentido del juego⁵⁰. Las estrategias posibles o efectivas no son sino la puesta en práctica, por parte de esos agentes, de ese eventual sentido del juego.

Si bien es cierto, Bourdieu destaca que la experiencia en el juego nos permite entrever de alguna forma la orientación y su desenlace probable, ese mismo sentido práctico nos permite explorar las variantes que el juego mismo nos ofrece. Sólo de esa forma podemos adquirir una conciencia más clara de los márgenes de acción que la situación del juego que en algunos casos permite y en otros estimula. Las estrategias que los agentes seleccionan y desarrollan responden con frecuencia al sentido práctico alcanzado, que para Bourdieu no es

⁴⁷ Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc J. D. (1995) *Respuestas, por una antropología reflexiva*. *Óp. Cit.*, p. 173.

⁴⁸ Bourdieu, Pierre, *Razones prácticas*, *Óp. Cit.*, p. 40.

⁴⁹ Podría argumentarse aquí el peso de Weber que influyó ciertamente en Bourdieu. Un Weber que afirmaba claramente en *Economía y Sociedad*: “No es sino excepcionalmente, y cuando los actos análogos resultan repetidos, que el sentido (sea racional, sea irracional) del acto accede a la conciencia. Un acto enteramente significativo, es decir: plena y claramente consciente, es un caso límite en la realidad”. Pierre Bourdieu, Jean Claude Chamboredon, Jean Claude Passeron (1968) *Le métier de sociologue*. París: Mouton, p. 281.

⁵⁰ Bourdieu habla de ese “sentido práctico de lo hay que hacer en una situación determinada –lo que en, en deporte se llama el sentido del juego, arte de anticipar el desarrollo futuro del juego que está inscrito en punteado en el estado presente del juego-”. Bourdieu, P. *Razones prácticas*. *Óp. Cit.* p. 40.

sino “una especie de instinto socialmente constituido”⁵¹, que no se identifica ni con la mera aplicación de una regla, ni con la elección irrestricta de posibilidades calculables, en el terreno concreto de la acción.

En una exposición, que constituye probablemente su mejor presentación teórica del concepto de campo, Bourdieu distingue, de una manera bastante general y esquemática, dos grandes tipos de estrategias que usualmente tienen lugar en los distintos campos de poder: las estrategias de conservación, que “tienden a la defensa de la ortodoxia”⁵² y las estrategias de subversión, marcadas por la herejía o la “ruptura crítica”⁵³. Mientras que las primeras son frecuentemente asumidas y desarrolladas por quienes se encuentran bien provistos del capital o de los recursos específicos y valorados en el campo, las segundas caracterizan más bien a quienes se encuentran en posiciones desventajosas en el campo, o a quienes intentan ingresar o no son más que recién llegados en ese campo. Son estas estrategias heréticas o de subversión las que parecen conducir a transformaciones significativas en el campo respectivo. Quienes las generan y las impulsan deben hacer gala precisamente de creatividad y de inventiva. Pero esas propuestas de transformación no pueden desconocer las restricciones inevitables que las condiciones del espacio social les enfrentan. De ahí la necesidad de constatar y de conocer las limitaciones y las regularidades instituidas que operan en el campo que quiere ser alterado y transformado. Pero para Bourdieu, en todo caso, esos márgenes existen. En *Meditaciones Pascalianas* afirma: “En este margen de libertad se basa la autonomía de las luchas a propósito del mundo social, de su significación, su orientación y su devenir, así como de su porvenir. Una de las apuestas principales de las luchas simbólicas: la creencia de que tal o cual porvenir, deseado o temido, es posible, probable o inevitable, puede, en determinadas coyunturas, movilizar a todo un grupo y contribuir de este modo a propiciar o impedir el advenimiento de ese porvenir”⁵⁴. Lo que ha sido socialmente hecho puede ser socialmente deshecho: “Lo que el mundo social ha hecho, el mundo social puede, armado de este saber, deshacerlo”⁵⁵.

⁵¹ Bourdieu, Pierre (1993) *El sentido práctico*. *Óp. Cit.*, p. 270.

⁵² Bourdieu, Pierre (2008) “Algunas propiedades de los campos”. *Cuestiones de Sociología*. Madrid: Akal, p. 115.

⁵³ *Ibidem*, p.127.

⁵⁴ Bourdieu, Pierre (1999) *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama, p. 311.

⁵⁵ Bourdieu, Pierre (1999) *La miseria del mundo*. Buenos Aires: FCE, p. 344.

Capítulo III Diseño metodológico

La investigación en ciencias de la salud implica la búsqueda sistemática de conocimientos y la validación de los datos sobre temas de importancia para el ejercicio profesional. Los enfermeros debemos brindar cuidados de calidad, lo que requiere un esfuerzo continuo por desarrollar conocimientos pertinentes. En el presente trabajo se desarrolla una investigación de carácter cualitativo, un estudio de análisis cualitativo de contenido, basado en el estudio del problema acerca de los diferentes significados que otorgan cuatro profesionales enfermeros de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata a los destinatarios de su cuidado. Se trata de un estudio de análisis cualitativo en el cual se citan los datos recopilados durante las entrevistas en profundidad realizadas a cuatro enfermeros, atendiendo a las diferentes maneras de enunciar a los sujetos destinatarios de práctica profesional dentro del referido nosocomio.

Universo y muestra

El universo de esta investigación está constituido por enfermeros que trabajan en un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2017, de los cuales se eligió una muestra total de 4 enfermeros, atendiendo al objeto de estudio de este trabajo final y a los requerimientos del dominio y la tradición de investigación. Para la referida muestra se eligieron personas seleccionadas, atendiendo a los años de experiencia, la formación profesional, el sexo y una franja etaria comprendida entre los 35 y 45 años.

Técnicas de recolección de datos

Se realizó un modelo de entrevista individual de estructura abierta, sobre la base de siete (7) preguntas cada una, para dicha entrevista se tuvo en cuenta el consentimiento de cada sujeto que conforma la muestra y la confidencialidad según la norma establecida para realizar las entrevistas. Se ha procedido también a realizar un trabajo de observación en el lugar donde desempeñan su labor profesional.

Para el abordaje del diseño metodológico se tomará como referencia conceptual los criterios de los autores como Hernández Sampieri, Polit y Vasilachis que se han visto en la cátedra de Investigación en Enfermería.

La Investigación Cualitativa, según Polit⁵⁶, busca comprender la totalidad de un fenómeno, es la investigación de un fenómeno particular realizada usualmente con profundidad y de una forma holística. Subraya la importancia de la interpretación que hacen las personas sobre un determinado o circunstancia y no antepone la interpretación del investigador, utiliza este método para comprender e interpretar la experiencia humana. Los métodos cualitativos de investigación promueven el propósito de estudio a través de la identificación, descripción, exploración y explicación del fenómeno estudiado (Polit & Hungler, 1997⁵⁷).

Vasilachis⁵⁸ intenta mostrar las características y las particularidades que le son atribuidas a la investigación cualitativa por diferentes autores, que recurren a ella para abordar diversos temas y problemas de investigación y que se ubican, muchas veces, en encontradas perspectivas, en distintos contextos, en disímiles tradiciones. Pretende dar cuenta de qué se entiende por investigación cualitativa; cuáles son sus características y cuáles sus componentes; a qué preguntas de investigación responde; quiénes son, qué hacen y qué deberían hacer las investigadoras y los investigadores cualitativos.

Entre los autores tomados por Vasilachis en su libro se encuentran Masson, Marshal y Rossman, Maxwell, Flick, Denzin y Lincoln, Silverman y Creswell. De los cuales se ha priorizado a este último ya que considera que la investigación cualitativa es un proceso interpretativo de indagación basado en distintas tradiciones metodológicas -la biografía, la fenomenología, la teoría fundamentada en los datos y el estudio de casos, entre otros- que examinan un problema humano o social. Par este autor, según Vasilachis, quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio en una situación natural. La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos -estudio de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales,

⁵⁶ Polit - Hungler (1997) *Investigación científica en las ciencias de la salud*. Quinta edición. México: Ed. Mc Graw - Hill Interamericana.

⁵⁷ Polit - Hungler (1997) *Óp. Cit.*

⁵⁸ Vasilachis de Gialdino Irene, 2006. *Estrategias de la investigación cualitativa*. Editorial Gedisa, S.A. Primera edición Barcelona, España. Disponible en: <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>.

históricos, interaccionales y visuales— que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos.

El enfoque cualitativo desarrolla métodos estandarizados para la recolección donde se obtienen perspectivas de los participantes utilizando técnicas de observación, entrevistas abiertas, debates de grupo, entre otros. Según Hernández Sampieri⁵⁹ se utiliza para descubrir y refinar preguntas de investigación que van de lo particular a lo general mediante la observación de mundo social para la construcción de desarrollo de teorías. Este método utiliza técnicas de investigación flexibles que permite mediante la observación de un sistema social la reconstrucción de la realidad, los estudios se llevan a cabo en ambientes naturales y cotidianos, como vive, como se comporta la gente, que piensa, cuáles son sus actitudes, permitiendo interpretar los fenómenos en términos de significados que las personas le otorguen. Las preguntas de investigación no siempre se definieron antes.

A tal efecto, se ha determinado utilizar en esta investigación métodos cualitativos, y dentro de los mismos se ha empleado el análisis cualitativo de contenido, en este caso porque como plantea Cáceres⁶⁰ “Las técnicas de análisis cualitativo tienen cada vez más importancia en el ámbito de las ciencias sociales. A partir de su integración orgánica con el proceder general de la investigación naturalista, se convierten en parte de las herramientas más recurridas al momento de explicar fenómenos sociales complejos”.

Análisis cualitativo de contenido

De lo que se trata es que métodos y técnicas tradicionales puedan ser un aporte efectivo no sólo al quehacer científico, sino, además, sirvan para enfrentar las interrogantes siempre presentes acerca de la validez y confiabilidad (Mayring, 2000; Pérez, 1994)⁶¹. Siendo uno de estos procedimientos el referido “análisis cualitativo de contenido” (Bardin, 1996;

⁵⁹ Hernández Sampieri, R; Fernández-Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar (2007) *Metodología de investigación*. Cuarta edición. México DF: Mc Graw-Hill.

⁶⁰ Cáceres, Pablo (2003) “Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable”. *Psicoperspectivas*. Revista de la Escuela de Psicología. Facultad de Filosofía y Educación de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, vol. II / 2003 (pp. 53 - 82). En <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>.

⁶¹ Mayring, P. (2000) “Qualitative content analysis (‘Análisis cualitativo de contenido’)”. *Forum qualitative social research*, 1(2) Recuperado el 18 de mayo de 2017, en <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>. Traducción Leyva Ramos y Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Tomo II. Técnicas de análisis de datos. Madrid: La Muralla S. A.

Mayring, 2000; Pérez, 1994; Krippendorff, 1990)⁶². Tradicionalmente considerado una técnica de análisis, la definición de análisis de contenido ha ido variando con los años, desde enfoques centrados en la cuantificación de los resultados, aspecto revolucionario cuando la técnica se dio a conocer por vez primera, hasta enfoques que hacen hincapié en la incorporación del dato cualitativo como la mayor riqueza de este procedimiento (Bardin, 1996; Mayring, 2000)⁶³.

Semejante heterogeneidad metodológica, ha implicado que el análisis de contenido se haya definido en muy diversas formas (Pérez, 1994)⁶⁴. Así, para Allport, se trata de un método para estudiar y analizar las comunicaciones de una forma sistemática, objetiva y cuantitativa a fin de medir variables (Allport, en Pérez, 1994)⁶⁵; Berelson, el primer autor que escribió un libro específico del tema, señala que el análisis de contenido es “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones con el fin de interpretarlas” (Berelson en Hernández, 1994)⁶⁶. Durante esta etapa inicial, otros autores como Paul Lazarsfeld y Harol D. Lasswell ayudaron a sentar las bases del referido análisis (Mayring, 2000)⁶⁷.

En los años sesenta, su uso se generaliza y expande a otras disciplinas, como la sociología, la psicología, la historia, entre otras; ajustando el procedimiento a una serie de medios de comunicación. Lo que contribuye a que comiencen las críticas respecto de la aplicabilidad del análisis, fundamentalmente sobre su subutilización como herramienta analítica, al hacer uso de manera exclusiva de resultados numéricos, superficiales, que distorsionan e ignoran el contenido latente (Bardin, 1996; Mayring, 2000; Pérez, 1994)⁶⁸.

A partir de estas críticas, se intentó conformar una perspectiva más profunda, que no se quedará solo en lo descriptivo, sino que llegará a interpretar y poder incluir la dimensión latente de los mensajes. Al respecto, Bardin propone la siguiente definición: “Un conjunto

⁶² Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones; Mayring, P. (2000) “Qualitative content analysis (‘Análisis cualitativo de contenido’)”. *Óp. Cit*; Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. *Óp. Cit.* y Krippendorff, K. (1990) *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.

⁶³ Bardin, 1996; Mayring, 2000. *Óp. Cit.*

⁶⁴ Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. *Óp. Cit.*

⁶⁵ Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. *Óp. Cit.*

⁶⁶ Hernández Sampieri, R. (1994) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill, p. 301.

⁶⁷ Mayring, 2000. *Óp. Cit.*

⁶⁸ Bardin, 1996; Mayring, 2000; Pérez, 1994. *Óp. Cit.*

de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes” (Bardin, 1996, p. 29)⁶⁹, pero a continuación precisa: “el propósito del análisis de contenido es la ‘inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción (o eventualmente de recepción), con ayuda de indicadores (cuantitativos o no)’⁷⁰” (Bardin, 1996, p. 29)⁷¹.

Una definición más reciente considera el análisis de contenido en la doble vertiente que hemos señalado precedentemente, un análisis basado en una grilla que integra la aproximación semiótica y el análisis de contenido con base en un trasfondo teórico socioantropológico (Beccaria, 2001)⁷². Mayring (2000)⁷³ por su parte, plantea una definición de este análisis a partir de su propia experiencia con el tratamiento de datos: “El análisis cualitativo de contenido se define a sí mismo dentro de este marco de trabajo como una aproximación empírica, de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio” (Mayring, 2000, párrafo 4)⁷⁴.

Para concluir, se ha considerado necesario referir brevemente al método hermenéutico, pues el mismo nos sugiere un posicionamiento distinto con respecto a la realidad: aquel de las significaciones latentes. Se trata de adoptar una empatía profunda con el texto con lo que allí se ha expresado a través del lenguaje. No se trata de suprimir o de intentar inhibir su propia subjetividad (con sus implícitos prejuicios), sino de asumirla. La interpretación es relativa al investigador, así como al autor de los textos en cuestión. (Baeza 2002)⁷⁵.

Autores como Echeverría y Coreth, coinciden en señalar que Schleiermacher (1768-1834) puede ser considerado el padre de la hermenéutica moderna. Para él, la hermenéutica

⁶⁹ Bardin, 1996. *Óp. Cit.*, p. 29.

⁷⁰ Las comillas simples corresponden al texto original de Bardin.

⁷¹ Bardin, 1996. *Óp. Cit.*, p. 29.

⁷² Beccaria, F. (2001) “Italian alcohol advertising: a qualitative content analysis. Contemporary drug problems”. 28 (3), pp. 391-415. Traducción Leyva Ramos. En <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009145090102800304>.

⁷³ Mayring (2000). *Óp. Cit.*

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ Baeza, M. (2002) *De las metodologías cualitativas en investigación científico social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido* " Concepción: Editorial de la Universidad de Concepción.

debe ser entendida como el arte del entendimiento, a partir del diálogo. En palabras de Echeverría⁷⁶ (1997:219): "el verdadero punto de partida de la hermenéutica, según Schleiermacher, arranca de la pregunta ¿cómo una expresión, sea esta, escrita o hablada, es entendida? La situación propia del entendimiento es la de una relación dialógica, donde hay alguien que habla, que construye una frase para expresar un sentido, y donde hay alguien que escucha. Este último recibe un conjunto de palabras para, súbitamente, a través de un misterioso proceso, adivinar su sentido". Dicha lectura de la obra de Schleiermacher, puede ser complementada a partir de la consideración del elemento histórico como aspecto significativo para la comprensión. Así, Coreth (1972:32), sostiene que el autor en cuestión define hermenéutica como "reconstrucción histórica y adivinatoria, objetiva y subjetiva de un discurso dado"⁷⁷.

En este sentido, la hermenéutica, o más bien, quien la utilice deberá procurar comprender los textos a partir del ejercicio interpretativo intencional y contextual. Dicho proceso supone desarrollar la inteligibilidad del discurso contenido en el texto; en gran medida se trata de traspasar las fronteras contenidas en la materialidad de la palabra para lograr la captación del sentido de éstas en tanto plasmadas en un papel. En palabras de Martyniuk (1994:69), se podría decir que la hermenéutica persigue: "romper con elementos simbólicos contenidos en la cultura, romper con las interpretaciones del mundo que hemos construido (o heredado)"⁷⁸.

⁷⁶ Echeverría, R. (1997) *El Búho de Minerva*. Santiago: Ed. Dolmen.

⁷⁷ Coreth, E. (1972) *Cuestiones Fundamentales de Hermenéutica*. España: Editorial Herder.

⁷⁸ Martyniuk, C. (1994) *Positivismo, Hermenéutica y los Sistemas Sociales*. Buenos Aires: Ed. Biblos.

Capítulo IV Análisis y tratamiento de los datos

La diversidad de formas de abordar el núcleo problemático de este trabajo de investigación ha condicionado las pautas para efectivizarle. En este sentido, se ha decidido tratar la empírea teniendo en cuenta los cuatro términos que se utilizan para nombrar a los sujetos que concurren a los diversos circuitos del sistema de salud en la ciudad de Mar del Plata y sus respectivos marcos referenciales, desde los cuales analizar su influencia en la práctica profesional de enfermería y la construcción de significados en sus profesionales, durante el año 2017.

Foucault, en su libro *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*⁷⁹, plantea que todos los períodos de la historia han poseído ciertas condiciones subyacentes de verdad que constituyeron lo que era aceptable, como por ejemplo el recurso discursivo. Afirma que las condiciones del discurso han cambiado a lo largo del tiempo, de un período de *episteme* (significado/significante) a otro. De ahí, aplicándolo a este trabajo investigativo) sea entendible los diferentes cambios ocurridos para designar a los sujetos que concurren a los circuitos de salud, en particular aquellos que precisan de los cuidados enfermeros; y que como explica MIV, con frecuencia son denominados pacientes:

“A pesar de que hay varios nombres, paciente es lo que más se usa, nosotros decimos nuestro paciente, pero tiende últimamente a cambiarse el rótulo de paciente, eh; lo último que se nombraba era cliente, clientes, pero tampoco está muy de acuerdo a lo que es la salud, entonces sería paciente, personas que requieren cuidados de salud.” (MIV)

Desde la perspectiva bourdieuiana, entendemos a la práctica y la profesión enfermera como un “campo”, lo que implica pensarlas en términos de relaciones definidas por la posesión o producción de una forma específica de capital (en el caso del tema que nos ocupa: capital simbólico); entonces, la posición dominante o dominada de los participantes en el interior del campo depende, en algún grado, de las reglas específicas del mismo. Ahora bien, como en todo campo de la actividad social, se ponen en juego los recursos que se disponen y, por ende, se pugna por obtener los bienes que sólo este campo específico puede proveer. Entonces, la práctica profesional enfermera se convierte en un espacio de luchas por conservar o transformar las fuerzas actuales y potenciales. Precisamente es esta competencia la que define las relaciones objetivas entre los participantes, las cuales están determinadas

⁷⁹ Foucault, Michel (1998) *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI.

por el volumen de capital simbólico que los mismos aportan. Y es que uno de los efectos de las luchas en el interior del campo, es la definición de la legitimidad con respecto a las reglas empleadas; los beneficios que el campo otorga se expresan fundamentalmente en forma de capital simbólico, es decir, del reconocimiento por parte de todos los participantes de los bienes que determinan el dominio en el campo. En este sentido, el hecho de nombrar a los sujetos de una manera o de otra, se resignifica, pues genera capital simbólico y legitimidad no solo a los sujetos destinatarios de los cuidados enfermeros, sino también a la consolidación del proceso de profesionalización de la Enfermería como ciencia. Respecto de esto, PS afirma:

“en lo que hace a la enfermería hoy en día ha crecido un montón, como se puede ver que, por ejemplo, tenemos especialistas en muchas áreas eh... , tenemos también residentes eh, gracias a Dios... está la residencia en Neonatología, la cual le ha abierto las puertas y le ha dado un gran empuje a lo que es hoy la enfermería eh... convengamos que eso da categorización a lo que es la institución y también da categorización a la profesión, porque ya, ahora los enfermeros no estamos vistos como mediocres enfermeros de antes, sometidos al modelo médico hegemónico, donde le planchábamos el guardapolvo y estábamos sirviendo el cafecito al médico y éramos más la mano derecha como decían antiguamente, o como alguna gente todavía tiene incorporada esta terminología, pasamos de eso, a ser profesionales, pero qué implica esto, implica verse como profesionales y para eso tiene que haber un esfuerzo y eso es lo que nos cuesta a los enfermeros, hoy en día esforzarnos ¿sí? Para formarnos, para continuar con el conocimiento ¿Por qué? Porque no lo vemos como realmente debería ser, que es engrandecer a nuestra profesión ¿no cierto? Hoy, por ejemplo, hace unos meses atrás había un médico ¿no es cierto? Que me decía: no porque yo tengo seis años de facultad, me vas a decir a mí de determinadas cuestiones, que yo le estaba remarcando que tenía que hacer con respecto al cuidado ¿no es cierto? y yo le decía: bueno yo tengo diez años de facultad, a ver, hoy en día no se mide porque ah..., es médico sabe más que el enfermero o nutricionista sabe más que un enfermero, como era catalogado hace unos años. Especificidades hay múltiples ¿sí? ... Hay un montón de logros, y todos esos espacios que se ha ganado la profesión enfermera, no los debe perder.” (PS)

Toda vez que se pueda percibir el objeto de estudio de este trabajo desde la perspectiva bourdieuiana, no es casual, entonces, percibir que las diversas maneras de nombrar a los sujetos que concurren al circuito de salud, no solo procuran definir a los mismos, sino que, además, pugnan por legitimar y legitimarse, a partir de los diferentes roles que le son asignados, entendido el rol social como un concepto que hace referencia a las pautas de conducta que la sociedad impone y espera de un individuo (actor social) en una situación determinada. En este sentido, toda persona que participa en una determinada situación social, se enfrenta a ciertas expectativas específicas que exigen respuestas concretas. Los roles, por tanto, manifiestan cómo se relacionan los individuos y las instituciones sociales a través de normas implícitas (pautas de comportamiento) que los individuos aceptan y asimilan. Por

tanto, las normas (legitimadas en su valor moral por los individuos), además de regular el comportamiento de los mismos, hacen referencia tanto a prescripciones como a proscripciones.

En ese sentido, todos los entrevistados coinciden en que el cuidado de enfermería se concibe como un acto eminentemente humano, caracterizado por el respeto, la confianza y la intimidad, que se da a partir de un juicio de valor para identificar las necesidades y decidir un plan de acción implementado, conjuntamente con el sujeto y la familia, en el que están en juego los años de experiencia profesional, la formación (títulos) y la actitud. Al respecto CB y LA comentan:

“Bueno, la profesión enfermera tiene que ver con el cuidado de las personas...” (CB)

“Bueno, eh..., la naturaleza de la profesión enfermera es el cuidado... de las personas ¿sí? De la salud, del proceso salud enfermedad de las personas, familias o comunidad... Ellos son la finalidad de que nosotros estemos juntos... Para poder brindarle la atención de salud...” (LA)

Al respecto, se considera oportuno aclarar que la práctica profesional enfermera se enfrenta a una forma de realizar sus funciones de manera cotidiana, donde un equipo de trabajo se inserta una sociedad cambiante y con una rápida evolución tecnológica. La naturaleza de sus servicios y los alcances de su de responsabilidad, requieren una clara definición de su participación, parte fundamental de la enfermería radica en el crecimiento de su formación y de las teorías que dan sustento al conocimiento en enfermería, pero más que todo, que permitan generar una práctica fundamentada y autónoma, y de esa manera, cuidar con una actitud de compromiso, responsabilidad, presencia y lo más importante que se motive en dirigir sus esfuerzos hacia el cuidado de los sujetos que concurren al sistema de salud, de manera eficaz y oportuna. Al respecto PS nos comenta:

“Hoy en día, la enfermería está vista de otra manera, gracias a Dios. Se han incorporado distintas metodologías y distintos pensamientos, lo cual nos permite que uno pueda decir que este sujeto no, ya no es tan pasivo, sino que empieza a interactuar ¿sí? Por supuesto que tenemos que tomar las decisiones, porque somos autónomos e independientes, si bien tenemos también algunas actividades que dependen de otras profesiones, tenemos muchas otras actividades que son independientes... El tema principal con la toma de decisiones, creo que tiene que ver con eso, con el empoderamiento en sí de nuestra profesión, de vernos como profesionales y de actuar como tal y de no tener miedo a la hora de trabajar y de tener que actuar como tal y tener que eh..., decidiendo de alguna manera nuestros cuidados. Porque es nuestra área de trabajo el cuidado, quién más que nosotros sabemos cuál es el cuidado ... ¿no es cierto?” (PS)

En la actualidad, existe consenso sobre los asuntos que le competen al profesional enfermero: cuidar en sentido amplio, holístico, ontológico y epistémico. Sin embargo, no ha sido sencillo, en la práctica, considerar que las enfermeras deben tener una preparación y, principalmente, una convicción sobre la importancia de definir con claridad el valor que el cuidado de enfermería agrega a los servicios de salud que ofrecen las instituciones o las organizaciones. Se hace imprescindible, entonces, para poder actuar con discernimiento, con criterio profesional, una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre el objeto epistémico, profundizar en las tres dimensiones cuya comprensión es esencial para el estudio de la identidad en Enfermería: el ser, que se refiere al *ethos*, a su indagación filosófica, al humanismo; el saber, que tiene que ver con la claridad teórica y metodológica, con el conocer, y el hacer o quehacer, que se relaciona con el ejercicio profesional y que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población. Dentro de las principales alternativas que manifiestan los enfermeros entrevistados para fortalecer los saberes de la profesión, se circunscriben en primer término a la preparación académica.

“Nosotros, cuando vamos a hacer un procedimiento técnico es importante presentarnos, dirigirse al paciente con el nombre, personalizar, explicar el procedimiento siempre, para lograr empatía y no ir abruptamente e invadir. No encarnizarse cuando el niño es difícil, pedir ayuda al otro. En las áreas cerradas, donde el niño se encuentra solo, debemos ser nosotros quien lo invadamos y también cuidemos de él.” [...] En el caso del recién nacido prematuro, que su vida depende de la habilidad enfermera y de la humanidad de la enfermera, porque si no ese bebe está sometido a una enfermera que se va a encarnizar con las intervenciones hasta lograr su objetivo, y esto no tiene que pasar, si no puede, tiene que ser capaz de llamar a otro compañero. Hay veces que cuando uno no logra algo se pone de mal humor y el mal humor se deposita en el sujeto de cuidado.” (MIV)

También expresan que es muy importante la formación que va más allá de conocimientos técnicos, que deben tomarse en cuenta aspectos emocionales y psicológicos. El empleo de la investigación como herramienta que permita dilucidar y fundamentar los saberes que guían la práctica es otra de las sugerencias. Otra estrategia que consideran decisiva es la integración docencia-asistencia, concebida como el conjunto de esfuerzos entre comunidad, universidad y servicio, encaminados a transformar las condiciones de salud de la población, representa una acción que permite un acercamiento a la realidad concreta donde se generan los problemas, la posibilidad de que surja y se forme personal más consciente y crítico de esa realidad, y que en una constante interacción y retroalimentación de ambas

instancias pueda incidirse progresivamente en la transformación de las prácticas que se dan en los servicios. MIV confirma este enunciado cuando dice:

“La autonomía va a depender de la formación y de cómo uno se sienta preparado para ser autónomo, la seguridad en tu profesión, en los conocimientos. La enfermería tiene que ser una profesión que esté bien formada académicamente, humanamente, científicamente, porque si no, no podríamos tomar decisiones y es interdisciplinaria. Entonces, la toma de decisiones no es solo una persona, para tomar una decisión debes estar de acuerdo con el equipo de salud. Lo que nosotros hacemos, no lo puede hacer otro, entonces tenemos que sentirnos autónomos, eso va a depender de la formación.” (MIV)

Por su parte, CB plantea:

“La formación continua, porque todo cambia, porque vivimos en un mundo vertiginoso que inmediatamente lo que hoy es de una manera, mañana es de otra. Más la tecnología, hay que saber usar todo para no quedarse atrás. Ser una persona profesional, para tener autonomía debes tener conocimiento, porque el conocimiento te da la autonomía y el profesionalismo... Por eso es importante lo que vos irradiás, inclusive en la apariencia. Yo sé que las apariencias engañan, pero es parte de que vos al otro lo tranquilicés, le des confianza y la confianza en esta relación de enfermero...” (CB)

Aunque, la educación de las enfermeras se ha incrementado como resultado de las políticas educativas y de salud, el cuidado profesional no ha permeado en la atención del sujeto de cuidado, por la rutina y las políticas del sistema de salud. De ahí que la profesión de enfermería se encuentra en un proceso de transición y de consolidación que gira en torno a un sistema complejo como lo es el ser humano. En los albores del siglo XXI, reconocer que el ser y hacer del personal de enfermería, se fundamenta en el paradigma vida-salud y no salud-enfermedad, es uno de los grandes desafíos.

En la formación de los enfermeros, la educación debe plantear el desarrollo de procesos cognitivos, entre otros factores como la empatía, el trabajo en equipo, la interdisciplina, el respeto mutuo, etc., que les permita responder no sólo para brindar cuidado al sujeto que concurre al circuito sanitario y a su familia, sino también para apropiarse de la forma de pensar y actuar en el cuidado, actitud que les apoyará a desarrollar aptitudes que son primordiales para el desarrollo de la profesión. En concordancia con esto LA asevera:

“Las especificidades, como veníamos hablando al comienzo, la especificidad es el cuidado, y el poder formarse para poder brindar un cuidado de calidad ¿sí? Un cuidado de calidad que aborde al sujeto de atención, cuidado como un ser holístico, desde lo biológico, psicológico y lo social ¿sí? creo que esta sería la especificidad de la labor de la enfermería, porque estamos siempre continuamente al lado del sujeto de cuidado las 24 horas, la enfermería se caracteriza por estar las 24 horas en las instituciones de salud, y también por ser el nexo entre las distintas disciplinas que trabajamos en las instituciones, ya sean instituciones con internación o instituciones de atención como los CAPS, los centros de atención de la salud en forma periférica... La enfermería es la que tiene el contacto con el paciente, y la que hace la

interrelación con más disciplinas... La especificidad enfermera es la relación directa que hay con el sujeto de cuidado, en todo momento eh, y la interrelación que se hace con los demás integrantes del equipo de salud.” (LA)

Y es que las prácticas discursivas de las ciencias, pueden parecer libres, pero se hallan fuertemente condicionadas por las estructuras epistemológicas. A su vez, estos conocimientos darían lugar a las diversas direcciones. Es por eso que bucear en el significado de las cosas, estudiar cómo y por qué se nombran de una manera y no de otra, constituye una arqueología del saber y una manera eficaz de resemantizar las maneras de percibir al mundo. De manera tal que, si bien la forma en que los profesionales enfermeros nombran a los sujetos objetos de su cuidado no influye directamente en su práctica profesional, si lo hace en la concepción que tienen estos de los destinatarios de sus cuidados. La manera en que los mismos son percibidos, así como la manera en que se vinculan y establecen nexos con los mismos. Sirva de ejemplo las opiniones de los cuatro entrevistados al respecto:

“Paciente, y porque la palabra paciente significa tener paciencia, o sea, que debe esperar y esperar” (MIV)

“... y a mí me gusta más el lado del cliente que de paciente, no me..., me suena la parte que se confunde con paciencia, que, si bien no viene de ahí, si no de sufrido más bien, tampoco me gusta el lado de la lástima. Me quedaría con cliente” (CB)

“Eso del sujeto de cuidado, también repercute, porque... en la forma de trabajar a lo diario, lo que uno más trata de hacer como docente es que los futuros profesionales puedan aprender a hacer una buena valoración, y hacer una buena búsqueda de los nuevos avances científicos ¿sí? y que se registre, por eso es tan importante para la enfermería en nuestro país que se desarrollen más trabajos de investigación, que sean acordes a las necesidades de nuestra población.” (LA)

“Y en cuanto a lo que me decís de cómo se nombraría al destinatario y... se han ido llamando de distintas maneras podemos decir que hasta hace unos años atrás eh, estaba vinculado con lo que era el paciente que era el sujeto pasivo, quien no tenía ningún tipo de autonomía frente a este cuidado. Era la persona que tenía que ser sometida ¿sí? Y no podía participar en cuanto a su cuidado. Hoy en día, la enfermería esta vista de otra manera, gracias a Dios. Se han incorporado distintas metodologías y distintos pensamientos... Eh..., así que, desde ese lado, podemos decir bueno hoy ya es usuario o cliente ¿no cierto?” (PS)

En el sector salud público y privado la atención juega un papel primordial y en algunas ocasiones llega a ser más importante que otros factores pues, aunque una persona asiste a un centro hospitalario para resolver o prevenir un problema de salud o malestar, sucede que a nadie le gusta que lo traten con mal, que lo hagan esperar o que le brinden una información de mala gana y a veces confusa e insuficiente. Este enfoque de atención se ve reflejado desde

el momento en que se conceptualiza la forma de llamar paciente, usuario o cliente a los sujetos que concurren a los circuitos de salud. Desde dos perspectivas diferentes LA y PS coinciden en reafirmar el carácter fundamental de los sujetos en la práctica profesional enfermera:

“Sí, también muy relacionada a lo asistencial; bueno, nosotros brindamos cuidados ¿sí? así que para poder brindar los cuidados uno requiere de la interacción con otras disciplinas ¿sí?, con otra disciplina o ámbitos técnicos del cuidado, por decir, un enfermero brinda cuidados a un grupo de personas internadas, pero para hacer esos cuidados requiere de insumos, desde la farmacia, por ejemplo, todo lo que serían las guías, los catéteres para colocar el acceso venoso, las cintas, las bandejas ¿sí? necesitamos muchas cosas, necesitamos personal de limpieza que este, se requiere las sábanas para poder hacer los cambios de cama a los pacientes ¿sí?, requerimos la alimentación para que las personas se alimenten; entonces, necesitamos... estamos en un lugar donde nos tenemos que comunicar con todos los servicios y anexos de las instituciones ¿sí? si hace frío, también se requiere que haya una buena calefacción en la institución, si hace calor se necesita ventilación, todas estas cuestiones que se necesitan le llegan primero a nuestra profesión, a los enfermeros porque estamos las 24 horas, y porque somos los que estamos en comunicación con las personas internadas ¿sí?, estamos directamente comunicados con el sujeto destinatario de nuestro cuidado, que tiene necesidades que hay que satisfacer y nosotros somos los interlocutores; entonces, a veces, los servicios anexos que tienen un objetivo determinado en la institución, también pueden tener inconvenientes de comunicación o de acción, alguna dificultad...” (LA)

Algunas consideraciones acerca del término paciente

Si bien es cierto que un paciente recibe esta denominación cuando comienza su tratamiento, a través de un consentimiento informado, y debe por ese acuerdo acoplarse a las normas de funcionamiento del ente de salud (institucionalización), es importantes también tenga en cuenta sus derechos: elegir el establecimiento y el personal para su atención, a recibir asistencia de excelente calidad y a ser tratado/a de manera digna.

“Igual, ahora cambia la ley, los niños se internan con un adulto, que va a responder por las intervenciones que se le hagan, tienen que autorizar lo que se le va a hacer a ese chico, no es que van a venir por su cuenta... Ahora, a partir de los trece años, los niños tienen autonomía...” (MIV)

Recientemente, la palabra paciente está comenzando paulatinamente a sustituirse por la palabra usuario, precisamente por la relación que tiene con la pasividad que, aunque de distinto origen etimológico, transmite la sensación de que el paciente tiene que comportarse, necesariamente, como un ente pasivo, inactivo, sin mostrar interés alguno por plantear preguntas y cuestionar lo que no le resulta familiar, lo que no entiende en la consulta con el profesional de la salud. Por supuesto, llámese paciente o usuario, es indispensable que la persona que asiste a consulta con un profesional de la salud muestre interés tanto por

su cuerpo como por sus sensaciones, sus síntomas; que esté pendiente, de preferencia con anticipación a la aparición de los síntomas, de toda sensación (tanto las habituales como las esporádicas), de todo dolor, de todo cambio, pues es ése, el reconocimiento, el primer paso para encontrar el camino hacia un buen estado de salud tanto física como mental.

“Así que bueno, el cuidado de las personas ¡eh!..., estamos hablando de atención comunitaria, de atención primaria, secundaria, atención primaria con la educación, estaríamos hablando de diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado... y lograr que el paciente, que más bien llamado cliente para mi gusto, logre que todo lo que pueda llegar a hacer solo lo haga, o sea ayudarlo, acompañarlo, apoyarlo, pero intentar que ellos salgan de la institución en donde están internados, o así sea en su propia casa o donde sea, que ellos se desenvuelvan solos lo que más puedan, que eso va a ser un bien para ellos y para la familia, para la comunidad.” (CB)

A lo largo de la historia se ha pensado siempre que el enfermo está incapacitado desde el punto de vista biológico porque la enfermedad le pone en una situación de sufrimiento e invalidez, de dependencia y, en definitiva, de infantilización⁸⁰. Pero, además, las grandes emociones enturbian la conciencia y relajan la voluntad y el control de los impulsos. Razón por la cual, se dificulta la toma de decisiones complejas y, por ende, confía en los médicos y el resto de los profesionales de salud, suponiendo que con sabiduría, rectitud moral y benevolencia elegirán siempre el mejor tratamiento posible. El médico ha de decidir en lugar del paciente y por el bien del paciente. Por tanto, la concepción clásica de un “buen enfermo” es la de un enfermo sumiso, confiado y respetuoso; lo mismo que un niño bueno, no es reivindicativo, mantiene una actitud dócil, obedece puntualmente las indicaciones del padre/médico y no hace demasiadas preguntas.

“el paternalismo... muy marcado ¿no es cierto? ... La enfermería no fue ajena a eso, enfermería también lo adoptó a esto ¿cómo qué? Como que... el sujeto tenía que estar todo el tiempo sometido a lo que nosotros queríamos, en los momentos que queríamos, en el lugar que queríamos, eh..., y sin tener en cuenta todo su contexto y sus momentos.” (PS)

Las Ciencias de la Salud del siglo XX está profundamente marcada por la introducción en ella del sujeto humano, por el reconocimiento y la toma en consideración de la persona concreta que el paciente es. Entre los siglos diecinueve y veinte se habría producido una auténtica “rebelión del sujeto” que obligó a los profesionales a introducir en su pensamiento y en su práctica los aspectos sociales, psíquicos y personales de la

⁸⁰ Laín Entralgo, P. “Qué es ser un buen enfermo”. En: (1986) *Ciencia, técnica y medicina*. Madrid: Alianza, pp. 248-264.

enfermedad. Dicha rebelión del sujeto, introdujo en el pensamiento y en la práctica profesional del personal de salud dos aspectos diferentes: el social y el clínico.

“Bueno, la técnica es algo que sí o sí debe usarse para los procedimientos, para eso sirven las técnicas, aunque no siempre se tomen en cuenta, es importante porque es la mejor manera de hacerlo..., y por supuesto, cuando estás en un momento que vas a ser un procedimiento lo vas a hacer con una persona, no con una cosa; entonces esa persona es importante que tenga conocimiento de lo que se le va a hacer, es importante comentarle, hablarle, que nada sea sorpresa, que todo lo espere, aunque no le guste, como sea. Yo trabajo con niños y es importante a ellos también comunicárselos, a su manera lo van a entender, van a patear igual, lo vas a tener que agarrar igual, pero no se van a encontrar con una sorpresa de qué me van a hacer, porque vos ya se lo contaste, entonces el grado de ansiedad cambia, así que es indispensable que te comuniques.” (CB)

En el terreno sanitario, estas condiciones suponían una distancia abismal entre la “salud para ricos” y la “salud para pobres”, a cada una de las cuales correspondía un tipo diferente de relación profesional de salud-enfermo. Frente a esta situación (denunciada inicialmente por algunos sanitaristas y reformadores sociales) se producirá una rebelión social, unida a la historia del movimiento obrero, que luchará contra la desigualdad asistencial e impulsará la aparición y el desarrollo de sistemas colectivos de asistencia sanitaria de carácter público, basados en la idea de que la atención médica a los trabajadores no puede seguir siendo lo que ha sido a lo largo de los siglos (un acto de beneficencia otorgado por los poderes públicos en condiciones precarias), sino que ha de entenderse como un derecho exigible por razones de justicia. PS reflexiona al respecto:

“Hoy en día estamos en un proceso de transformación de lo que es la salud pública, se lo está viendo, ya ahora se está hablando de que el sujeto se empodere de su salud, sea él quien decida, pero para esto tenemos que estar informados, para esto tenemos que educar a este sujeto y también educarnos nosotros mismos, porque si antes teníamos una visión, ahora es completamente distinta, entonces tendríamos que rever los conocimientos para poder realmente nosotros tratar de empoderar ¿sí? a ese usuario a través de la información de eh..., con respecto a su salud y que él sea participe y sea autónomo totalmente de sus cuidados. Esto está visto desde hace unos años, es un cambio en lo que es los paradigmas de la salud en general, no solamente en enfermería sino en muchos ámbitos. Cuesta este cambio, porque obviamente hay una resistencia hacia este proceso. Eh...” (PS)

En este aspecto clínico, la patología positivista que pretendía reducir al enfermo a puro “objeto natural” se vio invadida por la práctica diaria que evidenciaba los múltiples

elementos subjetivos y personales que influían, e incluso determinaban, la aparición y las características de cada caso clínico⁸¹.

A partir del año 1973, con la denominada “rebelión de los pacientes”, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es. La época en que apareció este documento es también la del desarrollo de una serie de nuevas técnicas sanitarias (diálisis renal, unidades de cuidado intensivo, técnicas de soporte vital, trasplantes, etc.) destinadas a pacientes muy graves y de las cuales dependía su supervivencia, a veces en condiciones precarias. La decisión sobre cuándo y a quién aplicarlas era tan compleja como trascendental y no es extraño que los interesados quisiesen participar en semejante decisión. A partir de este momento, el enfermo deja de ser paciente (es decir, pasivo) para convertirse en agente. Deja de ser un niño dependiente y asume su condición de adulto responsable que (salvo en determinados casos excepcionales) tiene que tomar las decisiones que afectan a su propio cuerpo.

“Igual, ahora cambia la ley, los niños se internan con un adulto, que va a responder por las intervenciones que se le hagan, alguien tiene que autorizar lo que se le va hacer a ese chico, no es que yo voy a venir por mi cuenta... Ahora, a partir de los trece años, los niños tienen autonomía.” (MIV)

La influencia de esta primera Carta de Derechos del Paciente ha sido grande, quizá porque recoge de forma concreta una mentalidad que se ha convertido en hegemónica en las sociedades democráticas desarrolladas: la mentalidad autonomista. La idea ahora predominante es que cada uno ha de asumir las decisiones que le afectan, ha de regirse por su propio sistema de valores y, por tanto, la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin conocer la voluntad del enfermo porque antes de hacerle al prójimo el bien hay que preguntarle si tiene la misma idea del bien que tenemos nosotros.

Lo que resulta históricamente más chocante de esta irrupción de los derechos de los pacientes es que haya sido tan tardía. Es como un último paso del movimiento emancipatorio que se inició, en el ámbito religioso, con la vindicación de la libertad de conciencia por parte

⁸¹ Lázaro, J. “De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica”. Archivos de Psiquiatría 2000; (Supl. 3): 5-26 y Lázaro, J. “Supervivencia del psicoanálisis en el siglo XXI”. En: Vallejo Ruiloba, J. editor. (2003) Update Psiquiatría. Barcelona: Masson, pp. 71-90.

del protestantismo, y en el ámbito político con las revoluciones democráticas del mundo moderno⁸². Sin que por eso se hayan eliminado todo tipo de violencia simbólica hoy día, como advierte PS cuando cuenta:

“... debemos mediar, uno debe tratar que de alguna manera, ir uniendo los cuidados que uno adquiere como importantes ¿sí? y relevantes ¿sí? ir uniéndolo o adaptándolo al proceso también de visión que tiene este sujeto ¿no es cierto? Sujeto de cuidado. ¿Por qué? Porque, si yo ahora agarro y digo bueno no eh..., hoy en día tengo una mamá ¿no es cierto? de la comunidad boliviana, que viene a atenderse al hospital, convengamos que ella, por ejemplo, tiene la visión de que el niño debe tocar el suelo... Creyendo obviamente en la Pachamama y en todas estas cuestiones que tienen que ver en lo cultural ¿no es cierto? Y nosotros qué hacemos, lo invadimos ¿sí? haciéndolo u obligándolo a que este en una posición ginecológica, en una silla, o cama ginecológica, con un montón de trapos estériles, con un profesional tapado totalmente con gorro, con barbijo, con camisolines, guantes etcétera, que no digo que no esté mal, pero a la formación, a lo cultural que ellos traen arraigado ¿sí? es como forzarlos a hacer algo que no desee ¿no es cierto? Esto también a veces impacta, impacta negativamente ¿por qué? Porque, se sienten invadidos, se sienten menospreciados, sienten que realmente son avasallados ¿sí? por una formación que tenemos nosotros, los profesionales, de salud con respecto a un cuidado ¿sí? Que no quiere decir que nosotros no podamos hacer que esta mamá pueda tener a su bebé en cuclillas y que él bebé toque el suelo ¿Por qué no lo podemos hacer? Sí, podemos hacer que la mamá..., y acompañarla en cuclillas, teniendo los cuidados adecuados para que el niño no se golpee, obviamente, teniendo toda esta esterilidad con sábana estéril, compresa, etcétera, con un profesional que este acompañando el proceso y la familia también, porque también se debe acompañar a la familia...” (PS)

Sólo al iniciarse el siglo veinte, como ya hemos dicho, el paciente pidió claramente la palabra para que su subjetividad personal fuese tenida en cuenta por los profesionales de la salud. Y sólo en el último tercio del siglo pidió algo más: el poder de decidir (o al menos de participar en la decisión) sobre las técnicas diagnósticas y terapéuticas de las que va a ser objeto y de las que quiere también ser sujeto.

“... que eso también es otro tema que se tiene con mucha controversia hoy en día, por ejemplo, nos pasa que del año pasado a este año, donde se implementó esta modalidad, de tener a la familia dentro de la institución en el momento de parto, hay una cierta resistencia del equipo de salud, ojo, que no solamente hablo de los médicos, porque son los que más, obviamente tienen resistencia, también los enfermeros han tenido resistencia, porque, sienten que se los va a estar evaluando todo el tiempo y en realidad no tiene que ver con una evaluación, si vos haces bien tu trabajo no importa si el otro te está mirando o no. En realidad,

⁸² Esa emancipación fue definida por Kant como “la salida de los hombres de su culposa minoría de edad”. Las revoluciones liberales emanciparon a los ciudadanos del absolutismo y los hicieron mayores de edad al proporcionarles los derechos civiles y políticos básicos: el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad de conciencia y a la propiedad. Gracia, D. (1989) *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.

se han visto muchas buenas ventajas en todo esto, porque realmente esta mamá que antes estaba sola ¿sí? en un proceso realmente, a veces hasta agobiante ¿sí? se ha sentido acompañada estando con alguien, quien más que un conocido o un ser querido, que este acompañándote en un proceso donde vos estas dándole vida a tu hijo.” (LA)

En cuarenta años, por tanto, en las sociedades democráticas desarrolladas, el enfermo ha reivindicado (y obtenido) el derecho a la autonomía, el médico se ha visto desposeído de su tradicional poder de decisión y la relación entre ambos se ha transformado profundamente. El procedimiento concreto en que se ha plasmado el cambio es lo que se denomina “el consentimiento informado”⁸³. En este sentido, MIV expresa:

“El médico puede hacer diagnóstico presuntivo o definitivo de enfermedad, y prescribir, todo lo que el médico prescribe de acuerdo al tratamiento que se le va a instaurar a esa persona lo tiene que complementar otro profesional que sería la enfermera. Hay cuidados independientes, propiamente de enfermería. Por ejemplo, control de signos vitales, brindarle higiene y confort, que el paciente se sienta confortable, brindarle palabras de aliento, ser amable como presentarse, decirle que cualquier cosa que necesite nos llame. Y después, están los otros cuidados que son dependientes que son, las prescripciones médicas, todo lo que sea aplicar un antibiótico o analgésico, calmante, ponerle una vía, venoclisis. Son procedimientos propios de enfermería.” (MIV)

Definir los términos o maneras de enunciar a los sujetos que concurren a los diferentes circuitos del sistema de salud ha contribuido, en este trabajo de investigación, para describir diversos puntos de vista de los profesionales enfermeros respecto de estos sujetos y la manera en que se relacionan tanto unos como otros en el ámbito institucional. No obstante, como se ha planteado con anterioridad, se ha podido constatar el uso extendido del término “paciente”, aun cuando, en mucho de los casos, este término no deje de mera repetición mimética o una costumbre, y no responde a una definición conceptual o paradigmática. En ese sentido, cuando se procura encontrar las razones que originaron el uso del término, una de ellas podría ser bien pudiera ser, el hecho de que el ejercicio de la medicina durante siglos fue visto como algo misterioso, distanciador y hasta divino. Los profesionales de la salud eran vistos como personas carismáticas, que poseían dones especiales otorgados por los dioses⁵, mientras que el resto debían someterse a su dominación.

“...ya no es el médico, el modelo médico hegemónico que teníamos incorporados, porque no solamente los médicos lo tienen incorporado, sino también todo el equipo de salud lo tenía incorporado a esto de que todo tenía que estar alrededor de lo que era la medicina y ser solamente biologicistas y decir, bueno, quien decidía, quien podía o no hacer determinadas cosas, era el otro, no era el paciente, quien era realmente quien debía decidir qué era lo mejor para él... el síndrome de guardapolvo blanco, viste, que se dice que está muy marcado eso de

⁸³ Simón, P. (2000) *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela.

que lo veíamos al médico con el guardapolvo blanco y parecía como que era Dios, diciéndonos todo lo que teníamos que hacer...” (PS)

Con el desarrollo del sistema de salud durante el siglo XIX, el ejercicio de los hoy llamados proveedores de salud, adquiere un enfoque puramente biologicista y curativo. La enfermedad toma una connotación protagónica, aislada y se tiene muy poco en cuenta las circunstancias socioeconómicas y psicológicas del ser humano que la padece. La individualidad del sujeto se subordina totalmente a las imposiciones del médico y el resto de los profesionales de la salud. Un ente pasivo, un objeto en manos de los referidos profesionales que se esfuerzan por componer las funciones alteradas de los sujetos de atención y cuidado⁸⁴.

Otro de los porqués del origen del término paciente podría ser la extrapolación inconsciente a la medicina de la concepción pedagógica tradicionalista, en la cual el alumno actúa solamente como objeto del proceso docente. El paciente es entonces también, sólo el objeto de las bondades y la sabiduría del técnico y profesional de la salud, sin tener en cuenta que ese paciente también tiene las suyas. Como consecuencia de esta concepción implícita, los receptores pacientes, son sólo eso, y entonces no es necesario el diálogo, porque no hay nada que aprender de ellos. En oposición a esta postura CB plantea:

“Bueno, yo soy licenciada en enfermería, siempre vuelvo a lo mismo, mi especificidad es el cuidado de las personas. En este momento, yo tengo un cargo de jefatura que me da como más responsabilidad, no me quita tareas, sino que me da más responsabilidad en el sentido que tengo que, valga la redundancia, cuidar por los cuidados de ellos. O sea, no solamente de mi parte, sino de todo lo que está a mi alcance y esta..., de la cual soy responsable. Así que bueno, el cuidado de las personas ¡eh!..., estamos hablando de atención comunitaria, de atención primaria, secundaria, atención primaria con la educación, estaríamos hablando de diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, podríamos hablar de rehabilitación podríamos hablar de... se habla también en estos momentos de prevención como si fuera; en cuarto lugar, de la reincidencia de las enfermedades y lograr que el paciente, que más bien llamado cliente para mi gusto, logra que todo lo que pueda llegar a hacer solo lo haga, o sea ayudarlo, acompañarlo, apoyarlo, pero intentar que ellos salgan de la institución en donde están internados, o así sea en su propia casa o donde sea, que ellos se desenvuelvan solos lo que más puedan, que eso va a ser un bien para ellos y para la familia, para la comunidad.” (CB)

El término usuario, algunos aspectos constitutivos

⁸⁴ Sala Adam, María Rosa; de Cárdenas Sotelo, Orlando; Sala Adam, Alicia y Dr. José F. González Jacomino, José F. (2000) Paciente... ¿por qué? Revista Cubana de Estomatología. V.37 n.2 Ciudad de La Habana, Mayo-ago. 2000. Version On-line ISSN 1561-297X. En http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000200009. Ética Médica. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP.

Se ha dicho, el término usuario es habitualmente utilizado para referirse a la persona que recibe prestaciones administrativas a través de las cuales reciben el servicio a cambio de alguna contraprestación mediante el abono de una retribución económica.

En otro sentido, algunos autores ciñen el término al sujeto receptor de las prestaciones administrativas suministradas por un servicio público. Considerando que el término adecuado para los servicios privados es el de “cliente”.

No obstante, debe tenerse en cuenta la situación en la que se encuentran los usuarios de los diferentes servicios. A lo que se añade que, en algunos casos, el ordenamiento jurídico establece un régimen específico de protección para determinados tipos de usuarios, que se sitúan, de esta forma, en una situación jurídica específica, tal y como puede evidenciarse en el ámbito massmediático, la salud y en las telecomunicaciones.

Durante décadas en el sector público del sistema de salud, se ha considerado a las personas que se atienden como pacientes. Mientras que, en el sector privado, además del uso extendido de cliente por parte de los profesionales de la salud; desde la perspectiva burocrática administrativa, se les ha tratado siempre como clientes. Sin embargo, muchos consideran que el uso de este término refiere a un entorno más comercial que a un ámbito donde se ofrecen servicios de salud, lo que podría no corresponderse por suponer una concepción antagónica y, por ende, contradictoria, además de poco humanista.

“...y, te genera crisis porque hacen las cosas de una manera que no se debe hacer... porque está el cliente de por medio, el cliente que como ya se sabe: siempre tiene la razón, porque para eso paga” (CB)

Desde otra perspectiva, la palabra cliente se asocia a la posibilidad que tiene la persona de exigir un servicio de calidad, pues tener la capacidad de pagar lo ubica en una zona de confort desde donde tiene el privilegio de poder elegir. Tal vez esa sea la razón por la cual en los hospitales públicos es poco usual llamar a la persona cliente, porque hacerlo otorgaría el poder de exigir, libre y abiertamente, ser atendido con un trato más personalizado, oportuno y respetuoso; además de tener que ser informados de una manera comprensible y oportuna.

Ahora bien, al establecer contacto con los profesionales enfermeros que trabajan en el sector público, se comprueba de manera inmediata que la demanda en el mismo es muy superior, lo que conlleva al aumento de su práctica profesional, en la mayoría de los casos unido a la falta de los insumos y la infraestructura necesarios. Teniendo que acortar los

tiempos de atención en detrimento de una adecuada atención y servicio. A lo que se suma la frustración de los sujetos que concurren a atenderse ya que deben esperar horas para que le confirmen la cita, horas para poder ser atendidos y un tiempo muy escaso para que se efectivice la necesaria atención, y muchas veces teniendo que volver a su hogar sin poder hacerlo o sin la aplicación del tratamiento que necesitaba.

Frente a esa realidad, existe otra, la de otros sujetos que tienen acceso al sistema privado de salud. Allí el panorama es diferente, y si bien existen falencias y desencuentros, dista mucho de la realidad del sistema público de salud. Unos secretarios atienden los requerimientos de los concurrentes, los mantienen informado respecto de los servicios que pueden llegar a necesitar, el profesional enfermero tiene a su alcance los insumos y la infraestructura que se necesita, siempre y cuando se pueda pagar de una u otra forma el servicio en cuestión. Te brindan una atención personalizada, tienen un poco más de tiempo para interactuar con los sujetos que necesitan de sus servicios, todo lo cual redundará en una mejor atención y una mayor satisfacción por parte de los mismos.

“Hoy en día estamos en un proceso de transformación de lo que es la salud pública, se lo está viendo, ya ahora se está hablando de que el sujeto se empodere de su salud, sea él quien decida, pero para esto tenemos que estar informados, para esto tenemos que educar a este sujeto y también educarnos nosotros mismos, porque si antes teníamos una visión, ahora es completamente distinta, entonces tendríamos que rever los conocimientos para poder realmente nosotros tratar de empoderar ¿sí? a ese usuario a través de la información de eh..., con respecto a su salud y que él sea participe y sea autónomo totalmente de sus cuidados. Esto está visto desde hace unos años, es un cambio en lo que es los paradigmas de la salud en general, no solamente en enfermería sino en muchos ámbitos. O sea, es el nuevo, la nueva perspectiva, si uno dijera bueno a ver qué es lo ideal y bueno hay otras corrientes que están surgiendo también ¿no es cierto? Que tienen que ver con el sujeto de cuidado ¿sí? Ya ahí, cuando hablamos de sujeto de cuidado, es una nueva perspectiva que tiene muy buena impronta y porque tiene una mirada distinta de lo que es el usuario, ya lo vemos como más autónomo, con propias decisiones, pero también lo ve informado y educado ¿sí? A este sujeto el cual puede decidir, lo mejor para sí mismo. En este contexto, podemos decir: bueno, entonces vamos evolucionando, y si va evolucionando ¿por qué? Porque va evolucionando con todo el contexto y con todos los cambios socioculturales que hoy en día se están produciendo.” (PS)

No obstante estos detalles, existe también el criterio de que tal diferencia no existe, sobre todo en aquellas personas que ponen el foco de atención de esta problemática en la intención y la profesionalidad de aquellos enfermeros que se sobreponen a las muchas carencias y problemas financieros que deben afrontar en el sistema público de salud, anteponiendo su humanidad, al brindar una atención cálida, oportuna y respetuosa; demostrando que parte del problema se resuelve apelando a una buena predisposición, a un

compromiso y espíritu de servicio, que sirve de paliativo, pero no logra dar solución al problema.

“Bueno factores, si uno puede hacerse critico eh... hay muchos factores, ¿sí? depende mucho del lugar donde uno se desarrolle eh... y lleve a cabo su labor profesional, eh...pero uno de los factores que en el mundo y en nuestro país se va marcando mucho es la relación que hay entre el enfermero y el destinatario del cuidado ¿sí? realmente uno ve que nosotros como profesionales, nos preparamos ¿sí? para asistir a las personas ¿sí? que están... si están internadas, las personas que están padeciendo alguna disminución en su cuidado, que requieren de la asistencia de nuestra profesión. Entonces no es lo mismo para un enfermero ¿sí? asistir a cuatro pacientes, si vamos a ejemplificar, ¿sí? en una internación que tener que asistir diez o doce pacientes, ni que decir sí a veces son dos enfermeros para treinta pacientes, porque eso hace que pueda llegar... a mí me hace sentir como una crisis, donde uno tiene el fundamento que hablábamos que es necesario adquirirlo ¿sí?, desde el fundamento, la capacitación, la preparación de los insumos de la unidad del paciente, eh..., tiene todas las técnicas y los protocolos que tiene que desarrollar, que lleva tiempo y dedicación y se encuentra con una gran cantidad de personas internadas a las que hay que asistir ¿sí?, y tiene poco tiempo para dedicarle a cada uno. Esta cuestión en los enfermeros es muy importante de resaltarlas ¿sí?, porque yo como profesional necesito el tiempo para poder comunicarme con el destinatario del cuidado ¿sí? porque es un ser biológico, psicológico y social ¿sí?, uno tiene que hacer una técnica de administración de una medicación intravenosa a una persona que está internada, eso lleva tiempo, poder comunicarse, explicarle el procedimiento que tiene que hacer, explicarle la técnica que va a utilizar y los cuidados que va a requerir ¿sí?, este acceso venoso que va a ver que colocarle a la persona ¿sí?, explicarle que va a ser necesario que vamos a tener que colocarle una punción para poder poner un plan de hidratación y poder administrarla medicación endovenosa después, pero si los enfermeros tenemos muchas personas a cargo, no nos da el tiempo para hacerlo; entonces esta es una de las cuestiones que yo creo que puede hacer que haya una crisis ¿sí? como profesionales; y la sobrecarga laboral también va a influir en la satisfacción laboral que se lleve este profesional a su casa, porque si uno ha tomado una guardia y ha corrido durante ocho horas de nuestro turno, para poder entregar la guardias al profesional que nos va a tomar en el siguiente turno, y uno no llegó a cumplir todos los objetivos de cuidado que tenía para las personas, o si bien llegó a medicar, pero no llegó a brindarle por ahí el cambio de cama que necesitaba alguna de las personas internadas, esto va a ser que esta persona también se vaya como que no termino su tarea ¿sí? Eso, por un lado, no terminó su tarea pero que también piense, pobre la señora de la cama cinco que necesitaba que se le cambie la sábana y no llegamos ¿sí?” (LA)

Por otra parte, por mucha información que tenga un sujeto que concurre al circuito de salud, por muy empoderado que esté, eso no va asociado necesariamente con una mejor calidad percibida o con mejores cuidados y dista mucho de sentirse un consumidor⁸⁵. Entre otras razones, porque en la mayoría de los casos, no desea estar ahí (hospital, consulta, centro de salud, urgencias, etc.). Porque no suele estar preparado en cualquier momento ni puede presuponer el tipo de intervención a la que se deberá someter, pues no suele tener el

⁸⁵ Meill, Augusta & Ericson, Gianna “The Trouble with Treating Patients as Consumers”. Harvard Business Review, January 9, 2012, in <https://hbr.org/2012/01/the-trouble-with-treating-pati>.

conocimiento preciso para tomar decisiones de forma autónoma y, además, no está solo; muchas veces decide junto a familiares, amigos, cuidadores, profesionales que le atienden, etc.

“Sí, también muy relacionada a lo asistencial; bueno, nosotros brindamos cuidados ¿sí? así que para poder brindar los cuidados uno requiere de la interacción con otras disciplinas ¿sí?, con otra disciplina o ámbitos técnicos del cuidado, por decir, un enfermero brinda cuidados a un grupo de personas internadas, pero para hacer esos cuidados requiere de insumos, desde la farmacia, por ejemplo, todo lo que serían las guías, los catéteres para colocar el acceso venoso, las cintas, las bandejas ¿sí? necesitamos muchas cosas, necesitamos personal de limpieza que este, se requiere las sábanas para poder hacer los cambios de cama a los pacientes ¿sí?, requerimos la alimentación para que las personas se alimenten; entonces, necesitamos... estamos en un lugar donde nos tenemos que comunicar con todos los servicios y anexos de las instituciones ¿sí? si hace frío, también se requiere que haya una buena calefacción en la institución, si hace calor se necesita ventilación, todas estas cuestiones que se necesitan le llegan primero a nuestra profesión, a los enfermeros porque estamos las 24 horas, y porque somos los que estamos en comunicación con las personas internadas ¿sí?, estamos directamente comunicados con el destinatario de nuestro cuidado, que tiene necesidades que hay que satisfacer y nosotros somos los interlocutores, pero muchos de ellos no desean estar internados, ni están satisfechos con su condición de ‘paciente’” (LA)

Se debe tener presente algo muy importante: un sujeto de cuidado puede recibir un tratamiento adecuado, de forma correcta, pero mostrarse insatisfecho con el mismo. De ahí que se haga necesario atender no solo a los aspectos teóricos referidos a la profesión enfermera, sino, además, estar atentos a también a las necesidades espirituales de los sujetos que concurren a los circuitos de salud, ya que una asistencia de calidad puede a la vez ser una mala "experiencia" como cliente si no se tienen en cuenta tanto las necesidades físicas como espirituales. Y esa es otra de las razones por las cuales se debe de poner en cuestionamiento las diferentes denominaciones y los términos con que se refieren los profesionales de salud a los sujetos destinatarios de su atención y cuidado. Pues dicha interacción, dicho vínculo, va más allá del mercado y de que sea un sistema sanitario público, concertado o privado, pues en el mismo se establece un intercambio de información dirigido a tomar decisiones cruciales para la vida de los sujetos. Tal como lo afirma MIV:

“No solo sirve lo curricular, si sirve mucho la práctica, la experiencia, las vivencias, las cosas que uno incorpora con los años de los compañeros, del ensayo y error, porque no quiere decir que en años uno no haya tenido un error, de eso se aprende. Yo siento que di todo lo que tenía que dar como profesional. Al paciente le di todo lo que realmente necesitaba y se lo brindé sin distinción de clase social, de raza ni religión, porque como yo siento a la profesión, bien de adentro, para mí el paciente es lo más importante.” (MIV)

Para concluir, se ha considerado pertinente expresar la opinión de los entrevistados respecto de la importancia y lo valioso de este tipo de investigación para la profesión

enfermera en particular y para los profesionales de la salud en general. Atendiendo a que la misma aborda a los sujetos de atención y cuidado desde una perspectiva holística, percibir a los sujetos sociales como seres bio-psico-social y todo cuanto se deriva de dicha percepción. Tal como lo afirman LA y CB, cuando expresan:

“Eh... quiero agregar que me parecen muy importantes y muy positivo, la temática de esta encuesta ¿sí? porque es abrir el panorama y no solo estar en lo asistencial ¿sí?, poder ver a las personas como un ser bio-psico-social y tratar de cambiar lo que viene tan impregnado ¿sí? porque hasta en mi propio discurso, sale la palabra paciente seguramente y a veces yo me cuestiono y digo no, no está esperando esta persona que yo vaya a atenderla, esta persona... nosotros estamos acá para brindarle el cuidado, así que eh... bueno quería agregar eso, decir que me parece muy importante y que la enfermería en Argentina necesita más de estos estudios.” (LA)

“..., bueno no mirá, la verdad es que es un gusto hacer estas cosas porque todos aprendemos y porque es necesario el investigar sobre todo estos temas, así se aprende también. Y de agregar no, o sea hablaría sobre lo mismo, capacitación continua, trabajo en equipo, trabajo interdisciplinario y la comunicación es la base de todo, es la base de todo, pero la comunicación multidireccional, porque si no, no puede haber interdisciplina ¡eh! Porque si no hay comunicación, no puede haber nada, así que me parece que son los ejes esos. Muchas gracias igual por invitarme.” (CB)

Conclusiones

Atendiendo a los resultados emanados durante el tratamiento de los datos, a partir de los diferentes diálogos entre las teorías puntualizadas en el marco referencial con los datos empíricos analizados, reelaborados y contruidos, y teniendo en cuenta el núcleo problemático de este trabajo, se puede concluir que:

- El término paciente es frecuentemente utilizado por los profesionales enfermeros, más allá de la manera en que perciban a los sujetos destinatarios de su cuidado y de cómo lo denominen al momento de analizar racionalmente sus rasgos y su naturaleza socio antropológica.
- La mayoría de los entrevistados (tres de los cuatro) consideran que la denominación "paciente" sería contradictoria con la proyección social y preventiva de los servicios de salud.
- Sería necesario la proyección de una promoción y educación para la salud, que implique un cambio de criterios, la necesidad de resemantizar y redefinir la percepción que tienen los profesionales enfermeros respecto de sí y de los sujetos destinatarios de su práctica profesional.
- Es indispensable intensificar la interrelación entre los enfermeros y los sujetos de cuidado, para un mejor conocimiento de ambos, una más fácil identificación de los problemas y sus causas, así como de las potencialidades y el establecimiento de un plan conjunto de soluciones, para regresar a la práctica de manera enriquecida. Considerando importante establecer un clima favorable (*rapport*) para que se establezca una comunicación empática que no esconda ni intimide la expresión de los mismos respecto de sus necesidades.
- El enfoque pasivo del paciente tiende a generar la apatía, el desinterés, la despersonalización, los sentimientos de conformidad y de pérdida de la autorresponsabilidad, que en el peor de los casos contribuiría al inmovilismo: acomodamiento, resistencia al cambio y disminución de los niveles de conflicto.
- Los sujetos de cuidado, al aceptar la condición de paciente, ceden autonomía y control de sus acciones y decisiones; otorgándole poder a los profesionales que intervienen en su cuidado y atención, de manera tal que los profesionales de la salud, en particular los profesionales enfermeros, pueden caer en la trampa del poder. Es decir, no

escuchar adecuadamente, perder interés por los problemas del sujeto de cuidado, ser autoritario, entre otros aspectos.

- Un simple cambio de nombre, la imposición de cualquier otra forma de nombrar a los sujetos de atención, no garantizaría un cambio de perspectiva de los mismos respecto de los profesionales enfermeros.
- Más allá de las numerosas implicaciones negativas del término paciente y de su uso extendido, se cree necesario establecer una denominación más acorde con el rol que en la actualidad caracteriza a los sujetos que ingresan a los circuitos del sistema de salud. Tal cambio posibilitaría una manera distinta de percibirles, lo que a largo plazo facilitaría un cambio de actitud de los profesionales enfermeros hacia los sujetos destinatarios de su práctica profesional.
- Muchas veces, la utilización de determinada denominación, favorece una comunicación inadecuada, en la que el mensaje sigue un modelo unidireccional y posee un estilo autoritario, provocando el repliegue de los sujetos de cuidado, en vez de estimularlos a ser activos colaboradores y responsables de su salud.
- El cómo se nombra a los sujetos de cuidado depende en gran medida de la formación y de la percepción que tengan de sí mismos los profesionales enfermeros y de los destinatarios de su práctica profesional, así como del entorno y el contexto institucional al cual estén vinculados.
- Es necesario e importante investigar sobre todo los temas indagados en este trabajo, ya que puede constituir un referente bibliográfico, que podría servir a los profesionales de Enfermería, para abordar críticamente su desempeño profesional, sus protocolos de actuación y la naturaleza de los sujetos que acuden al sistema de salud, que contribuye a incentivar la capacitación continua, el trabajo en equipo, el trabajo interdisciplinario y la comunicación multidireccional como base de toda su práctica profesional.
- Por último, y no de menor importancia, al considerar al sujeto de cuidado un ser biopsicosocial, sus emociones positivas generan respuestas biológicas favorables a la salud. Asimismo, una interacción armónica con su medio social (incluyendo el equipo de salud y la comunidad) propicia cambios favorables para la salud.

Bibliografía

- Alexander, Jeffrey C. (1995) *Fin de Siècle Social Theory*. Londres: Verso.
- Almeida de Figueiredo, Nélia Maria. Capítulo 13. "Uma perspectiva do cuidar em enfermagem considerando a estética, ecosofia e autopsie". In: Santos, Iraci dos *et. al.* *Enfermagem Fundamental: realidade, questões, soluções*. Série Atualização em Enfermagem. Volume 1, São Paulo –Rio de Janeiro: Ahteneu, 2001, p. 179-182.
- Anzil, Federico. Concepto de mediación. Publicado el 23 de septiembre de 2010. Consultado el 29 de junio de 2016. Disponible en: <http://m.econlink.com.ar/mediacion/concepto>.
- Arguello Parra, Andrés (s/f) Fenomenografía y perspectiva biográfica en la investigación educativa. Aproximaciones epistemológicas. Disponible en: http://www.postgrado.unesr.edu.ve/acontece/es/todosnumeros/num15/01_06/0458-F.pdf
- Baeza, M. (2002) *De las metodologías cualitativas en investigación científico social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido* " Concepción: Editorial de la Universidad de Concepción.
- Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.
- Beccaria, F. (2001) "Italian alcohol advertising: a qualitative content analysis. Contemporary drug problems". 28 (3), pp. 391-415. Traducción Leyva Ramos. En <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009145090102800304>.
- Berger, P. y Luckman T. (1993). *La construcción social de la realidad.*, Bs. As.: Amorrortu.
- Bourdieu, Pierre (1993) *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- (2008) *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- (1999) *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- (2002) *Razones prácticas*. Barcelona: Anagrama.
- (2008) *Cuestiones de Sociología*. Madrid: Akal.
- (1999) *La miseria del mundo*. Buenos Aires: FCE, p. 344.
- Bourdieu, P.; Chamboredon, J. C. y Passeron, J. C. (1968) *Le métier de sociologue*. París: Mouton.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc J. D. (1995) *Respuestas, por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Bruner, Edward (1986) "Experience and its expressions". In: Turner, Víctor & Bruner, Edward. *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press: Urbana and Chicago.

Bustamante, E. S. Concepto, sujeto, objeto y método de enfermería. *Revista Peruana Enfermería, investigación y desarrollo*, 2002. Enero–diciembre 4(1-2): 2-8.

Cárcamo Vásquez, Héctor (2005) *Hermenéutica y Análisis Cualitativo*. Universidad de Concepción (Chile). Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/23/carcamo.htm>.

Cáceres, Pablo (2003) “Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable”. *Psicoperspectivas*. Revista de la Escuela de Psicología. Facultad de Filosofía y Educación de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, vol. II / 2003 (pp. 53 - 82). En <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>.

Cely, Gilberto y Galindo, S. J. Del concepto de paciente al concepto de cliente en la prestación de servicios de salud. Un escenario ético enrarecido. Publicado: 1999. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*. Vol. 1. N° 2 (PP 34-41). Consultado 9 de julio de 2016.

Colliere, M. F. (1993) *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

Coreth, E. (1972) *Cuestiones Fundamentales de Hermenéutica*. España: Editorial Herder.

Dilthey, Wilhelm (1976) *Dilthey: Selected Writings*. Cambridge: Cambridge University Press.

Duek, Celia e Inda, Graciela. “La teoría de la estratificación social de Parsons: una arquitectura del consenso y de la estabilización del conflicto. Clases y lucha de clases: una posición en el campo de batalla teórico”. *Revista Theomai Journal* N° 29 (primer semestre 2014) - Estudios críticos sobre Sociedad y Desarrollo /ISSN: 1515-6443. Consultado 10 de julio de 2016.

Echeverría, R. (1997) *El Búho de Minerva*. Santiago: Ed. Dolmen.

Gardey, Ana y Pérez Porto, Julián. Definición de cliente. Publicado: 2009. Actualizado: 2009. Disponible en <http://definicion.de/cliente/>. Consultado 12 de junio de 2016.

_____ Definición de usuario. Publicado: 2010. Actualizado: 2010. Disponible en: <http://definicion.de/usuario/>. Consultado 12 de junio de 2016.

_____ Definición de paciencia. Publicado: 2009. Actualizado: 2012. Disponible en: <http://definicion.de/paciencia/>. Consultado 12 de junio de 2016.

Gemkow, Heinrich. *Carlos Marx, Biografía completa*. Año 2010. Traducción de Floreal Mazía. Editorial: Cartago, Buenos Aires, 1975 Biblioteca Omegalfa. Disponible en <https://www.marxists.org/espanol/m-e/bio/carlos-marx-biografia-completa.pdf>. Consultado el 11 de julio de 2016.

González-Ugalde, C. (2014) "Investigación Fenomenográfica". *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 7(14), 141-158.

Granados, Migallón y Sánchez, Sergio. *Utilitarismo*. (S.F.) Disponible en: <http://www.philosophica.info/voces/utilitarismo/Utilitarismo.html>. Consultado el 9 de julio de 2016.

Guber, Rosana (2001) *Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.

Hernández Sampieri, Fernández Collado, Roberto y Baptista Lucio, Pilar (2006) *Metodología de la investigación*. Madrid: Mc Graw Hill. Cuarta edición. Disponible en: https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf.

Hernández Sampieri, R. (1994) *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hungler, Bernadette y Polit, Denise F. (2000) *Investigación en Ciencias de la Salud*. Madrid: McGraw Hill. 6ta edición.

Juárez, María Paula. *El obstáculo del "paciente". Denominaciones para el encuentro de sujetos en la Atención de la Salud*. (S.F.) CONICET-Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina. Consultado 9 de julio de 2016.

Krippendorff, K. (1990) *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.

Landaeta, Andrés Manuel. *La Paciencia Como Valor Humano*. (S/F) Disponible en: <http://seryhumano.com/web/?p=1358>

Laplantine, François (1996) *La description ethnographique*. Paris: Nathan.

Malinowski, Bronislaw (1972) *Los argonautas del Pacífico occidental*. Barcelona: Planeta Agostini.

Marcus, George & Cushman, Dick (1998) "Las etnografías como textos". En: Reynoso, Carlos (comp.) *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Barcelona.

Martínez García, José Saturnino. "Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu un intento de aclaración" (S/F). Universidad de Salamanca. Departamento de Sociología.

Materiales de trabajo serie de análisis Documento P/10 98-PB94/1382. Disponible en: <https://josamaga.webs.ull.es/Papers/clase-bd-usal.pdf>. Consultado el 12 de julio de 2016.

Martyniuk, C. (1994) *Positivismo, Hermenéutica y los Sistemas Sociales*. Buenos Aires: Ed. Biblos.

Mayring, P. (2000) “Qualitative content analysis (‘Análisis cualitativo de contenido’)”. *Forum qualitative social research*, 1(2) Recuperado el 18 de mayo de 2017, en <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>. Traducción Leyva Ramos.

Mercado Sara. Comunicación en enfermería. Sujeto de atención en enfermería. (S.F.) Disponible en: <https://sites.google.com/site/lacomunicacionenfermeria/sujeto-de-atencion-en-enfermeria> Consultado 9 de julio de 2016

Muñoz de Rodríguez, Lucy y Vázquez, Marta Lucia. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger Colombia Médica Vol. 38. N° 4 (Supl 2), 2007 (octubre-diciembre) Consultado el 9 de julio de 2016.

Parsons, Talcott (1968) *La estructura de la acción social*. Madrid: Akal.

Peirano, Mariza (1995) *A favor da etnografía*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Pérez, G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Tomo II. Técnicas de análisis de datos. Madrid: La Muralla S. A.

Pool, Robert (1994) *Dialogue and the Interpretation of Illness: Conversations in a Camerron Village*. Oxford: Berg.

Priego, Heberto “¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud?” septiembre-octubre, 1995. *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 5, (pp. 381-382). Consultado 9 de julio de 2016.

Rick Zoucha, R. N. y Olshansky, Ellen (1999) “Cultura de los Cuidados, la utilización de métodos cualitativos en enfermería”. 2do semestre, III – N° 6. Disponible en: file:///C:/Users/celeste/Desktop/CC_06_12.pdf.

Santamaría Fernández, M. B. “Evolución histórica de la Enfermería y la Cardiología”. *Enfermería en cardiología* N°40/1er. Cuatrimestre 2007; p 21-25. Consultado 27 de junio de 2016.

Sossa Rojas, Alexis. “La alienación en Marx: el cuerpo como dimensión de utilidad Departamento de Ciencias Sociales Universidad Arturo Prat”. *Iquique Revista de Cs.*

Sociales N° 25. Segundo Semestre 2010. ISSN 0717-2257(pp. 37-55). Consultado el 11 de julio de 2016.

Strathern, Marilyn (1998) "Fuera de contexto. Las ficciones persuasivas de la antropología". En: Reynoso, Carlos (comp.) *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Turner, Victor (1982) *From ritual to theatre*. New York: Performing Arts Journal Press.

Urra, M. Eugenia; Jana A, Alejandra; García V, Marcela. "Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales". *Ciencia y Enfermería* XVII (3): 11-22, 2011 ISSN 0717-2079. Consultado el 9 de julio de 2016.

Vasilachis de Gialdino, Irene (2006) *Estrategias de la investigación cualitativa*. Editorial Gedisa, S.A. Primera edición Barcelona, España. Disponible en: <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/Estrategias-de-la-investigacion-cualitativa-1.pdf>.

Voloshinov, Valentin (1992) *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. Madrid: Alianza.

Anexos

Entrevista N°1 MIV

Enfermera de larga trayectoria en nosocomio importante de la ciudad.

E: ¿Cuál usted considera sería la naturaleza de la profesión enfermera y, a partir de esta, enuncie la mejor manera de nombrar a los destinatarios de su praxis profesional?

MIV: Yo diría, personas que requieren cuidados de salud. A pesar de que hay varios nombres, paciente es lo que más se usa, nosotros decimos nuestro paciente, pero tiende últimamente a cambiarse el rótulo de paciente, eh; lo último que se nombraba era cliente, clientes, pero tampoco está muy de acuerdo a lo que es la salud, entonces sería paciente, personas que requieren cuidados de salud. Porque yo le digo paciente.

E: ¿Cuál considera que es la naturaleza del trabajo enfermero?

MIV: Brindar cuidados.

E: ¿Por qué?

MIV: Porque son cuidados de salud.

E: Pero ¿Cuáles son?

MIV: Sería, por ejemplo...

E: O la diferencia entre eso, un radiólogo, un médico o un kinesiólogo.

MIV: El médico puede hacer diagnóstico presuntivo o definitivo de enfermedad, y prescribir, todo lo que el médico prescribe de acuerdo al tratamiento que se le va a instaurar a esa persona lo tiene que complementar otro profesional que sería la enfermera. Hay cuidados independientes, propiamente de enfermería.

E: Por ejemplo ¿Cuáles?

MIV: Por ejemplo, control de signos vitales, brindarle higiene y confort, que el paciente se sienta confortable, brindarle palabras de aliento, ser amable como presentarse, decirle que cualquier cosa que necesite nos llame. Y después, están los otros cuidados que son dependientes que son, las prescripciones médicas, todo lo que sea aplicar un antibiótico o analgésico, calmante, ponerle una vía, venoclisis. Son procedimientos propios de enfermería.

E: En el caso de concepto persona es por una cuestión de formación profesional o porque cuando uno se dirige a alguno de nosotros, como personas para la ciencia social eso es personal cuando hablo de un grupo humano que depende de nuestra atención apelamos al término sujeto social. porque no es lo mismo, por a la mayoría de ellos usted no lo conoce,

por lo tanto, no son personas para usted son sujetos que desconoce, después puede intimar más o menos, puede tener una cercanía mayor o peor. Puede ser que quizás, porque en muchos casos de los ochenta hacia atrás al a enfermería se le daba poco o nada de las ciencias sociales de hecho hoy por hoy la carrera tiene tres o cuatro materias que son de las ciencias sociales, entonces inevitablemente, no es por culpa de nadie, sino culpa de un proceso de formación que no se dio. Ahora si usted percibe una diferencia entre el concepto persona o el concepto sujeto social, que claro que sí, seguramente que sí [*Off the record*] ¿Al plantearle esa dicotomía usted considera que es lo mismo el concepto persona que el concepto sujeto social?

MIV: No, no es lo mismo, pero, de todos modos, yo como enfermera, al otro no lo tomo como un objeto de atención, perdón no como un sujeto de atención.

E: ¿No? ¿Por qué?

MIV: Para mí es una persona que viene con toda su emoción, todos sus miedos.

E: Pero el sujeto social también los tiene.

MVI: Si

E: ¿A usted le hace ruido el concepto de sujeto social? ¿Es una cuestión de formación?

MVI: Si, lo veo muy frio, formal.

E: No, al revés, es la manera de generalizar algo, porque, por ejemplo, mi vínculo con usted es social, el vínculo suyo con un hijo es personal y son dos naturalezas distintas, lo que nos une es que somos todos seres humanos y todos somos sujetos sociales.

MIV: Es distintos, unos enfermeros que están trabajando en un área cerrada donde el paciente está aislado del mundo que no está en contacto con el exterior, a una enfermera que trabaja en un área abierta con una persona, que nos pueden hablar, puede llorar.

E: ¿Considera usted que esa personita tiene autonomía?

MIV: Si, bueno depende, porque ahora...

E: un nene de meses...

MIV: Bueno no, depende de su mamá.

E: Bueno entonces volvemos a lo mismo, depende de la capacidad del nene, de su reacción frente a las intervenciones, depende de la edad que tenga y de la autonomía que tenga respecto a sus padres, que son los que determinan en algún momento definir qué hacer y qué no. Depende un código que ustedes tengan de ética, protocolo de intervención, o sea, depende de

muchas cosas. Entonces ¿de qué personas estamos hablando? No es por rebatirle críticamente, porque es lo que nosotros estamos postulando, este individuo a la larga termina siendo en el ámbito que nosotros intervenimos no persona, sigue siendo un ser humano, pero con deberes y derechos, incluso con proceso de judicialización en caso de que los padres atenten contra esa persona que no puede decidir.

MIV: Igual, ahora cambia la ley, los niños se internan con un adulto, que va a responder por las intervenciones que se le hagan, alguien tiene que autorizar lo que se le va hacer a ese chico, no es que yo voy a venir por mi cuenta.

E: ¿Por qué cree usted que se hace eso?

MIV: Ahora, a partir de los trece años, los niños tienen autonomía.

E: Ese ser humano o persona que pierde la razón ¿dejó de ser humano o dejó de ser persona?

MIV: No.

E: ¿Pero dejó de ser un sujeto social?

MIV: Sí.

E: ¿Considera usted que hay una crítica profunda al termino de paciente?

MIV: Paciente y por qué la palabra paciente significa tener paciencia, o sea como que debe esperar y esperar.

E: ¿Por qué se sigue usando?

MIV: Por cultura. Hace treinta años atrás había una sola escuela de enfermería. Hoy por hoy enfermería es muy heterogénea y no es toda la misma formación, no como medicina que todos salen de una formación única.

E: ¿Cuál usted considera que son las especificidades y el perfil de su práctica profesional?

MIV: El título no hace a la persona, puede ser una licenciada, pero una pésima persona. O ser una auxiliar y tener humanidad. Hay buenos enfermeros, pésimos enfermeros y buenos auxiliares, como pésimos enfermeros. Si no es una buena persona ¿Cómo va a brindar buenos cuidados?

E: Explique y determine el papel de la teoría en su práctica profesional, atendiendo a cuánto de lo aprendido y la manera en que esos contenidos son llevados a la práctica.

MIV: No solo sirve lo curricular, si sirve mucho la práctica, la experiencia, las vivencias, las cosas que uno incorpora con los años de los compañeros, del ensayo y error, porque no quiere decir que en años uno no haya tenido un error, de eso se aprende.

Yo siento que di todo lo que tenía que dar como profesional. Al paciente, o al sujeto de cuidado le di todo lo que realmente necesitaba y se lo brindé sin distinción de clase social, de raza ni religión, porque como yo siento a la profesión, bien de adentro, para mí el sujeto de cuidado para mí es lo más importante.

E: ¿Qué lugar ocupa los aspectos técnicos en su desempeño profesional? Analícelo con el grado de empatía que se establece con los destinatarios de la labor.

MIV: Los aspectos técnicos tienen importancia, tiene que ver mucho con el adiestramiento o la habilidad de la persona, de la enfermera, porque sin una práctica al sujeto de cuidado no se le puede curar, pero también interviene todo lo que sea para curar no solo brindar cuidados, porque los cuidados, sirven para curar, entonces la parte técnica ocupa un rol importante. Y tiene que ver mucho en la práctica y en los conocimientos de enfermería.

E: ¿Qué relación tiene esto con la empatía que usted logra con ese sujeto de cuidados o sujetos de cuidados?

MIV: Nosotros, cuando vamos a hacer un procedimiento técnico es importante presentarnos, dirigirse al paciente con el nombre, personalizar, explicar el procedimiento siempre, para lograr empatía y no ir abruptamente e invadir. No encarnizarse cuando el niño es difícil, pedir ayuda al otro. En las áreas cerradas, donde el niño se encuentra solo, debemos ser nosotros quien lo invadamos y también cuidemos de él.

En el caso del recién nacido prematuro, que su vida depende de la habilidad enfermera y de la humanidad de la enfermera, porque si no ese bebe está sometido a una enfermera que se va a encarnizar con las intervenciones hasta lograr su objetivo, y esto no tiene que pasar, si no puede, tiene que ser capaz de llamar a otro compañero. Hay veces que cuando uno no logra algo se pone de mal humor y el mal humor se deposita en el sujeto de cuidado.

E: ¿Qué factores considera usted son motivos de posibles crisis en su praxis profesional, tanto en lo profesional como en lo personal?

MIV: Bueno, confianza con el otro, porque uno en el trabajo tiene que confiar en el prójimo, como equipo. En la comunicación por un enojo o por un mal carácter o porque puede pasar, la mayoría en enfermería son mujeres y son competitivas y cualquier discusión sirve para cortar relaciones y no hablarse más, pero esto no puede interferir en el trabajo, yo por lo general, como coordinadora de una sala, soy mediadora, no se critica, no hay chismerío, al

menos en mi presencia, todo esto va en desmedro del cuidado. Son factores que pueden producir crisis en la praxis profesional.

E: ¿Y en lo personal cuales han sido esas cosas que más le han irritado, angustiado?

MIV: No, yo soy una persona que cuando entro al nosocomio empiezo una vida y cuando salgo otra. Alguna preocupación me pude haber llevado, pero soy una persona que no se permite deprimirse, trato siempre de salir adelante, porque si no quedan cosas sin hacer.

E: ¿Ha notado que le haya afectado a otra persona ese destrato entre profesionales?

MIV: Si, hay personas que son muy susceptibles se ponen a llorar.

E: ¿Hasta la renuncia?

MIV: No, hubo un caso que sí, pero no me afectó a mí, era en otra sala. Llegó hasta ese extremo ese destrato, de no contemplar a la persona, porque también hay que cuidar al que cuida, soy una convencida de eso. Todo ser humano tiene sus conflictos, no porque sea enfermera va a ser un robot.

Hay servicios sobre todo áreas cerradas que se caracterizan por ser maltratador, ya de la época mía, toda persona nueva que entraba era maltratada y mucha gente se iba de la sala. En cambio, cuando venían a que yo las capacité, las traté de la misma forma que trataba a mis compañeras de hace diez años. No hago ese famoso “derecho de piso” algo deplorable.

E: ¿No tendría que ser una condición indispensable el hecho de tomar en cuenta la personalidad y la proyección de individuos que van a trabajar con personitas tan vulnerables, no debería escogerse por un perfil?

MIV: Si, claro debe tener un perfil adecuado a la hora de trabajar, sobre todo en áreas como neonatología, oncología, tiene que tenerse en cuenta, no solo por una cuestión urgente de trabajo o por la necesidad de personal, la gente tiene que estar cómoda en el lugar que le guste desarrollarse.

E: ¿Existe algún entrenamiento para mejorar el carácter?

MIV: No. La persona se tiene que desarrollar donde mejor se sienta. Se intentó un momento una terapia de grupo, pero fracasó, ya que lo usaron para sacar los “trapitos al sol” y no para apaciguar o intervenir en el conflicto.

E: Refiérase al nivel de participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones dentro su área de trabajo.

MIV: La autonomía va a depender de la formación y de cómo uno se sienta preparado para ser autónomo, la seguridad en tu profesión, en los conocimientos. La enfermería tiene que ser una profesión que esté bien formada académicamente, humanamente, científicamente, porque si no, no podríamos tomar decisiones y es interdisciplinaria. Entonces, la toma de decisiones no es solo una persona, para tomar una decisión debes estar de acuerdo con el equipo de salud. Lo que nosotros hacemos, no lo puede hacer otro, entonces tenemos que sentirnos autónomos, eso va a depender de la formación.

Entrevista N° 2 PS

E: Hola, esta entrevista es para la realización de la tesis para finalizar la Licenciatura en Enfermería. Las preguntas que vamos a hacer están vinculadas a cómo ve el profesional enfermero al paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado; en cuanto cuál sería el término más acertado para definir a los sujetos que concurren al sistema de salud.

E: ¿Cuál considera usted sería la naturaleza de la profesión enfermera, y a partir de esta, enuncie la mejor manera de nombrar a los destinatarios de su práctica profesional?

PS: Bueno, en primera medida, me parece que, eh, nuestra naturaleza como profesión es el cuidado ante todo ¿no cierto? Desde la época de Florence Nightingale, que nos ha marcado ella el camino en cuanto que nuestro cuidado es la guía ¿sí? nuestra razón, viendo también como impronta mucho más relevante es el decir que bueno nuestra práctica debe ser siempre ver las respuestas humanas a estos cuidados ¿no cierto? y tanto los factores de la naturaleza, como influyen o no, si podemos hablar de los procesos de salud y enfermedad ¿no cierto? En esto. Y en cuanto a lo que me decís de cómo se nombraría al destinatario y... de acuerdo a lo que es la sociología o los cambios culturales que se han estado produciendo, se han ido llamando de distintas maneras podemos decir que hasta hace unos años atrás eh, estaba vinculado con lo que era el paciente que era el sujeto pasivo, quien no tenía ningún tipo de autonomía frente a este cuidado. Era la persona que tenía que ser sometida ¿sí? Y no podía participar en cuanto a su cuidado. Hoy en día, la enfermería esta vista de otra manera, gracias a Dios. Se han incorporado distintas metodologías y distintos pensamientos, lo cual nos permite que uno pueda decir que este sujeto no, ya no es tan pasivo, sino que empieza a interactuar ¿sí? Y ya no es el médico, el modelo médico hegemónico que teníamos incorporados, porque no solamente los médicos lo tienen incorporado, sino también todo el equipo de salud lo tenía incorporado a esto de que todo tenía que estar alrededor de lo que era la medicina y ser solamente biologicistas y decir, bueno, quien decidía, quien podía o no hacer determinadas cosas, era el otro, no era el paciente, quien era realmente quien debía decidir qué era lo mejor para él.

E: ¿O sea como el paternalismo?

PS: Claro... sí, o el síndrome de guardapolvo blanco, viste que se dice que está muy marcado eso de que lo veíamos con el guardapolvo blanco y parecía como que era Dios diciéndonos todo lo que teníamos que hacer si uno creyera en Dios ¿no? Desde la psicología podríamos decir el paternalismo, como vos decís, muy marcado ¿no es cierto? Era quien guiaba todo. La enfermería no fue ajena a eso, enfermería también lo adoptó a esto ¿cómo qué? Como que... el sujeto tenía que estar todo el tiempo sometido a lo que nosotros queríamos, en los momentos que queríamos, en el lugar que queríamos, eh..., y sin tener en cuenta todo su contexto y sus momentos. Hoy en día estamos en un proceso de transformación de lo que es la salud pública, se lo está viendo, ya ahora se está hablando de que el sujeto se

empodere de su salud, sea él quien decida, pero para esto tenemos que estar informados, para esto tenemos que educar a este sujeto y también educarnos nosotros mismos, porque si antes teníamos una visión, ahora es completamente distinta, entonces tendríamos que rever los conocimientos para poder realmente nosotros tratar de empoderar ¿sí? a ese usuario a través de la información de eh..., con respecto a su salud y que él sea participe y sea autónomo totalmente de sus cuidados. Esto está visto desde hace unos años, es un cambio en lo que es los paradigmas de la salud en general, no solamente en enfermería sino en muchos ámbitos. Cuesta este cambio, porque obviamente hay una resistencia hacia este proceso. Eh..., así que, desde ese lado, podemos decir bueno hoy ya es usuario o cliente ¿no cierto? Algunos lo tienen como mal catalogado, mal visto, porque piensan que uno lo ve con sentido económico a esto, a este cuidado como que estamos pagando, pero en realidad es así, todos pagamos la salud, ya sea una persona que concurre a un servicio de salud pública que tiene que ver, por ejemplo, con el Hospital [REDACTED] o el Hospital [REDACTED], en ambos procesos todos pagamos, en realidad, porque todos pagamos con nuestros impuestos, todos pagamos hasta cuando uno compra un paquete de galletitas estas pagando un IVA que ese IVA va a las arcas nacionales y eso es distribuido gran parte a lo que es la Salud Pública hoy en día. Entonces, si pagamos, si pagamos todos y todos tenemos derechos al mismo cuidado y a la misma calidad de atención, ya sea que vos vayas a una entidad pública o vayas a una institución privada. Que hoy en día cuando va a una institución privada y también tienes demoras de tres o cuatro horas para que te atiendan, también debes pagar los diferenciados, también tenés que soportar ciertas exigencias o no de los que son los profesionales de la atención, ciertas caras, ciertos gestos, ciertas cosas que vos decís: bueno, no solamente pasa en lo público. No, también en lo privado se viven hoy en día. O sea, es el nuevo, la nueva perspectiva, si uno dijera bueno a ver qué es lo ideal y bueno hay otras corrientes que están surgiendo también ¿no es cierto? Que tienen que ver con el sujeto de cuidado ¿sí? Ya ahí, cuando hablamos de sujeto de cuidado, es una nueva perspectiva que tiene muy buena impronta y porque tiene una mirada distinta de lo que es el usuario, ya lo vemos como más autónomo, con propias decisiones, pero también lo ve informado y educado ¿sí? A este sujeto el cual puede decidir, lo mejor para sí mismo. En este contexto, podemos decir: bueno, entonces vamos evolucionando, y si va evolucionando ¿por qué? Porque va evolucionando con todo el contexto y con todos los cambios socioculturales que hoy en día se están produciendo.

E: Bueno, entonces para usted, para que quede claro ¿Cuál es el término que considera que es el más acertado, que debería usar enfermería para diferenciar al sujeto que concurre al circuito de salud?

E: Yo creo que sería muy bueno, que ya empezáramos a implementar este nuevo termino ¿sí? Que sea el sujeto u objeto de cuidado ¿no es cierto? sería el mejor termino el que debería evolucionar ¿sí? ¿Por qué? Porque obviamente, te digo todo tiempo, todo pasaje fue transitorio, y si bien el termino usuario o cliente se está implementando ¿sí? ya está

implementándose hace unos cuantos años, no sería el más adecuado, pero es como una etapa de transición ¿sí? No es ya paciente, no es usuario, ni cliente porque vamos a pasar a lo que es el objeto o sujeto de cuidado. Yo creo, que eso sería lo ideal, a lo queremos llegar, como todos queremos ir evolucionando y avanzando en nuestros conocimientos.

E: Bien ¿Cuál usted considera que son las especificidades y el perfil de su práctica profesional?

PS: Bueno, especificidades hay múltiples, en lo que hace a la enfermería hoy en día ha crecido un montón, como se puede ver que, por ejemplo, tenemos especialistas en muchas áreas eh..., tenemos también residentes eh, gracias a Dios en el materno, está la residencia en Neonatología, la cual le ha abierto las puertas y le ha dado un gran empuje a lo que es hoy la enfermería eh..., en el hospital, convengamos que eso da categorización a lo que es la institución y también da categorización a la profesión, porque ya, ahora los enfermeros no estamos vistos como mediocres enfermeros de antes, sometidos al modelo médico hegemónico, donde le planchábamos el guardapolvo y estábamos sirviendo el cafecito al médico y éramos más la mano derecha como dicen antiguamente, o como alguna gente todavía tiene incorporada esta terminología, pasamos de eso ah ya ser profesionales, pero que implica esto, implica verse como profesionales y para eso tiene que haber un esfuerzo y eso es lo que nos cuesta a los enfermeros, hoy en día esforzarnos ¿sí? Para formarnos, para continuar con el conocimiento ¿por qué? Porque no lo vemos como realmente debería ser, que es engrandecer a nuestra profesión ¿no cierto? Hoy, por ejemplo, hace unos meses atrás había un médico ¿no cierto? Que me decía: no porque yo tengo seis años de faculta me vas a decir a mí de determinadas cuestiones, que yo le estaba remarcando que tenía que hacer con respecto al cuidado ¿no es cierto? y yo le decía: bueno yo tengo diez años de facultad, haber, hoy en día no se mide porque ah..., es médico sabe más que el enfermero o nutricionista sabe más que un enfermero, como era catalogado hace unos años. Especificidades hay múltiples ¿sí? También está abierto lo que es cuidados críticos en adultos, cuidados críticos pediátricos, hay múltiples especialidades gracias a Dios ¿sí? Hay un montón, y todos esos espacios que se ha ganado la profesión enfermera no los debe perder.

E: Bueno, explique y determine el papel de la teoría en su práctica profesional, atendiendo a cuanto de lo aprendido y la manera en que los contenidos son llevados a la práctica.

PS: Bueno, con respecto a las teorías, siempre juegan un papel importante, toda teoría va a tener una impronta importante en cuanto a lo que hace a nuestra profesión, porque son las bases, o sea, sin una base teórica uno no podría hacer el que quehacer de cuidado, si estamos hablando de Florence ¿sí? Si bien fue nuestra primera gran teórica que nos ha guiado en muchos conocimientos, convengamos que ella decía: bueno los enfermeros tienen que tener una formación continua y constante para poder ir avanzando en el cuidado, y ella no ha escrito ningún libro, sino que fueron todas recopilaciones que se fueron haciendo de lo que fue ella y de ahí se armó el primer libro digamos de lo que es Florence eh..., tenemos, después, otras

grandes que han avanzado en todas las bases teóricas y que nos han abierto muchas puertas y nos han hecho mirar las cosas desde otro lado eh..., Leininger, Henderson, eh..., Watson, múltiples enfermeras que han trabajado que son grandes teóricas y que hoy en día cuesta un montón implementar muchas de estas teorías, porque justamente a avanzado hoy la sociedad, o sea, la contextualización en la cual esas bases teóricas se han hecho han avanzado muchísimo y no se pueden aplicar mucha de ellas, pero si han surgido un montón de otras nuevas que tiene una perspectiva totalmente distinta y cuál es, justamente, la que hoy en día se está viendo como que es el fuerte de lo que es la salud.

E: ¿Usted considera que no intervenimos? ¿Qué considera que hacemos con el sujeto?

PS: Que debemos mediar, uno debe tratar que de alguna manera, ir uniendo los cuidados que uno adquiere como importantes ¿sí? y relevantes ¿sí? ir uniéndolo o adaptándolo al proceso también de visión que tiene este sujeto ¿no es cierto? Sujeto de cuidado. ¿Por qué? Porque, si yo ahora agarro y digo bueno no eh..., hoy en día tengo una mamá ¿no es cierto? de la comunidad boliviana, que viene a atenderse al hospital, convengamos que ella, por ejemplo, tiene la visión de que el niño debe tocar el suelo ¿sí? porque sienten que es eh..., la manera de llegar al mundo, lo sienten como una naturalidad el hecho de que debe tocar el suelo su hijo ¿sí? para venir o tener la bienvenida al mundo ¿no? Creyendo obviamente en la Pachamama y en todas estas cuestiones que tienen que ver en lo cultural ¿no es cierto? Y nosotros que hacemos, lo invadimos ¿sí? haciéndolo u obligándolo a que este en una posición ginecológica, en una silla, o cama ginecológica, con un montón de trapos estériles, con un profesional tapado totalmente con gorro, con barbijo, con camisolines, guantes etcétera, que no digo que no esté mal, pero a la formación, a lo cultural que ellos traen arraigado ¿sí? es como forzarlos a hacer algo que no desee ¿no es cierto? Esto también a veces impacta, impacta negativamente ¿por qué? Porque, se sienten invadidos, se sienten menospreciados, sienten que realmente son avasallados ¿sí? por una formación que tenemos nosotros, los profesionales, de salud con respecto a un cuidado ¿sí? Que no quiere decir que nosotros no podamos hacer que esta mamá pueda tener a su bebé en cuclillas y que él bebé toque el suelo ¿Por qué no lo podemos hacer? Sí, podemos hacer que la mamá..., y acompañarla en cuclillas, teniendo los cuidado adecuados para que el niño no se golpee, obviamente, teniendo toda esta esterilidad con sábana estéril, compresa, etcétera, con un profesional que este acompañando el proceso y la familia también, porque también se debe acompañar a la familia, que eso también es otro tema que se tiene con mucha controversia hoy en día, por ejemplo, nos pasa que del año pasado a este año, donde se implementó esta modalidad, de tener a la familia dentro de la institución en el momento de parto, hay una cierta resistencia del equipo de salud, ojo, que no solamente hablo de los médicos, porque son los que más, obviamente tienen resistencia, también los enfermeros han tenido resistencia, porque, sienten que se los va a estar evaluando todo el tiempo y en realidad no tiene que ver con una evaluación, si vos haces bien tu trabajo no importa si el otro te está mirando o no. En realidad, se han visto muchas buenas ventajas en todo esto, porque realmente esta mamá que antes

estaba sola ¿sí? en un proceso realmente, a veces hasta agobiante ¿sí? se ha sentido acompañada estando con alguien, quien más que un conocido o un ser querido, que este acompañándote en un proceso donde vos estas dándole vida a tu hijo.

E: El parto no es una enfermedad, por lo tanto...

PS: No

E: Puede ser atravesado de una manera feliz.

PS: Exactamente. Lo más feliz posible, pero bueno, esto no se ve ¿sí? que hay resistencia, si hay resistencia como todo cambio, siempre va a haber resistencia, pero se está logrando y ya hay muchos enfermeros y muchos médicos que están trabajando de esta manera y se adaptan muy bien a este proceso.

E: ¿Para que esto se lleve a cabo necesita un compromiso de enfermería? dejando los médicos de lado, porque si no, no se podría...

PS: De ninguna manera, pero esto se hace con conocimiento, sino hay conocimiento y si a la gente no se la forma con esta mirada ¿sí? Si yo te tengo que decir hoy, sí, hay resistencia de los enfermeros nuevos o de los enfermeros que ya hace tiempo que están trabajando en esta área, hay más resistencia de los enfermeros que ya llevan más tiempo trabajando, porque tienen arraigado esto de que venga alguien de afuera que los va a estar evaluando ¿sí? Y se sienten realmente así, evaluados ¿No? Y en cambio los enfermeros nuevos, por ahí, se adaptan más a este proceso, alguno no, ojo, alguno no, no se adaptan, pero es más fácil que se adapten, porque ya uno cuando los va formando, ¿no? Les vas inculcando que es un derecho adquirido y que es un derecho que hay que defender y que a todos nos gustaría que, en este momento tan maravilloso, como es el de un parto o el de dar a luz un hijo, te esté acompañando un ser querido, una persona con la que vos compartís la vida, o una persona con la que vos querés compartir este maravilloso momento.

E: Desde el aspecto deontológico o legal ¿Crees que los profesionales enfermeros le hacen falta más formación para poder defender esos derechos que decís?

PS: Sí. Yo creo que nos falta muchísima formación con respecto a lo que es las leyes, las legislaciones, los programas, los planes ¿sí? ¿por qué? Porque en realidad hay un desconocimiento en su totalidad. No es que solamente el equipo de salud, en cuando a los enfermeros nada más no saben de estas cuestiones, y en la realidad hasta los médicos no saben, hay muchos trabajos hechos, y de hecho yo también estoy haciendo un trabajo en el cual remarco justamente, esa falta de conocimiento de muchos profesionales de salud con respecto a los planes, los programas, las leyes y las reglamentaciones que abalan estos planes y programas, y que si nosotros, los profesionales de salud, no sabemos de estos planes y programas, obviamente, el usuario, o el cliente, u el sujeto de cuidado no va a saber ¡si nosotros no sabemos! Entonces que pasa, falla, fallan estos planes, fallan estos programas,

fallan las leyes, fallan todos, toda la sociedad y todo el equipo, porque realmente hay un desconocimiento sobre los deberes o derechos u obligaciones que uno tiene. Yo creo que esto de las reglamentaciones y las leyes deberían implementarse ya desde primer año, desde el primer año que uno incursa en esta profesión ya debería tener muy bien incorporado y erradicado lo que son las leyes y reglamentación.

E: ¿Considera que sería bueno que hubiera un cambio en los currículos de estudio de enfermería?

PS: Si, totalmente..., totalmente, creo que hay muchas materias que realmente deberían ser cambiadas por otras o transformadas o unificarlas ¿sí? sobre todo las que tiene que ver con los aspectos socioculturales, especialmente. Yo creo que son los que más tenemos que tener un enfoque, más que ver con salud pública, con esa mirada. Estamos muy radicados en lo que es biologicista, con lo que tiene que ver con el modelo medico hegemónico, que nos viene arrasando de hace años y que tratamos de cambiar, obviamente, tenemos que cambiarlo desde la formación del profesional y desde los inicios es fundamental cambiarlo. No digo, por esto, que esas materias o esos conocimientos no sean buenos o no se apliquen ¿sí? son todos necesarios, pero también, debemos ampliar y eso también haría que empiece a cambiar la visión y la mentalidad de estos profesionales a cuáles estamos formando.

E: Bien, ¿Qué lugar ocupan los aspectos técnicos en tu desempeño profesional? Analizándolo con el grado de empatía que se establece con los destinatarios de su labor.

PS: Eh, con respecto a lo aspectos técnicos, bueno nuestra profesión tiene mucho que ver con la tecnificación o las técnicas en cuando a ciertos procedimientos. Lo que pasa es que, yo creo que, las técnicas se van adquiriendo con el quehacer, con la práctica cotidiana, uno hoy, por ejemplo, cuando uno se recibe puede ser que no tenga ciertas técnicas incorporadas y las va a ir incorporando con el correr del tiempo, con el correr de tu práctica y se van incorporando y cada vez la va a ir también, de alguna manera, formando o mejorando a estas técnicas, por qué, porque justamente son técnicas estándares de los parámetros ¿sí? Y que lo puede ir mejorando y perfeccionando de alguna manera. Ahora con respecto, si vos me tenés que decir: bueno desde el grado de la empatía hacia el destinatario, podemos decir que hay veces que el hecho de involucrar tanta tecnificación ¿sí? hace que uno no pueda tener empatía o ponerse en el lugar del destinatario. ¿Por qué? Si hacemos como soldaditos todo igual ¿sí? perdemos la esencia de ver que el otro es diferente, o sea, si digamos acá hay una persona y cada persona, cada individuo es diferente al otro, entonces, yo no lo puedo decir: bueno, a ver, si vamos a hacer esta técnica todos tienen que hacer una técnica igualita, no tiene que ser técnicas iguales ¿sí? pero, ese sujeto al cual estoy cuidando es distinto al otro, entonces, cuando uno puede de alguna manera ir adaptando estos procesos técnicos a lo que es el cuidado integral del ser humano ahí es donde, yo creo, que se hace un adecuado cuidado hacia la otra persona. Si no es como que, si normalmente hacemos muy técnico todo y decimos: ¡Que maravilloso! Este profesional trabaja muy bien, en cuanto a su práctica porque

realmente incorpora todas las normas, lo establece como corresponde, es muy técnico en su quehacer ¿no cierto? y no se pasa de los límites, pero, por otro lado, pierde la esencia de que estamos cuidando a un ser humano.

E: ¿Considera que hay algún tipo de negociación con el sujeto?

PS: Exactamente, por supuesto, siempre tiene que haber una negociación, porque si no negocias con el otro es como que perdemos nuestra esencia de ser cuidadores, de un ser humano integral, integral de todo, es un contexto completo, no una parte, sino es como que justamente, al ser tan técnicos, vemos una parte que es la patología, o una herida, o tomar la presión, etcétera, y no vemos todo lo demás que le puede haber sucedido en el medio, o que le está sucediendo.

E: Entonces ¿Ser tan técnicos a veces perjudica el cuidado?

PS: Por supuesto que perjudica el cuidado, tiene que haber las dos cosas, tiene que haber, obviamente, una buena técnica utilizada del conocimiento, de lo que nos ha formado ¿sí? pero también, tener los conocimientos, que como yo te digo, desgraciadamente, no se incorporan en lo que es la profesionalización, si no que se incorporan a partir de la licenciatura, que es, por ejemplo, los aspectos socioculturales, los psicosocial ¿sí? Entonces, si tuviéramos esa mirada ya no seríamos tan técnicos, o sea, no quiero decir que no esté mal ser buen técnico ¿sí? Si no que, debemos también, incorporar la otra parte que es lo psicosocial ¿sí?

E: ¿Qué factores usted considera son motivos de posibles crisis en su praxis profesional?

PS: Los factores son múltiples, porque en realidad (pausa), todo factor, como uno dice, puede determinar hacia un sentido o hacia el otro, tenemos los factores externos, los factores interno, ahora si vamos a hablar de los factores determinantes de salud son múltiples, ambientales, biológicos, que tienen que ver con los aspectos mentales, psicológicos, etcétera, hay múltiples factores, y mientras uno más mire más factores hay ¿Por qué ? porque obviamente es compleja la vida, la vida de por sí es compleja, entonces si hablamos de los factores que determinan a lo que es la salud de la población hay múltiples, a lo que hace a la profesión, porque nosotros también somos seres humanos, también somos complejos en cuanto a lo profesional ¿sí? Ahora si nosotros decimos bueno: cuales son los que integran y todos van, de alguna manera, van a repercutir en la profesión, si hablamos de lo económico y bueno podemos decir que hoy los enfermeros no nos vamos a llenar nunca de dinero en esta profesión, tenemos que tener múltiples trabajos ¿sí? tendrá que trabajar en dos lugares y eso implicaría un desgaste físico y mental importante, entonces ¿impacta? Sí, lo socioeconómico también impacta.

E: Refiérase al nivel de participación de los profesionales enfermeros en las tomas de decisiones dentro de su área de trabajo.

PS: Bueno, con respecto a los que es la toma de decisiones, es muy difícil que los enfermeros tomen realmente decisiones por una cuestión de que viene, como arraigado, de que nosotros no somos capaces de tomar decisiones. No todos, pero en su gran mayoría al enfermero le cuesta tomar decisiones o plantarse como profesional, porque no se ve como tan. Entonces, cuando uno toma decisiones o es juzgado o prejuizado por sus compañeros o por otros profesionales de la salud. Eso también tiene que ver con el empoderamiento que uno tenga de su profesión, a ver, si uno sabe de qué sos un profesional y que tenés que plantearte como tal, porque tienes un conocimiento que te avala ¿sí? científicamente...

E: Al ser una profesional autónoma y en esa autonomía tiene que tomar decisiones...

PS: Por supuesto que tiene que tomar las decisiones, porque somos autónomos e independientes, si bien tenemos también algunas actividades que dependen también de otras profesiones, tenemos muchas otras actividades que son independientes, obviamente a nosotros mismos. El tema principal con la toma de decisiones, creo que tiene que ver con eso, con el empoderamiento en sí de nuestra profesión de vernos como profesionales y de actuar como tal y de no tener miedo a la hora de trabajar y de tener que actuar como tal y tener que eh..., decidiendo de alguna manera nuestros cuidados. Porque es nuestra área de trabajo el cuidado, quién más que nosotros sabemos cuál es el cuidado hacia el sujeto de cuidado ¿no cierto? Ningún otro, porque nuestra profesión justamente se basa en el cuidado, lo que pasa que el tomar las decisiones implica un montón de otras cuestiones, que tienen que ver también con lo personal ¿sí? más allá que con lo profesional, más allá de las inseguridades personales que uno tiene, por eso es que tampoco... eso que dicen que todas las personas pueden cumplir un rol ¿sí? en el... con respecto a un área o una profesión, yo pienso, no creo que sea así, yo no creo que todas las personas sean capaces de alguna manera, formar parte de un rol de enfermería. Por ejemplo, yo creo que tiene que haber una predisposición con múltiples factores que formen a este profesional y por eso no es que todos los profesionales de la salud pueden ejercer o hacer gestión por ejemplo ¿sí? Hay personas que pueden hacer gestión y hay otras que no lo pueden hacer y necesitan sí o sí que otras personas los guíe ¿sí? es como que... a ver somos una profesión en la cual eh..., es muy importante el liderazgo, si es muy importante el liderazgo porque tenemos que tomar justamente decisiones en un momento determinado de nuestra práctica y no podemos estar titubeando, o teniendo miedo. Bueno, estoy plantado, sí, estoy formado, sí, estoy preparado para esto y tengo que enfrentar al sujeto de cuidado para que, para brindarle atención de más óptima calidad ¿sí? pero si uno no se planta desde ese lugar ¿sí? que la mayoría de los enfermeros le pasa, como en otras profesiones, pero en este caso particular estamos hablando de enfermería. No se planta con qué, si yo soy el que puedo liderar la situación, o decir, bueno, solamente lo va a liderar en una RCP el médico, no. No necesariamente un RCP lo tiene que liderar el médico. Lo lidera quien primero toma la posta, quien primero determina cuales van a ser las actividades que van a realizar, los distintos roles que se cumplirán dentro de este RCP.

E: Siempre hay alguien que direcciona...

PS: Exactamente, que es quien generalmente tiene mayor poder o rol de liderazgo en esa circunstancia, que puede ser que en otro momento lo tenga otro, porque no sé, te pasaron factores, no sé, cuestiones que ese día te distrajeran o no estás en óptimas condiciones para atender al sujeto de cuidado, etcétera... o sea tiene muchas cosas que ver... y también tiene que ver el momento que estás viviendo ¿sí? o sea en cuanto a lo que es la participación de profesional en la toma de decisiones. Hay muchos que participan en la toma de decisiones, pero normalmente, somos una profesión que estamos siempre abajo del médico, consideradas así, abajo del médico, un estatus más abajo, un escalón más abajo, de todas las profesiones. El tema es formar a los nuevos profesionales ¿sí? con una manera distinta.

I: De igual a igual.

E: Exactamente, de igual a igual, donde se vea realmente reflejados como profesionales y puedan interactuar y trabajar con otros profesionales, porque ese también es el tema que no pueden interactuar con otros profesionales, no pueden realmente vincularse desde lo profesional, porque, justamente no tienen esta mirada de que son un profesional, y me tengo que plantar como tal.

I: Son profesionales de otra disciplina y están igual que los otros.

E: Igual que los otros, lo que pasa que esto tiene que ver con el empoderamiento de la profesión, o sea y tratar de masticar ¿sí? Y deglutir lo que significa ser un profesional de la salud, está inmerso en medio de otros profesionales y que no somos ni más ni menos, somos otro profesional ¿sí? que tiene una mirada distinta de la persona, que tiene una mirada holística, que tiene una mirada con cuestiones o factores que determinan la salud de la población y no solamente lo biologicista. Sino que tiene muchas otras cuestiones, cuando uno participa. Es decir, cuando es parte de, y eso es lo que a muchos profesionales les falta. Tratar de comprenderse o tratar de entenderse como parte de un equipo de trabajo, como parte de... una disciplina que está inmersa en un campo de la salud, cuando pase eso realmente es que va a participar mucho mas ¿sí? por otro lado podría decir que... bueno, si en el aspecto de atención de la salud, podríamos ver estas dos grandes fuerzas, decir, bueno, hay quienes no participan porque tienen miedo por aquello, pero hay quienes sí participan ¿sí? y se empoderan de este liderazgo o participación, no cierto, como profesionales. Pero también hay otras áreas, como, por ejemplo, en área de salud comunitaria; sabemos que somos una herramienta importante según la Organización Mundial de la Salud, con respecto a lo que es la participación comunitaria, el trabajo. Entonces, ahí sí podemos decir que somos grandes líderes en lo que es salud comunitaria o salud pública, precisamente sí, porque si lideramos campañas, lideramos eh..., todo lo que tiene ver con la salud, todo lo que tiene que ver con proceso de salud enfermedad, campañas, planes y todo esto obviamente está vinculado con la epidemiología, con la sociología con la antropología, tiene otros aspectos

en los cuales hemos crecido mucho y gracias a Dios nos hemos empoderado y nos hemos planteado bien en desde este lugar, y no hemos cedido este espacio, porque muchos enfermeros, en lo que hemos podido ver, han cedido muchos espacios y hoy en día en esta área en la que participa en salud comunitaria no ceden espacio y eso es importante, porque hemos ganado un gran terreno y lo conservamos por el trabajo el esfuerzo de esta gente, y que debemos seguir contribuyendo y debemos seguir formando profesionales también con esta visión no, solamente mera atención en una institución cerrada con cuatro paredes sino pensar que la salud también se puede y se debe tratar extra institucionalmente, trabajando en prevención y promoción. Uno trabaja en prevención y promoción extra institucionalmente podemos obviamente bajar los costos en salud, entonces con respecto a eso podemos decir que si realmente participan los profesionales de enfermería y se empoderan realmente de su rol como profesión.

E: Bueno, describa el alcance del trabajo en equipo y su incidencia en el desempeño profesional de los profesionales del mismo.

PS: Bueno, el trabajo en equipo siempre es fundamental y lo que tiene que ver en salud es primordial, o sea no hay otra opción porque tenemos, obviamente. una disciplina ¿sí? que obviamente tiene que ver con el trabajo multidisciplinario, intersectorial e interdisciplinario. Que quiero decir con esto, que tenemos que trabajar con múltiples disciplinas en amplios ámbitos y no solamente con nuestra disciplina que también tenemos que trabajar interdisciplinariamente para ir mejorando nuestra calidad de cuidado hacia el sujeto de cuidado ¿sí? Y eso obviamente que optimiza nuestro conocimiento y nuestra formación, pero por otro lado también enriquece el hecho de trabajar con otras profesiones que nos da obviamente la puerta, nos las abre obviamente nuestra profesión, porque somos una de las pocas profesiones que tiene un amplio conocimiento de muchas disciplinas ¿sí? es como que hacemos un saltadito de cada cosa. A veces muchos profesionales discuten sobre el tema de que si es importante o no tenés este salpique de distintas profesiones, en lo que a mí respecta creo que sí es importante porque hace obviamente a un cuidado holístico de la persona, a verla de otra mirada, desde distintos factores y también nos permite poder trabajar con otras profesiones, si bien no sabes netamente todo ¿sí? lo que conlleva o consiste su profesión, si sabemos que herramientas podemos utilizar con respecto a esta profesión que enriquezca nuestros cuidados. Entonces, si es muy importante el trabajo el equipo, que lo hacemos o no los enfermeros, realmente se trabaja mucho en equipo, que obviamente que son esos equipos que sobresalen de las reglas institucionalmente o fuera de la institución o sea a lo que hace el trabajo comunitario, y ahí a la mayoría le cuesta trabajo en equipo, pero por una cuestión de que a todos los profesionales de la salud les cuesta trabajar en equipo, ya sea por celos, por fines económicos, por fines de estatus, por esto por aquello, realmente es difícil pero no imposible. En muchos ámbitos se trabaja y es muy enriquecedor y realmente progresa la profesión o el equipo de salud, no solamente uno se beneficia, sino que se benefician todos y por ende se beneficia el sujeto de cuidado, obviamente es lo primordial, porque optimiza

su atención. Es importantísimo es trabajo en equipo y que realmente se lo veo como un trabajo en equipo, porque es muy fácil decir se trabaja en equipo, pero como es que se trabaja en equipo no, porque yo permito que el enfermero coloque la sonda o que el enfermero medique cuando yo estoy durmiendo a las 12 de la noche sin que me moleste, ejemplo, podríamos de hablar de un médico hacia un enfermero y el enfermero decir: ay, no si se trabaja en equipo porque el médico me autoriza que cuando el sujeto de cuidado requiera algún fármaco yo se lo administro y luego él, cuándo se levanta me lo firma en la historia..., y no, a ver, eso no es trabajo en equipo.

E: Además, de estar fuera de la ley, deja de ser trabajo en equipo.

PS: ¡Muy bien! No está para nada cerca de ser trabajo en equipo, el trabajo en equipo es cuando se trabaja responsablemente adquiriendo y haciéndose partícipe de un cuidado específico, consensuando una forma de trabajo, una normativa frente a una situación problema.

E: Claro.

PS: Eso es trabajo en equipo, para poder afrontar este problema, poder resolver el problema y obviamente, llegar a la mejor calidad de atención si no, no es un trabajo en equipo, si no lo que hacen es justamente tratar de evadir ciertas responsabilidades para que obviamente se beneficien unos pocos, que son los profesionales que obviamente el sujeto de cuidado no estaría beneficiado en este proceso.

E: ¿En los ateneos participan los enfermeros?

PS: No, en todos los ateneos he visto u observado que participen los enfermeros, y es muy importante lo que decís, porque a muchos a enfermeros le interesa participar en los ateneos y lo ven como una obligación del enfermero en cuanto a trabajar con responsabilidad en el cuidado con respecto al sujeto de cuidado. Pero a muchos de nosotros es como que le molesta el hecho de concurrir al ateneo porque lo atrasa con otras tareas que tiene que realizar, etcétera.

E: Pero en ese espacio es donde se va a hablar de las terapéuticas que se van a realizar con ese sujeto y lo que es necesario es que esté presente enfermería para hablar sobre el cuidado que se va a implementar.

PS: Exacto, respecto al tratamiento. Ese es el tema, que falta justamente el empoderamiento de la profesión, falta el hecho de la responsabilidad que tengo frente a este sujeto de cuidado. Entonces ese es el tema porque no lo toman como algo consecuente de mi cuidado, o sea que es parte de mi cuidado, como una parte del proceso de atención, lo toman como una parte que es extra y no es extra va con el tratamiento, va con el cuidado que yo tengo que hacer es la integración completa, porque ahí estás hablando de trabajo en equipo, ahí estás interactuando con otros profesionales, justamente para unificar un criterio que es justamente

la atención a ese sujeto de cuidado. Entonces, es importante que los enfermeros comencemos y estemos en todos los pases de guardia y en todos los ateneos de otras disciplinas, e inclusive tengamos nosotros nuestros propios ateneos ¿sí? y cuando se hagan los pases de guardia. Por ejemplo, estemos todos los enfermeros que toman la guardia en ese momento de ese sector. Que como que eso también les molesta mucho tener que escuchar el pase de guardia de todos los sujetos de cuidado del servicio que van a tomar, y en realidad uno tienen que saber de todos, más allá de que después se repartan o no los sujetos de cuidado, todas esas cosas que hacen que a veces no construyen absolutamente nada, porque a la hora de estar en una emergencia tienen que acudir todos a trabajar y por eso es importante que todos sepamos los sujetos de cuidado que tenemos y todos los procesos que tenemos que realmente evidencia ¿sí? porque si uno sabe de uno y del otro lado hay un paro y vos no tienes idea que tiene, qué patología tiene, el tratamiento que se le está administrando ¿Cómo vas a enfrentar la situación? Entonces, sos un estorbo en esa situación, entonces es muy importante que los profesionales de enfermería empiecen a involucrarse como profesionales plantados obviamente en un equipo de salud.

E: Claro, quiere agregar algo más...

PS: Sí, me parece importante agregar ya que estamos hablando de este tema de lo que es la evolución o de alguna manera la transición que está sucediendo con el paso del tiempo a lo que es la persona, porque uno podría decir; bueno, hace muchos años atrás, cuando el paciente era solamente un ser pasivo un ser sometido el cual no podía opinar porque carecía de información, carecía de autonomía, no podía realmente nada, porque otro era el que dominaba la situación. Era un ser solamente visto con una mirada biologicista que es lo que vendría a ser el modelo médico hegemónico instaurado socialmente, el cual está sufriendo una gran transición de hecho ya pasó de ser paciente a ser lo que es un ser... perdón a ser cliente ¿no? porque es un cliente ya que uno paga por un servicio, contribuye de alguna manera económicamente por una atención en salud. Eso también es como que ha evolucionado, hoy en día estamos enmarcado ¿sí? en lo que es el usuario que está también en una transición, no es que se va a quedar marcado gracias a Dios, porque el usuario obviamente está pidiendo o exigiendo su derecho, derecho de que se le brinde una buena calidad de atención ¿sí? El que reclama el que pide, el que ya está meramente algo informado, ya sea porque ha evolucionado el tema del internet o de las tecnologías o de las comunicaciones. Entonces, eso también permite que de alguna manera el usuario comience a tener un manejo de la información y pueda de alguna manera de sus derechos o sus posibilidades con respecto a sus tratamientos, ya no es un sujeto tan pasivo y esto lo va a llevar a lo que realmente se busca o que ya está entrando realmente en vigencia es el sujeto de cuidado, el sujeto que tiene autonomía, el sujeto que tiene poder, que tiene información, que puede de alguna manera decidir qué es lo que es mejor para él o no, que yo le pueda dar las herramientas y decirle bueno tenés estas opciones pero la decisión es meramente de él ¿sí? porque tiene todos sus derechos y además tiene la obligación. Convengamos que muchas

veces decimos tiene derecho a la salud, tiene derecho a la salud..., pero también tiene la obligación de derecho a la salud, o sea, tiene la obligación de saber de informarse de realmente hacer valer sus derechos ¿sí? de empoderarse, de tener autonomía, de tener decisión no de ser meramente pasivo, porque si no es como que realmente está violentado todo esto, y si nosotros estamos diciendo que vemos ya a una persona que tiene autonomía, a una persona que es sujeto de y que tiene autonomía, poder de decisión, debemos darle la herramienta para que sea un sujeto con autonomía y poder de decisión. También tenemos que agregar, que todo este entorno y todas estas cuestiones tienen que ver con la salud y con la salud pública, con lo cultural, está atravesado por un momento histórico, yo creo que en este momento tenemos un cambio de paradigma totalmente distinto, que atraviesa muy fuertemente lo transcultural, todo lo que tiene que ver con la cultura en un momento determinando donde hace un clic la sociedad y realmente la sociedad evoluciona. Esta evolución nos va a permitir pensarnos como un ser, pensarnos como un sujeto. Desde otra mirada que obviamente una mirada que si la ves hace cien años a atrás es una vaga idea, loca de la persona, el cual se lo veía como una persona pasiva, sin autonomía de muchas otras cuestiones sobre todo mágicas, hoy en día estamos hablando de otra manera, de que tenemos que aportar lo que son las condiciones o los factores que determinan la sociedad, no solamente salud es meramente la ausencia de enfermedad, no, a ver ya sabemos que esto solamente no es, que implica un montón de otros factores que determinan la salud de este sujeto ¿sí? como por ejemplo factores ambientales, psicológicos, físicos que envuelven a todos y entre esos obviamente la cultura tiene muchísimos, que ver en los procesos de salud y enfermedad, así que tenemos que darle mucha importancia a esto porque nuestro sujeto de cuidado está envuelto en esta sociedad y esta cultura, en la religión, en todos los aspectos que lo impactan de alguna manera, y si no es como que de alguna manera solamente atendemos una parte y el resto del sujeto no lo atendemos, o sea no condeciría con lo que estamos diciendo.

E: Claro le arreglamos su problema de salud, pero no lo vemos...

PS: ¿Y el resto? Es muy biologicista, no tiene nada que ver, es un aspecto muy importante ver lo sociocultural de una persona para entender ciertas problemáticas sociales nos atraviesa y que desde la salud pública nos impacta fuertemente con altos costos, con respecto a lo que es la salud. Es importante verlo a la persona sin ninguna duda en todo su contexto, como un sujeto transcultural, como un sujeto que va más allá de la cultura no solamente con lo físico.

I: Bueno te agradezco mucho por tu tiempo.

Entrevista N ° 3 CB

E: Buenas tardes, esta es una entrevista que se utilizará para la realización de una tesis de enfermería. Bueno, antes que nada, agradecerle el tiempo y que haya aceptado estar acá. Aclararle que todo lo que diga, una vez que nosotros pasemos esta entrevista por escrito, se la vamos a mostrar para que lo que no quiera que sea leído, va a ser tachado con negrita y que en todo momento su identidad va a ser preservada.

CB: Bueno, muy bien.

E: Empezamos ¿Cuál usted considera sería la naturaleza de la profesión enfermera y, a partir de esta, enuncie la mejor manera de nombrar a los destinatarios de su práctica profesional?

CB: Bueno, la profesión enfermera tiene que ver con el cuidado de las personas y a mí me gusta más el lado de cliente, que, de pacientes, no me..., me suena esta parte que se confunde con paciencia, que, si bien no viene de ahí, sino de sufrido más bien, tampoco me gusta del lado de la lástima. Me quedaría con cliente.

E: ¿Por qué usted lo ve como un cliente ¿Es una persona que le paga? ¿Cuál es tu visión de verlo como cliente?

CB: Sea estatal o privado a mí me pagan, pero, de todas maneras, o sea de mí, porque yo puedo hablar desde mí, yo hago la profesión con amor, o sea, van a tener los mismos cuidados todos, el que tenga más plata o el que tenga mutual, el que no la tenga va a ser lo mismo para mí.

E: Ya sea un paciente, un cliente, un usuario o un sujeto... Va a ser el mismo cuidado.

CB: Claro, mi profesión es la enfermería, y es el cuidado y lo hago con amor y es el profesionalismo, no pasa por ahí.

E: Bien ¿Y esto de ser un sujeto, que tiene sus derechos sus deberes, consideras que al llamarlo cliente?

CB: No, no, o sea yo siempre hablando de que soy una enfermera para mí, le pongas la palabra que le pongas siempre va ser el mismo...

E: ¿El cuidado va ser el mismo?

CB: Va ser el mismo. Y siempre va ser un sujeto no un objeto, estamos hablando de personas.

E: Bien, perfecto. Bueno, me podría nombrar, perdón. ¿Cuáles son las especificidades y el perfil de tu práctica profesional?

CB: Bueno, yo soy licenciada en enfermería, siempre vuelvo a lo mismo, mi especificidad es el cuidado de las personas. En este momento, yo tengo un cargo de jefatura que me da como más responsabilidad no me quita tareas, sino que me da más responsabilidad en el sentido que tengo que, valga la redundancia, cuidar por los cuidados de ellos. O sea, no solamente de mi parte, sino de todo lo que está a mi alcance y esta..., de la cual soy responsable. Así que bueno, el cuidado de las personas ¡eh!..., estamos hablando de atención comunitaria, de atención primaria, secundaria, atención primaria con la educación, estaríamos hablando de diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, podríamos hablar de rehabilitación podríamos hablar de... se habla también en estos momentos de prevención como si fuera; en cuarto lugar, de la reincidencia de las enfermedades y lograr que el paciente, que más bien llamado cliente para mi gusto, logra que todo lo que pueda llegar a hacer solo lo haga, o sea ayudarlo, acompañarlo, apoyarlo, pero intentar que ellos salgan de la institución en donde están internados, o así sea en su propia casa o donde sea, que ellos se desenvuelvan solos lo que más puedan, que eso va a ser un bien para ellos y para la familia, para la comunidad.

E: Bueno, entonces ¿Cuál sería el perfil de la práctica profesional enfermera?

CB: Bueno por un lado está la disciplina en sí, el profesionalismo que uno pone y por otro lado está la persona que debe capacitarse continuamente.

E: La formación...

CB: La formación continua, porque todo cambia, porque vivimos en un mundo vertiginoso que inmediatamente lo que hoy es de una manera, mañana es de otra. Más la tecnología, hay que saber usar todo para no quedarse atrás. Ser una persona profesional, para tener autonomía debes tener conocimiento, porque el conocimiento te da la autonomía y el profesionalismo, y bueno después, ante la mirada de los demás, debes ser una persona que esté, o sea que tenga perfil de enfermero profesional, tiene que ser una persona que esté bien arregla, el uniforme que esté como corresponde, el pelito atado, las uñas cortas, sin joyas, eh..., o sea todo envuelve al buen profesional. No quiere decir que se tiñe el pelo de rojo o si tiene veinte anillos sea un mal profesional o no sea una buena enfermera, pero la mirada dice mucho, la confianza del otro empieza en cómo te ve. Por eso es importante lo que vos irradiás inclusive en la apariencia. Yo sé que las apariencias engañan, pero es parte de que vos al otro lo tranquilicés, le des confianza y la confianza en esta relación de enfermero...

E: La prolijidad al otro le va a brinda como más seguridad.

CB: Mas seguridad, aunque lo otro parezca que sos un tiro al aire y no lo sos, eh..., pasa por ahí también...

E: Claro, porque el otro no le conoce y está vulnerable ¿no? por ahí...

CB: Ni hablar con personas mayores, porque una persona que está más acorde a tu edad o está más chiquita por ahí viven en otra onda que no sea la nuestra, porque ya te digo, esto cambia vertiginosamente, por ahí hasta ya nosotros nos veríamos pasados de moda, pero bueno, la confianza en ese sentido lo cambia, lo cambia, la mirada del enfermero es muy importante en el otro.

E: Bueno, justamente que tocó el tema este de la formación ¿La teoría, qué papel cumple en la profesión?

CB: Bueno, la teoría es sumamente importante, porque sin la teoría no tenés el conocimiento para poder ni siquiera a tocar a la persona.

E: O sea ¿De lo aprendido lleva uno hacia la práctica?

CB: Todo, todo, la teoría y la práctica tienen que ir de la mano. Es muy fácil ser empírico y aprender a poner una vía o hacer una..., poner una sonda nasogástrica, la práctica cualquiera la puede hacer, pero de ahí a que sepas que podés provocar en la persona si hacés las cosas mal, lo sabes con la teoría. Por eso es tan importante integrarlas, van juntas, van totalmente de la mano. La teoría sin la práctica..., también es tan importante y viceversa, porque vos podés tener mucha teoría, pero si no lo practicás también podés..., tenés que hacer varios ensayos y error para que te salga bien. Pero la teoría es sumamente importante, porque vos estás tomando una responsabilidad, que es la persona que cuidás, la persona con la que intervenís en su cuerpo.

E: El empírico entonces... ¿No sabría por qué lo hace? Sabría hacerlo, pero...

CB: Si no se capacita no, podría haber personas empíricas que, supongo que son contadas, que las hay como genios en la historia que, por ahí nunca se decidió a hacer la carrera y es una persona que, vive leyendo, buscando en internet, eh..., no sé, fijándose, es curioso, busca y lee, y entonces, se cerciora y sabe, y sabe pero por conocimientos, por aprender, eso también lo puede hacer, pero es muy necesario tener un acompañante igual, una persona que ya sea tu profesor, es muy importante que te acompañe en esto, que tenga más experiencia que vos, es importante eso también. La teoría y la práctica y una persona que tenga los conocimientos para que a vos te de seguridad.

E: Un guía...

CB: Un guía, una persona..., el otro también aprende, yo vivo aprendiendo también con los demás, vivo aprendiendo, no dejo de aprender.

E: O sea, es una capacitación constante la que uno tiene a medida que trabaja.

CB: La capacitación es sumamente importante e indispensable, todo el tiempo, todo el tiempo...

E: Bueno ¿Qué lugar ocupan los aspectos técnicos en su desempeño profesional? Analizándolo con el grado de empatía que se establece con los destinatarios de su labor.

CB: Bueno, la técnica es algo que sí o sí debe usarse para los procedimientos, para eso sirven las técnicas, aunque no siempre se tomen en cuenta, es importante porque es la mejor manera de hacerlo..., y por supuesto, cuando estás en un momento que vas a ser un procedimiento lo vas a hacer con una persona, no con una cosa; entonces esa persona es importante que tenga conocimiento de lo que se le va a hacer, es importante comentarle, hablarle, que nada sea sorpresa, que todo lo espere, aunque no le guste, como sea. Yo trabajo con niños y es importante a ellos también comunicárselos, a su manera lo van a entender, van a patear igual, lo vas a tener que agarrar igual, pero no se van a encontrar con una sorpresa de qué me van a hacer, porque vos ya se lo contaste, entonces el grado de ansiedad cambia, así que es indispensable que te comuniqués.

E: ¿Qué factores usted considera son motivos de posibles crisis en su práctica profesional?

CB: Bueno, en realidad posibles crisis en mi práctica profesional o en la práctica de cualquier enfermero son muchísimas, podés tener una crisis por no trabajar en equipo con tus compañeros, porque no te den el lugar..., o sea otras disciplinas, porque es importante trabajar interdisciplinariamente, motivo de crisis puede ser que no te escuchen, que no te escuchen cuando vos tenés una razón para la cual te parece que algo no se le debe hacer...

E: ¿Quién no los escucharía?

CB: Bueno, puede ser un compañero como puede ser un médico, cuando vos vas y le decís: mirá, me parece que esto no lo tenés que hacer por tal cosa, y por ahí es un residente que es nuevo y todavía algunos tienen cierta soberbia. También les pasa a los enfermeros, no solo a los médicos, los enfermeros de hace muchos años saben hacer esas cosas y con tal de no dar el brazo a torcer, hacen las cosas de una manera que a vos te provoca crisis, y, te genera crisis porque hacen las cosas de una manera que no se debe hacer... porque está el cliente de por

medio, el cliente que como ya se sabe: siempre tiene la razón, porque para eso paga ¿sabés? Crisis porque tenés una emergencia y no tenés los insumos, por ahí..., por ejemplo, una aspiración es sumamente necesario, urgente en una traqueotomía, y vos tenés que armar un set de aspiración porque no vienen armados y pierden la fuerza que necesitan y perdés el tiempo que es oro. Bueno, esas son las peores crisis, la de encontrarte que tenés que salir a buscar lo que tu cliente necesita en ese momento, ya, y vos tenés que salir a buscarlo es terrible.

E: ¿Y cómo reacciona usted cuando no es escuchada por un médico?

CB: Yo trato de hacerme escuchar.

E: ¿Y cuando la ignoran y tiene la razón, qué haces?

CB: Nunca me voy a quedar, si yo tengo la razón, y eso me provoca una crisis voy a llegar a quien tenga que llegar.

E: Claro, porque estamos hablando de personas que están de por medio...

CB: Por supuesto, por eso te digo, clientes son personas, no dejan de ser sujetos de mi cuidado, de mi profesión, de lo que yo elegí, de lo cual amo hacer y me gusta, me capacito y cualquier cosa le podría provocar algo que está mal, no voy a permitirlo. Entonces, eso va a provocar una crisis en mí y en el otro también.

E: Entonces ¿Consideras que hay una rivalidad entre compañeros porque los médicos por ahí no toman en cuenta las decisiones de los enfermeros?

CB: Yo no creo que son todos iguales, yo he trabajado en la emergencia y los médicos han dejado en mis manos hasta por un momento la vida de un chico y me han dado, me han demostrado la confianza que tienen en mí, creo que el que tiene la esencia de ser así lo tiene de residente y lo tiene después también. Creo que es la esencia de cada uno, después pasará por otras cuestiones psicológicas, complejo de inferioridad que se tienen que mostrar superiores, no lo sé. Pero no se trata de médicos o enfermeros, se trata de personas, personas que son de determinada manera.

E: Bueno, ahora por favor me podría describir el alcance que tiene el trabajo en equipo, ya que lo hablamos y la incidencia en el desempeño profesional.

CB: Bueno, yo trabajo acá en [REDACTED], y realmente, acá se trabaja en equipo y por eso somos considerados buenos en el hospital. Porque por ahí, en otros lados, las

cuestiones o, no se los casos, no se repiten tanto como acá; entonces, tenés la posibilidad de trabajar siempre los mismos equipos y la gente cambia mucho.

E: ¿Cómo sería un trabajo en equipo? Dando un ejemplo

CB: Bueno, mirá, es muy simple, yo tengo una compañera y hay que poner una vía, si es mi compañera, la que comenzó a preparar todo para poner la vía yo ya me siento la asistente; entonces, yo con mi compañera ya me entiendo qué es lo que tengo que hacer yo y qué es lo que tiene que hacer ella. Entonces, a veces cubrís un horario que no es el tuyo y la otra está poniendo una vía y vos le vas a poner la cinta, y entonces te das cuenta que ella te quita la cinta de la mano para ponerla ella y yo con mi compañera de toda la vida no trabajo así, pone la vía y yo ya le estoy poniendo la cinta, ella se desliga de ciertas partes del procedimiento que lo hago yo y yo me desligo de lo que hace ella.

E: El conocerse con el compañero es fundamental.

CB: Es fundamental conocerse y trabajar en equipo, es fundamental, por ejemplo, yo trabajé siete años en la emergencia y vos tenés que saber que cuando tu compañera está cargando vos te vas a ocupar de estar buscando no sé, de poner una vía, buscar la medicación que dicen los médicos, es un trabajo en equipo, no podemos hacer todos lo mismo porque perdemos tiempo y nos llevamos por delante, lo mismo pasa con los médicos.

E: ¿Hay trabajo en equipo con otras disciplinas también?

CB: Por supuesto, por supuesto, yo en el piso tengo que trabajar con el nutricionista cuando tengo un caso de una leche especial o una comida especial, tengo que trabajar con asistentes sociales cuando tengo chicos que son problemas sociales, con psiquiatras cuando tengo chicos con, bueno, con los distintos problemas a la profesión determinada, yo tengo que relacionarme, me tengo que relacionar continuamente; inclusive con el jefe de los médicos o con los médicos y con todas las demás disciplinas, hasta con el de limpieza: mira esto hay que desinfectar así o asá, esto; y nos comunicamos, no es que yo doy órdenes, ellos también me enseñan a mí la desinfección de la habitación, que seguramente saben más que yo.

E: Si, seguramente la comunicación es fundamental.

CB: Ni hablar, ni hablar.

E: Bueno, le agradezco por su tiempo y bueno si le gustaría poder agregar algo más al respecto...

CB: Eh..., bueno no mirá, la verdad es que es un gusto hacer estas cosas porque todos aprendemos y porque es necesario el investigar sobre todo estos temas, así se aprende también. Y de agregar no, o sea hablaría sobre lo mismo, capacitación continua, trabajo en equipo, trabajo interdisciplinario y la comunicación es la base de todo, es la base de todo, pero la comunicación multidireccional, porque si no, no puede haber interdisciplina ¡eh! Porque si no hay comunicación, no puede haber nada, así que me parece que son los ejes esos. Muchas gracias igual por invitarme.

E: Muchas gracias a vos por tu tiempo.

Entrevista N°4 LA

Hola, buenas tardes L.A.

L.A: Hola buenas tardes.

E: Esta es una entrevista que se utiliza para la realización de una tesis de la Licenciatura de Enfermería. Antes que nada, le agradezco su tiempo y participación. Esta entrevista, lo que quiere lograr es hacer un acercamiento crítico sobre los diferentes términos que utilizan los profesionales enfermeros para referirse a los destinatarios de su cuidado.

¿Cuál usted considera sería la naturaleza de la profesión enfermera, y a partir de esta, enuncie la mejor manera de nombrar a los destinatarios de su práctica profesional?

L.A: Bueno eh..., la naturaleza de la profesión enfermera es el cuidado ¿sí? De las personas ¿sí? De la salud, del proceso de salud y enfermedad de las personas, familias o comunidad ¿sí? Eh... La mejor manera para nombrar a los destinatarios de la práctica profesional ¿sí? En la práctica uno ve distintos términos, estaría paciente, cliente, usuario del sistema de salud; hay distintas formas de abordarlo, pero en realidad las personas son destinatarios del sistema de salud, son la finalidad del cuerpo de profesionales, de las instalaciones edilicias de los sistemas de salud. Ellos son la finalidad de que nosotros estemos juntos; entonces, uno en realidad para poder enmarcarlos sería el sujeto de cuidado ¿sí? ¿Para qué estamos todos acá? Para poder brindarle la atención de salud al sujeto de cuidado o al destinatario, como bien dice la pregunta que me ha cuestionado.

E: Bien, ¿Cuál usted considera son las especificidades y el perfil de su práctica profesional?

L.A: Las especificidades, como veníamos hablando al comienzo, la especificidad es el cuidado, y el poder formarse para poder brindar un cuidado de calidad ¿sí? Un cuidado de calidad que aborde al sujeto de atención, cuidado como un ser holístico, desde lo biológico, psicológico y lo social ¿sí? creo que esta sería la especificidad de la labor de la enfermería, porque estamos siempre continuamente al lado del sujeto de cuidado las 24 horas, la enfermería se caracteriza por estar las 24 horas en las instituciones de salud, y también por ser el nexo entre las distintas disciplinas que trabajamos en las instituciones, ya sean instituciones con internación o instituciones de atención como los CAPS, los centros de atención de la salud en forma periférica.

La enfermería es la que tiene el contacto con el paciente, y la que hace la interrelación con más disciplinas.

E: ¿Entonces para usted sería esa la especificidad?

L.A: La especificidad enfermera es la relación directa que hay con el sujeto de cuidado, en todo momento eh, y la interrelación que se hace con los demás integrantes del equipo de salud.

E: Bien. Explique y determine el papel de la teoría en su práctica profesional, atendiendo a cuanto de lo aprendido y la manera en que esos contenidos son llevados a la práctica.

L.A: Bueno, los aspectos teóricos, como en toda profesión son importantes, son relevantes, porque es lo que nos permite ver desde las distintas teorías, cómo uno puede abordar al sujeto de cuidado eh... veamos desde nuestra profesión, tenemos teóricas que han desarrollado la manera de abordar y cómo hacer los enfermeros, sobre todo que los alumnos también puedan tener herramientas para poder acercarse al sujeto, no solamente desde el proceso eh... desde la enfermedad, si no desde el proceso salud-enfermedad. Poder verlo cuando, cuando están institucionalizados, pero también cuando están sanos, por ejemplo, la enfermería preventiva que se puede hacer en los centros educación y de formación. Nuestra profesión también está abarcando otros campos, hay grandes empresas que llaman enfermeros, para que trabajen en programas de prevención de enfermedades y en programas de amortización de las complicaciones de algunas tareas o trabajos.

También es importante reafirmar, porque uno en el período de formación de nuestra profesión como enfermeros ¿sí? Yo ahora estoy en un estadio de hacer docencia, en realidad todos los conocimientos que uno adquiere en su formación se van eh...modificando. ¿Por qué? Porque hay cambios, hay cambios en la salud, y hay cambios y hay descubrimientos nuevos, esto a que nos lleva a que por ahí en enfermería hayan prácticas o protocolos que se desarrollaban, que ahora se ha descubierto que no eran tan beneficiosos, o para ponerlo de otra manera no es que lo que hacíamos estaba mal, se han descubierto nuevas modalidades de cuidado, la ciencia farmacológica ha cambiado, los equipamientos también han cambiado, lo que antes se utilizaba y era lo último, lo mejor se ha conseguido mejorar eso y pasaría a ser secundario. Entonces uno, la teoría que aprende, en su formación se va modificando y reacomodando ¿sí? Por eso es tan importante en toda profesión la capacitación, los enfermeros por ahí que hacemos docencia, como que vamos acompañando mejor este proceso ¿sí? Pero uno ve que, en la práctica, en las instituciones, a veces cuesta esta predisposición al cambio, el cambio como algo positivo, como una impronta de nuestro quehacer profesional.

Eso del sujeto de cuidado, también repercute, porque a través de los medios de comunicación, como el internet, Google, o toda la comunicación que hay disponible para las personas, hace que los sujetos de cuidado y las familias y los allegados se interioricen ¿sí? sobre las patologías, y sobre las formas de tratar esa patología, o hacer el tratamiento para disminuir las complicaciones, o secuelas de una patología. Entonces, repercute si la formación en la forma de trabajar a lo diario, lo que uno más trata de hacer como docente es que los futuros profesionales puedan aprender a hacer una buena valoración, y hacer una buena búsqueda de los nuevos avances científicos ¿sí? y que se registre, por eso es tan importante para la enfermería en nuestro país que se desarrollen más trabajos de investigación, que sean acordes a las necesidades de nuestra población, porque no tenemos bibliografía, ni tanto recurso disponible nuestro. Si bien en los últimos años, si uno entra en las distintas páginas, por ejemplo, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ¿qué se observa? Que el ministerio tiene información, y tiene libros y bibliografía que han sido producidos con datos nuestros; entonces, uno a veces, cuando está en los distintos servicios de internación puede sugerirles a nuestros propios colegas que busquen, porque en la página del ministerio, por ejemplo, hay guías prácticas del cuidado y hay libros con bibliografía actualizada y es nuestra. Porque es muy importante lo que uno aprendió en la teoría cuando se formó, pero tan o más importante es la especialización y la capacitación.

E: Bien. ¿Qué lugar ocupan los aspectos técnicos en su desempeño profesional? Analícelo con el grado de empatía, que se establecen con los destinatarios de la labor.

L.A: Como decía las técnicas son muy importantes, sobre todo para las personas que trabajamos, los profesionales que nos desempeñamos en el ámbito de la salud ¿Por qué? Porque la ciencia avanza muy rápidamente y las técnicas y los procedimientos que se desarrollaban hace cinco años atrás para el cuidado de la salud de las personas, hoy han cambiado totalmente. Quisiera acotar algo, para que sea ejemplificado, por ejemplo, siempre el oxígeno uno habla mucho del oxígeno, el oxígeno se administra en los servicios de salud, sean hospitales, clínicas, o en los centros periféricos ¿sí? y siempre se ve al oxígeno como algo muy bueno, y lo es en realidad, porque es un medicamento, que necesita una prescripción médica y que es necesario y muy útil en las situaciones de distrés respiratorio ¿sí? pero también el oxígeno tiene complicaciones y tiene efectos adversos, que la ciencia cada vez más va descubriendo que incide ¿sí? positivamente en muchos de los casos pero

que también tiene estos efectos adversos. Entonces, qué ha pasado con el uso de oxígeno se sigue utilizando, como uno de los medicamentos más utilizados, pero cada vez conocemos más y cambiamos la forma de administrarlo ¿sí? cambiamos la forma de administrarlo desde que ya no sea frío, que sea tibio y húmedo, que ya no sea puro que sea lo que realmente lo que el destinatario del cuidado requiere, para poder mejorar su patrón respiratorio, pero que a futuro no le traiga complicaciones en otros sistemas ¿sí? entonces eso implica técnica ¿sí? técnica de preparación ¿sí? de los insumos que son necesarios para poder proveerle oxígeno a este destinatario del cuidado ¿sí? y hay cambios en esa técnica, que tienen que ir acompañadas como hablábamos en la pregunta anterior, tiene que ir acompañada de fundamentos y de bibliografía actualizada y científica.

E: Bien. ¿Qué factores usted considera son motivos de posibles crisis en su práctica profesional?

L.A: Bueno factores, si uno puede hacerse crítico eh... hay muchos factores, ¿sí? depende mucho del lugar donde uno se desarrolle eh... y lleve a cabo su labor profesional, eh... pero uno de los factores que en el mundo y en nuestro país se va marcando mucho es la relación que hay entre el enfermero y el destinatario del cuidado ¿sí? realmente uno ve que nosotros como profesionales, nos preparamos ¿sí? para asistir a las personas ¿sí? que están... si están internadas, las personas que están padeciendo alguna disminución en su cuidado, que requieren de la asistencia de nuestra profesión. Entonces no es lo mismo para un enfermero ¿sí? asistir a cuatro pacientes, si vamos a ejemplificar, ¿sí? en una internación que tener que asistir diez o doce pacientes, ni que decir si a veces son dos enfermeros para treinta pacientes, porque eso hace que pueda llegar... a mí me hace sentir como una crisis, donde uno tiene el fundamento que hablábamos que es necesario adquirirlo ¿sí?, desde el fundamento, la capacitación, la preparación de los insumos de la unidad del paciente, eh..., tiene todas las técnicas y los protocolos que tiene que desarrollar, que lleva tiempo y dedicación y se encuentra con una gran cantidad de personas internadas a las que hay que asistir ¿sí?, y tiene poco tiempo para dedicarle a cada uno. Esta cuestión en los enfermeros es muy importante de resaltarlas ¿sí?, porque yo como profesional necesito el tiempo para poder comunicarme con el destinatario del cuidado ¿sí? porque es un ser biológico, psicológico y social ¿sí?, uno tiene que hacer una técnica de administración de una medicación intravenosa a una persona que está internada, eso lleva tiempo, poder comunicarse, explicarle el procedimiento que

tiene que hacer, explicarle la técnica que va a utilizar y los cuidados que va a requerir ¿sí?, este acceso venoso que va a ver que colocarle a la persona ¿sí?, explicarle que va a ser necesario que vamos a tener que colocarle una punción para poder poner un plan de hidratación y poder administrarla medicación endovenosa después, pero si los enfermeros tenemos muchas personas a cargo, no nos da el tiempo para hacerlo; entonces esta es una de las cuestiones que yo creo que puede hacer que haya una crisis ¿sí? como profesionales; y la sobrecarga laboral también va a influir en la satisfacción laboral que se lleve este profesional a su casa, porque si uno ha tomado una guardia y ha corrido durante ocho horas de nuestro turno, para poder entregar la guardias al profesional que nos va a tomar en el siguiente turno, y uno no llegó a cumplir todos los objetivos de cuidado que tenía para las personas, o si bien llegó a medicar, pero no llegó a brindarle por ahí el cambio de cama que necesitaba alguna de las personas internadas, esto va a ser que esta persona también se vaya como que no termino su tarea ¿sí?

Eso, por un lado, no terminó su tarea pero que también piense, pobre la señora de la cama cinco que necesitaba que se le cambie la sábana y no llegamos ¿sí?

E: Perfecto. Alguna otra crisis cree que...

L.A: Si, también muy relacionada a lo asistencial; bueno, nosotros brindamos cuidados ¿sí? así que para poder brindar los cuidados uno requiere de la interacción con otras disciplinas ¿sí?, con otra disciplina o ámbitos técnicos del cuidado, por decir, un enfermero brinda cuidados a un grupo de personas internadas, pero para hacer esos cuidados requiere de insumos, desde la farmacia, por ejemplo, todo lo que serían las guías, los catéteres para colocar el acceso venoso, las cintas, las bandejas ¿sí? necesitamos muchas cosas, necesitamos personal de limpieza que este, se requiere las sábanas para poder hacer los cambios de cama a los pacientes ¿sí?, requerimos la alimentación para que las personas se alimenten; entonces, necesitamos... estamos en un lugar donde nos tenemos que comunicar con todos los servicios y anexos de las instituciones ¿sí? si hace frio, también se requiere que haya una buena calefacción en la institución, si hace calor se necesita ventilación, todas estas cuestiones que se necesitan le llegan primero a nuestra profesión, a los enfermeros porque estamos las 24 horas, y porque somos los que estamos en comunicación con las personas internadas ¿sí?, estamos directamente comunicados con el destinatario de nuestro cuidado, que tiene necesidades que hay que satisfacer y nosotros somos los interlocutores; entonces, a veces,

los servicios anexos que tienen un objetivo determinado en la institución, también pueden tener inconvenientes de comunicación o de acción, alguna dificultad por la que no llegan por ejemplo, las sábanas al servicio en el horario en el que tienen que llegar; bueno que pasa en el servicio. Dice, bueno, está bien, todos los días llegan las sabanas a las 8 de la mañana al servicio, hoy que hubo un problema llegan a las 10 ¿sí? y tienen al profesional enfermero llamando continuamente a ver cuándo llegan, pero no es porque sea insistente, o porque no llegó a las 8, es porque hay personas esperando ¿sí? el cambio, que por ahí no van a entender esta situación o la problemática que uno como profesional puede entender ¿sí?, que pase una vez, pero las personas no ¿sí?, si una persona tiene que ser cambiada porque su cama esta mojada o algo eh...hay que darle una solución. Entonces, a veces la comunicación interservicios, puede hacer que haya como una crisis en el quehacer profesional diario.

E: Bueno, bien eh...Refiérase al nivel de participación de los profesionales enfermeros, en las tomas de decisiones dentro de su área de trabajo.

L.A: Si, los enfermeros eh... somos parte del equipo de salud ¿sí?, y cada vez tenemos mayor implicancia en los programas de cuidado de las personas ¿sí? ¿Qué pasa? Para poder participar en el equipo de salud, lo que se necesita es un profesional que tenga manejo de la situación, que tenga manejo de la comunicación, como les decía con la persona, con la familia y con la comunidad que está asistiendo, tienen que tener un compromiso y un cúmulo de conocimientos teóricos ¿sí?, para que la persona que recibe el cuidado y el resto del equipo de salud, vea que el profesional enfermero está preparado, capacitado y está inmerso en lo que está proponiendo para el cuidado de las personas, esto nos pasa mucho a los enfermeros, sobre todos los que están en las aéreas críticas ¿sí? donde hay mayor participación del enfermero ¿sí?, por decir, uno puede tener un grupo de personas bajo el cuidado o un sujeto de cuidado que realizó un baño en una terapia intensiva, con rotación del paciente, con cambio eh... cambio en las curaciones eh, con ejercicios pasivos para favorecer, eh... el buen funcionamiento de las extremidades ¿sí? que lleva un tiempo de 1 o 2 horas, los que lo hacemos sabemos que nos lleva mucha participación ¿sí? con la persona que recibe nuestros cuidados y después de eso, la persona puede conciliar el sueño ¿sí? y uno está con el resto del equipo de salud que viene a hacerle el examen físico diario, después de que el paciente recibió todos estos cuidados y se durmió, entonces, ahí es donde el enfermero...

E: ¿Usted considera que el enfermero es autónomo?

L.A: Si, pero la autonomía va a depender del discurso que tenga y del fundamento que tenga, para decidir bueno en este momento vamos a priorizar el sueño de la persona, para poder abordarla de nuevo ¿sí?, o sea que la autonomía va acompañada de formación y de interacción con el grupo.

E: Describa el alcance del trabajo en equipo y su incidencia en el desempeño profesional de los profesionales del mismo.

L.A: El trabajo en equipo en nuestra profesión es preponderante, es necesario que nosotros trabajemos en equipo eh...si uno habla de un servicio de internación ¿sí?, que cuenta con determinada cantidad de camas y hay dos profesionales enfermeros hay que trabajar en equipo, para poder priorizar y poder determinar que cuestiones son de atención ya, rápidamente y cuáles pueden ser programadas ¿sí? por decir, nosotros los enfermeros tomamos la guardia, nos vemos a todas las personas que están internadas en nuestro servicio, que van a recibir nuestro cuidado, generalmente uno va hacia las habitaciones y saluda a las personas, se les dice que es el enfermero que va a estar en el turno, hace una valoración física, porque si hay algo que tenemos los enfermeros es esto de poder dar una mirada, sobre el entorno ¿sí? y poder ver todo lo que el paciente tiene, lo que tiene sobre su cuerpo, o lo que está recibiendo de plan medicamentoso, o de cuidados específicos, y también valoramos ¿sí? si tiene un soporte, si hay un familiar ¿sí? a veces uno va entrando a las instituciones y ve los familiares de las personas, que están internadas ¿sí? o por ahí se encuentra con alguien que a la entrada del servicio le pregunta, porque por ahí es la vecina, nos pasa mucho a los enfermeros; entonces, uno valora incluso si tiene soporte social la persona, que es muy importante. Entonces, nosotros valoramos todo esto, en la toma de guardia y lo compartimos con el colega que tenemos, acompañándolo, porque uno dice: bueno, está bien, yo puedo tomar los controles y los signos vitales a los pacientes, y el colega dice: bueno, yo voy a realizar todos los planes medicamentosos de las personas y voy a prepararlos para administrarlos. Entonces, uno a medida... dice bueno, sí, con la señora que está en la habitación tanto está el esposo en la entrada que me pregunto... bueno, eso es trabajar en equipo ¿sí? no solamente decir yo salgo y tomo todos los controles y yo salgo y médico, si no poder trabajar en equipo para poder priorizar y poder dar la mejor calidad de atención.

E: ¿Considera usted que hay trabajo en equipo interdisciplinariamente?

L.A: Sí, esto lo habíamos hablado en una de las preguntas anteriores también, que hay trabajo en equipo, que hay que mejorar la comunicación es algo importante, la comunicación, que sea lo más horizontal posible ¿sí?, porque somos muchas disciplinas trabajando, bueno y ahí estamos los enfermeros, los enfermeros vendríamos a dar la horizontalidad entre todas especialidades por ahí médicas, que asisten a una persona internada, o a una familia ¿sí? por decir, ejemplo específico, uno puede tener una persona con algún problema social ¿sí? eh...que tiene que realizar una interconsulta con servicio social o con psicología, o porque por ahí tiene un familiar que necesita soporte desde la psicología, o de por ejemplo no sé hasta a veces se puede abordar desde la psiquiatría, entonces se puede trabajar en equipo, pero los enfermeros somos los que podemos decir, vengan en tal horario que viene el familiar, o que viene la madre, o que viene el esposo ¿sí? entonces, el trabajo en equipo se logra, porque si no se llegaría al objetivo.

E: ¿Usted considera que es un nexo entre las disciplinas y el sujeto?

L.A: Exactamente, entre la disciplina y el sujeto y su familia, es muy importante porque si no uno solamente ve a la persona que tiene internada, pero la persona que tiene internada está relacionada, uno de los diagnósticos enfermeros que generalmente con los alumnos yo trato que trabajen mucho, porque es muy importante, cuando hay un integrante de una familia internada hay un diagnóstico que es muy nuestro, que es alteración de la dinámica familiar, relacionada con internación de un integrante de la familia y es muy importante que los profesionales enfermeros lo podamos abordar, porque si tenemos por ejemplo una mamá internada, tenemos que saber si más chicos, al cuidado de quién están, porque esto influye sobre esta persona directamente, la preocupación o por ahí sí tiene una vecina y no un familiar directo que le está cuidando un chico, es muy importante que uno sepa que hay una alteración en la dinámica de esa familia, porque hay alguien que está internado ¿sí?

E: Muy bien. ¿Quiere agregar algo más?

L.A: Eh... quiero agregar que me parecen muy importantes y muy positivo, la temática de esta encuesta ¿sí? porque es abrir el panorama y no solo estar en lo asistencial ¿sí?, poder ver a las personas como un ser bio-psico-social y tratar de cambiar lo que viene tan impregnado ¿sí? porque hasta en mi propio discurso, sale la palabra paciente seguramente y a veces yo me cuestiono y digo no, no está esperando esta persona que yo vaya a atenderla, esta persona... nosotros estamos acá para brindarle el cuidado, así que eh... bueno quería agregar

eso, decir que me parece muy importante y que la enfermería en Argentina necesita más de estos estudios.

E: Muchas gracias.

L.A: Gracias a usted, por la participación.

Consentimiento informado

Título: “¿Paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado? Un acercamiento crítico del uso de estos términos desde la perspectiva profesional enfermera en un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata”

- 1- El proyecto se encuadra en el marco de la cátedra Taller de trabajo final de la carrera Licenciatura en enfermería que se dicta en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- 2- El mismo tiene como objeto realizar un análisis acerca de la influencia que tiene el significado de los términos en los profesionales de enfermería acerca de los destinatarios de su cuidado (paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado) de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2017.
- 3- Se considera como criterios de inclusión:
 - Enfermeros mayores de 21 años, por lo tanto legalmente capaces de decidir por sí mismos.
 - Enfermeros de ambos sexos.
 - Enfermeros de distinta formación académica: enfermeros y licenciados.
 - Enfermeros que trabajen actualmente en servicios de internación dentro de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata.
- 4- La participación del proyecto es de voluntad propia, con libre elección de dejar el proyecto o negarse a participar por razones laborales, personales o de otra índole.
- 5- La participación incluye:
 - Una entrevista semiestructurada, que será registrada con grabación de audio, la misma tendrá una duración mínima de 30 minutos.
 - La información recibida será procesada para el estudio sin otro uso, en caso de ser publicado se evitara exponer información sensible o que comprometa directamente el anonimato del participante en caso de que este lo requiera.
- 6- El proyecto no establece ni considera retribuciones o incentivos o de otra índole.

De acuerdo a lo expuesto

Fecha: 21-02-2017

Nombre y Apellido: M. I. V. 

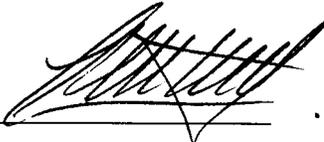
Consentimiento informado

Título: “¿Paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado? Un acercamiento crítico del uso de estos términos desde la perspectiva profesional enfermera en un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata”

- 1- El proyecto se encuadra en el marco de la cátedra Taller de trabajo final de la carrera Licenciatura en enfermería que se dicta en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- 2- El mismo tiene como objeto realizar un análisis acerca de la influencia que tiene el significado de los términos en los profesionales de enfermería acerca de los destinatarios de su cuidado (paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado) de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2017.
- 3- Se considera como criterios de inclusión:
 - Enfermeros mayores de 21 años, por lo tanto legalmente capaces de decidir por sí mismos.
 - Enfermeros de ambos sexos.
 - Enfermeros de distinta formación académica: enfermeros y licenciados.
 - Enfermeros que trabajen actualmente en servicios de internación dentro de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata.
- 4- La participación del proyecto es de voluntad propia, con libre elección de dejar el proyecto o negarse a participar por razones laborales, personales o de otra índole.
- 5- La participación incluye:
 - Una entrevista semiestructurada, que será registrada con grabación de audio, la misma tendrá una duración mínima de 30 minutos.
 - La información recibida será procesada para el estudio sin otro uso, en caso de ser publicado se evitara exponer información sensible o que comprometa directamente el anonimato del participante en caso de que este lo requiera.
- 6- El proyecto no establece ni considera retribuciones o incentivos o de otra índole.

De acuerdo a lo expuesto

Fecha: 05-05-2017

Nombre y Apellido: Lucio AITAMIKARO 

Consentimiento informado

Título: "¿Paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado? Un acercamiento crítico del uso de estos términos desde la perspectiva profesional enfermera en un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata"

- 1- El proyecto se encuadra en el marco de la cátedra Taller de trabajo final de la carrera Licenciatura en enfermería que se dicta en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- 2- El mismo tiene como objeto realizar un análisis acerca de la influencia que tiene el significado de los términos en los profesionales de enfermería acerca de los destinatarios de su cuidado (paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado) de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2017.
- 3- Se considera como criterios de inclusión:
 - Enfermeros mayores de 21 años, por lo tanto legalmente capaces de decidir por sí mismos.
 - Enfermeros de ambos sexos.
 - Enfermeros de distinta formación académica: enfermeros y licenciados.
 - Enfermeros que trabajen actualmente en servicios de internación dentro de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata.
- 4- La participación del proyecto es de voluntad propia, con libre elección de dejar el proyecto o negarse a participar por razones laborales, personales o de otra índole.
- 5- La participación incluye:
 - Una entrevista semiestructurada, que será registrada con grabación de audio, la misma tendrá una duración mínima de 30 minutos.
 - La información recibida será procesada para el estudio sin otro uso, en caso de ser publicado se evitara exponer información sensible o que comprometa directamente el anonimato del participante en caso de que este lo requiera.
- 6- El proyecto no establece ni considera retribuciones o incentivos o de otra índole.

De acuerdo a lo expuesto

Fecha: 06-05-17

Nombre y Apellido: P. A. S. 

Consentimiento informado

Título: “¿Paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado? Un acercamiento crítico del uso de estos términos desde la perspectiva profesional enfermera en un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata”

- 1- El proyecto se encuadra en el marco de la cátedra Taller de trabajo final de la carrera Licenciatura en enfermería que se dicta en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- 2- El mismo tiene como objeto realizar un análisis acerca de la influencia que tiene el significado de los términos en los profesionales de enfermería acerca de los destinatarios de su cuidado (paciente, cliente, usuario o sujeto de cuidado) de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2017.
- 3- Se considera como criterios de inclusión:
 - Enfermeros mayores de 21 años, por lo tanto legalmente capaces de decidir por sí mismos.
 - Enfermeros de ambos sexos.
 - Enfermeros de distinta formación académica: enfermeros y licenciados.
 - Enfermeros que trabajen actualmente en servicios de internación dentro de un nosocomio de la ciudad de Mar del Plata.
- 4- La participación del proyecto es de voluntad propia, con libre elección de dejar el proyecto o negarse a participar por razones laborales, personales o de otra índole.
- 5- La participación incluye:
 - Una entrevista semiestructurada, que será registrada con grabación de audio, la misma tendrá una duración mínima de 30 minutos.
 - La información recibida será procesada para el estudio sin otro uso, en caso de ser publicado se evitara exponer información sensible o que comprometa directamente el anonimato del participante en caso de que este lo requiera.
- 6- El proyecto no establece ni considera retribuciones o incentivos o de otra índole.

De acuerdo a lo expuesto

Fecha: 27-04-2017

Nombre y Apellido: CSB