

Cotidiano del cuidado de enfermera desde la perspectiva del paciente hospitalizado

Nursing daily life from the perspective of the hospitalized patient

Teresa Catalina Surca Rojas ^{1*}; Elvira Ofelia Rodríguez Antinori ²;

¹ Universidad Nacional de Trujillo. Av. Juan Pablo II s/n – Ciudad Universitaria, Trujillo, Perú.

² Escuela de Post Grado. Universidad Nacional de Trujillo, Av. Juan Pablo s/n Ciudad Universitaria. Trujillo, Perú

* Autor correspondiente: tsurjas@hotmail.com (T. Surca)

RESUMEN

Estudio “cotidiano del cuidado de enfermera desde perspectiva del paciente hospitalizado”. Objetivos: 1) Analizar cotidiano del cuidado de Enfermera, referido por paciente hospitalizado. 2). Discutir aspectos rutinarios y enriquecedores del cotidiano del cuidado por paciente hospitalizado 3) Dar aportes que aseguren un cotidiano enriquecedor del cuidado de enfermera. Dieron soporte teórico Lefebvre, Boff, Waldow y Bermejo. Metodología: Abordaje cualitativo, método descriptivo – explicativo. Muestra a conveniencia por saturación de datos, proveniente de (18) sujetos entre pacientes hospitalizados (12) y enfermeras (06). Conclusiones dos categorías con sub-categorías: 1) Cotidiano de ruptura por cambio de espacio, tiempo y praxis. Sub categorías: a) Cotidiano de aislamiento o destierro b) Tiempo cotidiano lineal de cuidado sobre tiempo cotidiano cíclico c) Cotidiano de cuidado de enfermera con miseria conduce a praxis pasiva del paciente. 2) Aspectos rutinarios y enriquecedores de cotidiano del cuidado de enfermera. Sub-categorías: a) Uso rutinario de tecnología bio-médica, versus uso ocasional de habilidades blandas b) Miseria del cotidiano de cuidado por enfermera versus riqueza del cuidado por la familia. Conclusiones: Cotidiano de ruptura por enfermedad lo aísla de vida familiar-social. De actor social es paciente hospitalizado, “desterrado”. Aspira cotidiano de cuidado enriquecedor.

Palabras clave: Cotidiano del cuidado; cotidiano de ruptura; cotidiano enriquecedor; enfermera; enfermo hospitalizado.

ABSTRACT

Study "daily of nurse's care from the hospitalized" patient's perspective. Objectives: 1) to analyze daily of Nurse's care, referred by hospitalized patient. 2). To discuss routine and enriching aspects of the daily one of the care for hospitalized patient 3) to give contributions that aseguren a daily one enriching of nurse's care. They gave theoretical support Lefebvre, Boff, Waldow and Red. Methodology: Qualitative boarding, descriptive method. explanatory. It shows to convenience for saturation of data, coming from (18) fellows among hospitalized patients (12) and nurses (06). Conclusions two categories with sub-categories: 1) daily of rupture for space change, time and practice. Sub categories: to) Daily of isolation or exile b) daily lineal Time of care about daily recurrent time c) Daily of nurse's care with misery it drives to the patient's passive practice. 2) routine and enriching aspects of daily of nurse's care. Sub-categories: to) I Use rutinario of bio-medical technology, versus occasional use of soft abilities b) Misery of the daily one of having cui-given by nurse versus wealth of the care for the family. Conclusions: Daily of rupture for enfermedad the aisle of family-social life. Of social actor it is patient hospitalized, "exile." It aspires daily of enriching care.

Keywords: Daily of the care; daily of rupture; daily enriching; nurse; hospitalized sick person.

1. INTRODUCCIÓN

En el presente siglo, se observan instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico, tecnicista, fragmentado y despersonalizado, que influye en la manera de actuar de los profesionales, reduciendo al paciente a expresión biológica y muy pobre a nivel relacional alejándolo de la visión holística del cuidado.

El paciente pierde autonomía para su autocuidado y capacidad de decidir por falta de información y escasa atención a sus necesidades emocionales, espirituales e insuficiente respeto a su autonomía y ciudadanía.

En nuestro caso, se parte de la hipótesis que el cotidiano del cuidado de enfermera desde la perspectiva del paciente hospitalizado es de “ruptura” porque sufre innumerables cambios en su vida cotidiana, familiar, laboral y social, a raíz de una enfermedad que lo saca de su espacio habitual para otro espacio, generalmente adverso que lo convierte en un “desterrado”, porque este micro espacio social, lo aísla de su cotidianidad. Lefebvre (1972)

Su tiempo de permanencia en este micro espacio social de naturaleza cíclica, dinámica, versátil, se ve amenazada por tiempos lineales, monótonos, estáticos que le brinda la enfermera con un cuidado escasamente renovado con miserias, por predominio tecnicista, desprovisto de riquezas, de habilidades blandas que privilegian la integralidad como ser humano.

De ser actor social como ciudadano con derechos y con poder de decisión, se convierte en “paciente hospitalizado” sujeto-objeto, con identidad amenazada, sin poder de decisión y en un ser pasivo. Lindon (2013)

Su status cambia de sano a enfermo, de estar comunicado, informado y acompañado por su familia y el mundo que lo rodea; en el hospital no es escuchado, ni acompañado. De sentirse seguro en su cotidiano de vida social, se siente inseguro y aislado, lo que ameritaría reformas en la atención sanitaria en general y en la atención de enfermería en particular a fin de asegurar un cotidiano enriquecedor compatible con el cotidiano saludable del hogar, la familia, el trabajo y la sociedad.

El paciente hospitalizado según Bermejo (2014) vive “tiempo de espera” Espera la visita del médico; el día del examen y el resultado; que pase el dolor; que llegue la operación; que llegue un ser querido de lejos. Un tiempo de espera puede vivirse como amenaza si no se cumple lo esperado, a su vez su praxis está interrumpida por causas imprevistas, no esperadas y muchas veces trágicas, asumiendo un rol pasivo, como un receptor de quien lo cuida; simbólicamente la historia lo ha convertido en una persona sin voz, sin opinión, algunas veces privado de su identidad, de palabra y de acción. Desde el punto de vista de Boff (2005) y Alva et al. (2014) “el cuidar es inherente al ser humano. Para que el cuidado realmente se de en plenitud, la enfermera debe agregar expresiones de interés, consideración, respeto, sensibilidad demostradas en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar”.

En relación al cotidiano del cuidado, la enfermera manifiesta que le falta tiempo para realizar una adecuada relación con el paciente y familia o puede provocar falta de seguimiento o continuidad de los cuidados brindados limitándose al cuidado técnico. Cuando se enferma el ser humano se desestructura y según esta perspectiva debe recibir cuidado de la enfermera en un hospital, de lo contrario, el ser humano se desarticula, se debilita, pierde sentido y muere.

Siendo necesario colocar en el foco de nuestra atención al paciente, desde sus necesidades, desde sus quejas de dolor, desde su inseguridad, miedo, baja estima. En estas circunstancias se quiere indagar lo que el paciente hospitalizado percibe, concibe y vive cotidianamente con el cuidado de enfermería; para lo cual se formula el problema: ¿cómo es el cotidiano del cuidado de enfermera?, ¿cuáles son los aspectos rutinarios y enriquecedores del Cotidiano del Cuidado de enfermera desde la perspectiva del paciente hospitalizado?, con el objetivo de analizar y discutir críticamente la realidad encontrada en el micro espacio social como es el hospitalario, a fin de contribuir a modificar la práctica actual en el área asistencial, proponer un nuevo perfil con nuevas competencias de enfermera/o sensible y solidaria/o.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

El objeto de estudio “Cotidiano del cuidado de enfermera desde la perspectiva del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina” utilizó el abordaje cualitativo porque la naturaleza del objeto, amerita investigación cualitativa por ser capaz de “incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherente a los actos, relaciones y las estructuras sociales ocurriendo transformaciones y construcciones humanas significativas”. Minayo (2015) el método es descriptivo – explicativo con perspectiva de análisis dialéctico porque los conocimientos que se obtienen son concretos y constituyen modelos condensados (indivisibles de los objetos y fenómenos). Es explicativo porque permite describir de manera profunda la praxis asociada a las experiencias cargadas de significado sobre lo cotidiano del cuidado que brinda la enfermera al paciente hospitalizado. El escenario de estudio fue el servicio de medicina de un hospital de EsSALUD Lima. Los sujetos del estudio fueron 18 de los cuales 12 pacientes entre hombres y mujeres y 06 enfermeras seleccionadas por saturación de información, dando soporte argumentativo, la triangulación de sujetos.

Las técnicas, medios y procedimientos utilizados fueron la entrevista a pacientes y enfermeras para recoger información (datos) utilizando una guía semiestructurada, la que antes de ser aplicada contó con la autorización de las autoridades respectivas. La guía contiene tres partes: a) introducción, b) información general para caracterizar a los sujetos y c) información específica sobre el objeto de estudio, con tres preguntas orientadoras, aplicada y reajustada previa prueba piloto. Anexo 1. Las entrevistas fueron individuales con duración promedio de 30 minutos registradas en grabadora digital en un clima afectivo entrevistado-entrevistadora.

El proceso de la información se realizó a partir de la transcripción de los testimonios constituyendo fuentes primarias de datos siguiendo la técnica EMIC-ETIC para realizar el análisis temático de los discursos, a partir de indicativos que permitieron comparar, analizar y sintetizar en categorías y subcategorías.

La presentación de la información está constituida por dos categorías con sus respectivas subcategorías consideradas por Schetitini (2015) como “una expresión que designa un nivel elevado de abstracción, un fenómeno cultural, social o psicológico, tal como es percibido en un cuerpo de datos que emerge de una teoría”. En este trabajo se dio por los conceptos abstraídos de los datos empíricos (Do Pardo et al., 2013)

Las consideraciones éticas y de rigor científico se sustentaron las primeras en cinco principios: autonomía porque los sujetos fueron tratados sin coacción como agentes autónomos. Beneficencia se maximizó el bien, no se causó daño, se promovió el bienestar, dando solución inmediata a sus problemas manifestados. Justicia permitió que cada participante fuera tratado de acuerdo a su necesidad individual, respetándolo con solidaridad. Florencia (2016). Se solicitó el consentimiento informado por escrito y participación voluntaria. Se protegió a los participantes con el criterio de anonimato, mediante nombres de metales y piedras preciosas para guardar su identidad personal.

Se consideró los criterios de rigor: credibilidad, aplicabilidad, transferibilidad y relevancia.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados, son producto del análisis cualitativo de la percepción que tienen las personas enfermas en el servicio de Medicina de un hospital Es Salud-Lima sobre el Cotidiano del Cuidado de Enfermera. Se sintetizan en dos categorías temáticas y sus respectivas subcategorías.

Dichas categorías emergieron a partir de los discursos de las personas hospitalizadas, triangulando la información con los discursos de las enfermeras participantes del estudio, la cual fue analizada con el sustento teórico, presidido por Lefebvre. El análisis se sintetiza en conclusiones en las cuales se ensayan nuevas hipótesis de trabajo con contenido epistémico, para concluir en una Propuesta para un Cotidiano Enriquecedor/Acogedor del cuidado de enfermera al paciente hospitalizado. Figura 1.

Primera categoría: Cotidiano de ruptura por cambio espacial, temporal y de praxis.

Subcategorías

- a) Cotidiano del “desterrado” por incomunicación y aislamiento
- b) Tiempo cotidiano lineal (enfermera) sobre el cíclico (paciente)
- c) Cotidiano del cuidado con miseria conduce a praxis pasiva del paciente

Segunda categoría: Primeros aspectos rutinarios (miseria) sobre aspectos enriquecedores del cotidiano del cuidado de enfermera

Subcategorías

- a) Uso rutinario de Tecnología biomédica, versus uso ocasional de habilidades blandas, enriquecedoras
- b) Miseria del cotidiano del cuidado de enfermera, versus riqueza del cotidiano del cuidado de la familia

La primera categoría: Cotidiano de “ruptura” por cambio espacial, temporal y de praxis, nos lleva a comprender el espacio hospitalario como campo de práctica de los actores, pacientes, enfermeras y otros, el cual está impregnado de nuevos significados especialmente para los primeros, asociados a experiencias que tienen con las diferentes parcelas o relaciones de este espacio. En ese sentido, para el paciente, es el lugar de cura; de aislamiento, sufrimiento, de dolor, de silencio, de espera frecuente, de descanso. Para las enfermeras generalmente, es un lugar de trabajo recargado, de tiempo escaso, de ensayos y exámenes de laboratorio, estudio radiográfico, de prácticas interdisciplinarias de estudiantes, de procedimientos biomédicos múltiples con tecnología de última generación u obsoleta Desde la perspectiva de los pacientes entrevistados el cotidiano del cuidado de enfermera en el hospital es de “ruptura” por cambio espacial, temporal y de praxis. Lefebvre (1972), Lindon (2003) tal como se analiza en la siguiente sub categoría:

- a) Cotidiano del “desterrado” por incomunicación y aislamiento.

Se inicia cuando el paciente se preocupa por su cuerpo enfermo, su debilidad va tomando conciencia de finitud de sus decisiones, de la asimetría de relación con otros, empezando por su familia y las personas desconocidas del hospital. Se siente inseguro, muchas veces “humillado, aislado y con posible pérdida del yo” (Bermejo, 2013)

Los discursos evidencian lo expresado anteriormente:

“Nunca pensé que me iba a enfermar, hasta llegar a hospitalizarme, he dejado muchas cosas pendientes en el

trabajo, en la parroquia, en mi comunidad. “Converso con mis hijos menores todos los días por teléfono, los extraño mucho, me preocupa como estarán cada día, mi hermana les prepara comida todos los días, después están solos, ¿Cómo estarán en sus tareas? Mi esposo está trabajando, luego viene al hospital”

(Paciente: Esmeralda)

“Converso con los familiares de los pacientes para que traigan los útiles de higiene algún libro, radio para que se distraigan, les ayudo en sus exámenes diagnósticos pendientes, siempre estoy conversando con ellos, los baño todos los días, les alcanzo la comida, la chata.

(Enfermera: Jazmín)

El cotidiano de un paciente hospitalizado, no considerado como el “centro del cuidado”, personifica en la perspectiva Lefebvre (1939), (1999) y López (2014) la figura del “desterrado” o “exiliado” porque traspasa el límite físico, cargado de sentido por las experiencias que allí vive, por estar fuera de su hogar, lejos de su familia, de su trabajo, de sus vecinos y amigos. Dentro del mismo hospital se siente ignorado, olvidado, cosificado.

Observamos que su identidad también es afectada, originando impacto por despojo significativo de una posición, de un objetivo, de un objeto o persona amiga, que provoca conmoción, un haz de reacciones y sentimientos que lo obliga a pasar por un periodo de duelo. Es un enfermo objeto más que sujeto, que vive, siente, experimenta malestar. Busca alivio, comprensión y reconocimiento de su identidad.

Se evidencia en las siguientes versiones de los actores

“Me llaman por mi nombre cuando quieren darme algún medicamento, pero también dicen el N°. . . . tiene infección. . .neumonía, el paciente del antibiótico. . . Al paciente de la cama N°. . . tiene examen. . . Muestra de sangre. . .”

(Paciente: Oro)

“También llamo por su nombre, a las enfermeras que se presentan, a ellas nos acercamos con más confianza, son buenas sonrén, conversan con todos los pacientes de otras enfermeras no conocemos su nombre, no sabemos cómo llamarlas cuando las necesitamos”.

(Paciente: Rubí)

Las enfermeras refieren:

“Cuando inicio el turno primero me presento a los pacientes con mi nombre y saludo a cada uno utilizando sus nombres, es una forma de considerarlos y tratarlos como persona, tengan confianza y colaboren en el cuidado, aquí en el servicio nosotras colocamos sus nombres en la cabecera de la cama, así nos ayudamos para identificarlos”

(Enfermera: Azucena)

En el Cotidiano del cuidado, algunos pacientes adaptan la figura del desterrado por sentirse ignorados, olvidados, cosificados fuera de su ambiente familiar que no les permite reconocer a la enfermera como aliada, como creadora de un espacio de confianza recíproca que le ayude a estructurar su identidad y la vivencia saludable de su enfermedad.

Por lo tanto la relación de la enfermera con el paciente, es esencial para reestructurar su identidad, tratarlo por su nombre, con respeto, amor; estas actitudes muestran trato digno, individualizado, con su propia historia personal, atributos y deseos, creando un espacio de confianza recíproca, haciendo más cómoda su permanencia en el hospital.

El tiempo de permanencia del paciente en este micro espacio social de naturaleza cíclica, dinámica y versátil, se ve amenazado por tiempos lineales, monótonos, estáticos que le brinda la enfermera con un cuidado escasamente renovado con miserias, por predominio tecnicista, como se analiza en la siguiente sub categoría.

b) Tiempo cotidiano de cuidado: lineal (enfermera) sobre el cíclico (paciente)

Molano (2016), Lefebvre (1970) concluyeron que el tiempo cotidiano de cuidado no puede prescindir del

tiempo social que acontece por la permanente intersección de los tiempos lineales y tiempo cíclicos, los primeros derivados de la tecnología, el conocimiento, la racionalidad; los segundos derivados de la propia naturaleza.

Se evidencia en las siguientes manifestaciones de los pacientes y enfermeras:

“Me bañan todos los días, me tienen limpiecita, la enfermera me da ropa limpia, viene mi familia y también me cuida. Las enfermeras me cuidan bien”. Tengo el brazo que me duele, las enfermeras me voltean con cuidado, me dan mi pastilla para el dolor, estoy muy agradecida con las enfermeras”.

(Paciente: Espinela)

Las enfermeras entrevistadas refieren:

“Cambio de posición a los pacientes, los baño, doy la dieta a enfermos dependientes, programo movilización más frecuente cuando ello requiere, nos falta el tiempo, no podemos cumplir con todas las actividades son necesarias más enfermeras y cuando alguna falta por descanso médico, tenemos más carga de pacientes; en esos casos se hace lo que se puede, se prioriza a los pacientes más dependientes para la administración del tratamiento médico”.

(Enfermera: Amapola)

Se evidencia que el tiempo cotidiano es diferenciado entre el paciente y la enfermera; para el primero, el tiempo es de naturaleza cíclica y lo ayuda a la evocación, a la resurrección con recuerdos del pasado, afloran sentimientos, emociones, influenciado por el entorno familiar y social, dejando huellas en el día a día, con las relaciones que las personas establecen entre sí y con los demás.

Para la enfermera en cambio, el tiempo es de naturaleza lineal y corto, su cuidado está centrado en procesos fisiológicos de la enfermedad y no en la persona enferma entendida como un todo, como un ser holístico en que la aparición de la enfermedad afecta directamente todas sus dimensiones: física, emocional, cognitiva, social, espiritual donde las necesidades humanas, no pueden ser evitadas y no dependen de su voluntad, sus insatisfacciones acarrearán daños graves. En términos morales o éticos merecen atención prioritaria ya que la postergación de una necesidad siempre ocasionará un detrimento humano grave e ineludible.

Por lo tanto, la relación enfermera paciente es de persona-objeto, su desempeño se limita al cumplimiento de sus objetivos en forma eficiente en el aspecto técnico, realizando procedimientos en cuerpos físicos, sin considerar al paciente como una persona única con necesidades particulares en todas sus dimensiones. Desde la visión de (Lefebvre, 1972; Lindon, 2012), se trataría de tiempos cotidianos asimétricos del cuidado, lineal por la enfermera y clínico o natural del paciente.

c) Cotidiano del cuidado de enfermera con miseria, conduce a praxis pasiva del paciente

La enfermera es protagónica y responsable de brindar el cotidiano del cuidado asegurando un alta temprana y feliz. El tiempo que vive el paciente hospitalizado es un tiempo cotidiano histórico de 24 horas durante el cual se dan las prácticas de las personas, de las enfermeras y demás personal que gira alrededor del paciente. “La trama de un día contiene fragmentos de la historia del mundo o de la sociedad; es decir de “la vida cotidiana”. (Lefebvre, 1972; Lindon, 2012)

Las enfermeras; sin embargo, no siempre son conscientes de este papel social en el microespacio hospitalario que la obliga a desarrollar su praxis enmarcada en un modelo bio-médico, caracterizado por ser rutinario, repetitivo, fragmentado, deshumanizado, tecnocrático; ellas se sienten abrumadas por la sobrecarga de órdenes médicas, el hacinamiento de personal que se agudiza por la presencia de estudiantes de profesiones médicas que contribuyen al fenómeno de infecciones hospitalarias, invaden la intimidad y reposo de los pacientes entre otros. En estas circunstancias el paciente se convierte en un ser con praxis pasiva sin responsabilidad en sus problemas y en sus soluciones. Por ello se considera este cotidiano del cuidado de enfermera como miseria que conduce al paciente a la praxis pasiva y al contrario, la reproducción, la invención o renovación, es la riqueza, la capacidad para producir el cambio en la vida social. En la reproducción pueden surgir las fuerzas innovadoras; emergiendo lo nuevo en un movimiento constante entre ambos extremos. Lo cotidiano del cuidado entonces es la posibilidad de realizar el cambio de paradigma del cuidado de enfermera.

Se evidencia en las siguientes manifestaciones:

“No bañan a los pacientes cuando lo necesitan. No alcanzan la chata, entre pacientes nos ayudamos. No ayudan

a levantarse de la cama, no cambian la ropa, no le ayudan al paciente a tomar el medicamento, cuando lo requiere. La enfermera refiere que tienen poco tiempo, ellas realizan otras actividades”.

(Paciente: Agua Marina)

Por su lado las enfermeras entrevistadas refieren:

“Controlo presión arterial, temperatura, respiración, pulso, curo escaras, hago colocar cama con barandas a pacientes desorientados para evitar caídas, doy dieta a pacientes dependientes, aplico medidas de relajación; les digo: todos en el servicio estamos para atenderlo y brindarle lo que necesite; realizo curación de herida; lubrico la piel, aspiró secreciones bronquiales, realizo prevención de escaras movilizándolo al paciente, agilizo interconsultas, transferencias”

(Enfermera: Girasol)

“Brindamos cuidados teniendo en cuenta los indicadores de calidad (estructura, proceso y resultado), para prevenir o en caso de (úlceras por presión, flebitis, caídas, fugas, tiempos de espera de procedimientos, suspensión de procedimientos entre otros), cumplimiento con las citas para exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento según Guías de Práctica Clínica o Protocolos...”

(Enfermera: Amapola)

Es deseable que la praxis de las enfermeras en el microcosmos hospitalario, sea enriquecedora/acogedora, proactiva y procura de la satisfacción de necesidades del paciente hospitalizado a fin de propiciar una alta temprana y feliz en condición de sano/a o curado. Sin embargo se observa que cotidianamente el cuidado se centra en la enfermedad y los pacientes se sienten agradecidos cuando las enfermeras los atienden, realizan acciones técnicas, planificadas por ella y prescritas por el equipo médico, tales como, control de las funciones vitales, curación de heridas, administración medicamentosa, ante el cual, los pacientes demuestran pasividad y hasta subordinación, aceptando lo que le brindan, sin solicitar explicación. La buena atención para ellos implica que la enfermera realice los procedimientos según indicaciones médicas, así como el aliento y las esperanzas recibidas en algunos casos, por recuperar la salud.

Al analizar el cotidiano del paciente, hospitalizado, vemos que su praxis también está afectada porque ya no es el ciudadano con derechos y obligaciones, ha sido convertido en una persona con miedos, deprimida, cansada, abandonada, sin voz, algunas veces privado de su identidad, dignidad y de acción, donde no puede opinar; produciendo amenaza a los deseos actuales y a las expectativas del devenir y al contrario en condiciones favorables el cotidiano del cuidado, será un espacio, donde el paciente logre su individualidad en una identidad colectiva, un espacio humano, transformador e inalienable, que prevenga y esté prevenido de alienaciones. Será actor social un ciudadano con derechos, que tomará parte de las decisiones sobre su diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería.

Segunda categoría: Primeros aspectos rutinarios (misericordia) sobre aspectos enriquecedores del cotidiano del cuidado de Enfermera.

Partimos de que vivimos en una sociedad burocrática de consumo dirigido, que esconde un rasgo característico de ésta que es la “escasez” con nuevas formas. Un ejemplo es la escasez del espacio, observada en las ciudades y se reproduce en el micro-espacio hospitalario, escases de camas, escases de tiempo, escases de argumentos, de alimentos entre otros. Esta categoría contiene dos sub categorías:

a) Uso rutinario de tecnología bio-médica versus uso ocasional de habilidades blandas, enriquecedoras.

Las acciones que ofrecen las enfermeras como dijimos van dirigidas con énfasis a ayudar a la persona hospitalizada a superar sus desequilibrios biológicos pero la mayoría de las veces dado el carácter hegemónico del modelo biomédico utilizado, generalmente son las únicas acciones que se ejecutan, lo que genera una fragmentación del cuidado de la persona enferma, olvidándose que ésta es un ser unitario, que el aspecto biológico se relaciona con las demás dimensiones que también son afectadas. Así manifiestan las/os entrevistados/as.

Me siento bien, me atienden bien, me toman la presión arterial, respiración, temperatura. Cumplen con su trabajo, administran el tratamiento, indican ayunas cuando está programado un examen, son muy buenas me dicen usted se va a sanar, se ríen con todos, las enfermeras trabajan mañana, tarde y noche”.

(Paciente: Turquesa)

“Hay enfermeras que no administran el tratamiento a la hora indicada, no hay personal para que nos lleven a los consultorios para el examen indicado, algunos perdemos el examen programado porque hemos tomado desayuno, no juntan la orina de 24 horas, ellas son frías. Hacen su trabajo apuradas”.

(Paciente: Zircón)

“La enfermera no tiene paciencia, para explicar el efecto de los medicamentos, o con poca experiencia para canalizar vía que produce incomodidad y dolor.”

(Paciente: Espinela)

Señalando su catéter venoso periférico, refiere:

“Esto es algo grueso que me impide, comer, asearme, voltearme. Es una aguja torcida, le dije que me cambie el esparadrapo y no lo hizo, tal vez es porque tiene muy poco tiempo, tiene poca experiencia”.

Paciente: Zafiro

“Las enfermeras tienen habilidad para canalizar muy bien las vías, administran el tratamiento a la hora indicada, observan y cierran la llave cuando termina de pasar, estoy agradecido. Las enfermeras son eficientes no pasó el coágulo que había en el catéter, lo retiró diciendo que hace daño.”

(Paciente: Cuarzo)

Se observa que las acciones que realiza la enfermera es para mantener la homeostasia fisicoquímica de los signos vitales, la mecánica corporal, la higiene y el confort, el descanso y el sueño la administración de la terapia medicamentosa, que son necesarias para superar los desequilibrios que se presentan en su dimensión física pero los pacientes también requieren de otras acciones de cuidado dirigidas a mejorar las dimensiones emocional, social espiritual, porque la persona piensa, siente, escucha y se comunica.

Partimos de que “cuidar es más que un acto, es una actitud para con el otro, un "modo de ser" que presenta las intenciones, las expectativas y las necesidades de ser y estar inserto en un ethos en la realidad concreta del mundo. Un Ethos contempla un conjunto de principios, reglas, rutinas, que transculturalmente, rigen el comportamiento humano para que este humano sea un ser consiente, socialmente libre y responsable por sus actos y por sus actitudes”. Boff (2014). En consecuencia no se puede perder de vista la totalidad de la persona ni dar un tratamiento prioritario a los aspectos biomédicos porque lleva a una desvalorización, la no reciprocidad, la poca implicación en la relación enfermera – paciente. El trato entre ambos está caracterizado por una distancia afectiva, siendo incapaces de implicarse emocionalmente con ellos.

Son relaciones carentes de afecto al prójimo, objetivas y centradas en los procedimientos reflejando una falta de compromiso y de responsabilidad con la vida del otro en su quehacer diario.

En base a lo anterior se produce la ausencia de una interrelación creativa que favorezcan formas mutuamente enriquecedoras del encuentro, que impide una relación auténtica, dificultando la expresión de las vivencias y el diálogo entre ambos, impidiendo la escucha de sus angustias, sus temores y expectativas o provocando la desinformación del paciente sobre el proceso que le aqueja.

Por tanto se debe reorientar el saber y el quehacer profesional de la enfermera al mayor uso de habilidades blandas para la resolución de problemas concretos y reales, desde la perspectiva de una praxis creativa donde el objetivo sea la búsqueda del cuidado integral enriquecedor/acogedor a partir de referenciales crítico, reflexivo entre enfermeras y pacientes.

b) Miseria del cotidiano del cuidado de enfermera, versus riqueza del cotidiano del cuidado de la familia.

En nuestros hospitales se observa que transcurre un cotidiano generalmente adverso, a-crítico, con pobreza renovadora, con más miseria que riqueza, con homogenización empobrecedora porque los actores sociales que allí se desenvuelven están atrapados por la parafernalia de la burocracia administrativa sanitaria de muchos años y por el modelo bio-médico hegemónico que domina el trabajo de personal de salud. Las necesidades afectivas, espirituales, sociales, culturales del paciente en su cuidado cotidiano no son suficientemente atendidas por la enfermera como vemos a continuación:

“Me dolía el estómago, como un cuarto de hora estuve en la puerta de pie esperando para que me atienda. Era de noche, me dio una pastilla y me dijo acuéstese con eso le va a calmar; toda la noche no dormí. La enfermera no vino a evaluar si la pastilla me había calmado el dolor”. Al día siguiente la vi salir de su turno, me miró y se fue muy tranquila sin preguntar, si me había calmado el dolor, ¿qué quiere?

(Paciente: Agua Marina)

“Que triste es estar en el hospital, siempre estoy esperando a mi mamá. Ella me acompaña. Cuando viene me siento más tranquila, ella siempre pendiente si tengo apetito, si he terminado el alimento, siempre preocupada, hasta como respiro, si me muevo, si volteo, si tengo dolor”. “Solicité chata a la enfermera y no respondió, no sé si me escuchó”. Las enfermeras están apuradas, cuando dan el tratamiento para el dolor, no se les puede decir si el dolor ha calmado, tampoco ellas preguntan si ha calmado el dolor, tenemos que llamar varias veces, alguna vez dicen que espere porque ya fue atendida”.

(Paciente: Espinela)

“La enfermera conversó conmigo me explicó sobre mi enfermedad y los medicamentos que tomo todos los días, también me explicó sobre el medicamento que me bajó la fiebre. Por primera vez escuché sobre mi enfermedad de la diabetes, e hipertensión arterial, cómo debo cuidarme para no presentar complicaciones en la vista y los pies, me he sentido feliz, he quedado muy agradecido. Yo hago falta a mis hijos, pocas veces las enfermeras conversan sobre la enfermedad y el tratamiento. Me informó en la noche, porque en el día no tiene tiempo”

(Paciente: Onix)

Por otro lado, las enfermeras manifiestan:

“Converso con ellos cuando lo solicitan según sus necesidades, sus problemas de enfermedad, tratamiento, como cuidar su salud”, observo que cuando converso con ellos se relajan, tan solo con el hecho de escucharlos”. “En turno noche es cuando puedo escucharlos, porque de día no hay tiempo”

(Enfermera: Dalia)

Podemos percibir que la enfermera frecuentemente se centra en la enfermedad, en atender los problemas anatómicos fisiológicos, que si bien son importantes, dejan de atender la dimensión afectiva, espiritual, religiosa, desestructurando al paciente, sin considerar que todo ser humano es pluridimensional y plurirrelacional.

Además en el proceso de cuidar se evidencia, que solo la enfermera habla y no siempre escucha al paciente, limitándose éste a recibir determinadas órdenes, que decodifica, en un espacio pasivo, por lo tanto precisa de promover habilidades para comunicación continua de emisor a receptor y de receptor a emisor, así como el reconocimiento y resolución de problemas, que involucre asuntos pertinentes y relevantes de la situación de los pacientes con sensibilidad y oportunidad.

Bermejo (2014) expresa, “estas personas requieren un cuidado competente y personal. La enfermera necesita conocer todas las necesidades del enfermo y sus vivencias ante una situación concreta de salud o enfermedad, porque es única para cada persona”. Entonces habrá que caminar hacia una armonización entre las capacidades científicas – técnica y los valores de respeto, compasión, solidaridad. En estas condiciones la enfermera conseguirá responder a las necesidades del enfermo y familia que se sientan satisfechos y contentos con el cuidado recibido, con actitud de escucha activa en la comunicación, empatía y acogida que inspire confianza.

Llama nuestra atención respecto a la exteriorización de su esperanza ante el momento de visita de su familia y de la tristeza de su estancia hospitalaria.

Evidencian su fe y esperanza frente al papel de la madre, padre u otro familiar que se preocupa por sus necesidades básicas, afectivas, espirituales. El familiar es el mejor aliado del cuidado hospitalario, de allí su riqueza; sin embargo muchas veces éste es invitado a salir del entorno cuidativo por algunas enfermeras que ofrecen un cotidiano de cuidado con más miseria que riqueza. En consecuencia, el presente estudio plantea la necesidad de que la enfermera enriquezca el cuidado, mediante su acompañamiento, su capacidad de escucha, su solidaridad, compasión, compañía y cariño.

Waldow (2012) refiere “Las dos partes desarrolladas en la relación, ser cuidado y cuidador, contribuyen para él; existe responsabilidad, compromiso. El cuidado debe ser completado en el otro para así ser descrito como una relación de cuidado. La relación y el reconocimiento del encuentro implica una respuesta afectiva”.

Por lo tanto el paciente durante la hospitalización debe sentir la compañía de la enfermera como aliada para superar o salir de la situación vulnerable y como miembro de una familia, necesita ser comprendido, amado, y consciente de su experiencia de ser paciente y estar hospitalizado, necesita compartir sus preocupaciones lo que

puede aliviar parte de su sufrimiento emocional, le consuela saber de que no está sólo y que sus familiares saben por lo que está pasando.

Bermejo (2016) refiere: “Estar hospitalizado supone dejar la vida, hogar, interrumpir el proyecto vital. Les gustaría ser escuchados y que los profesionales les dedicaran un poco más de tiempo. Necesitan sentirse aliviados y reconfortados”; por ello, se destaca la riqueza del cotidiano que brinda el cuidado de la familia en el ambiente hospitalario.

En este contexto el cotidiano acontecerá históricamente dejando huellas en el día a día, con las relaciones que las personas establecen entre sí y con los demás. Se producirán los nuevos cambios vividos y percibidos por los actores que lo habitan y por la sociedad.

4. CONCLUSIONES

El cotidiano del cuidado de enfermera, desde el paciente hospitalizado es el tiempo social que percibe, concibe y vive una persona que se hospitaliza por padecer una enfermedad que lo aísla del cotidiano de vida personal, familiar y de trabajo.

El cotidiano del cuidado desde la perspectiva del paciente hospitalizado es un cotidiano de ruptura porque sufre innumerables cambios en su vida familiar y laboral, a raíz de una enfermedad que lo saca de su espacio habitual a otro espacio, generalmente adverso que lo convierte en un desterrado, porque lo aísla de su cotidianeidad. Su tiempo de permanencia en el micro espacio hospitalario se ve amenazado por tiempos lineales, estáticos, monótonos que le brinda la enfermera escasamente renovados con miserias de predominio tecnocrata, desprovisto de riquezas; es decir, de habilidades blandas que privilegian su integralidad como ser humano.

Las conclusiones nos llevan a plantear los siguientes aportes, surgidos de los discursos de los/as participantes, el aporte teórico y la experiencia de la investigadora: Superar el cotidiano de ruptura por un cotidiano enriquecedor/acogedor con participación del Estado y de la Sociedad Civil que promueva políticas de reforma del sector salud y enfermería, a través de las organizaciones representativas de enfermería; Que el cuidado haga énfasis en habilidades blandas sobre habilidades de tecnología dura (bio-médica); Que el cuidado tenga como base educación de enfermería, competencia esencial para un cotidiano de cuidado enriquecedor; Que el cuidado desarrolle la capacidad de escucha y comunicación empática para el binomio paciente y familia; Que el cuidado considere la co-participación de la familia en el cotidiano enriquecedor del cuidado de enfermera.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes y enfermeras sujetos de estudio, por su participación, confianza y aportes para comprender como objeto de estudio, el cotidiano del cuidado de enfermera en pacientes hospitalizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alva, M.; Leitón, Z. 2014. Cuidado de enfermería desde la perspectiva de la persona adulta con cáncer en el periodo postoperatorio. *Enfermería investigación y desarrollo*. 12: 38-59.
- Bermejo, C. 2014. *La visita al enfermo: Buenas y malas prácticas*. Editorial Desclée. España. 168 pp.
- Bermejo, C. 2013. *Humanizar la salud: Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Editorial Sal Terrae. España. 190 pp.
- Bermejo, C. 2014. *Humanizar la asistencia sanitaria*. Editorial Desclée de Brouwer S.A. Bilbao. 160 pp.
- Bermejo, C. 2016. *Estoy enfermo*. Editorial Sal Terrae. España. 176 pp.
- Boff, L. 2005. *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Editorial Trotta. Madrid. 165 pp.
- Boff, L. 2014. *Saber cuidar: Ética do humano - Compaixao Pela Terra*. Editorial Vozes. Brazil. 173 PP.
- Do Pardo, M.; de Souza, M.; Monticelli, M.; Cometto, M.; Gómez, P. 2013. *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, 10. OPS. OMS. Washington. 253 PP.
- Florencia, M. 2016. Controversias éticas en torno a la privacidad, la confidencialidad y el anonimato en investigación social. *Revista de Bioética y Derecho* 37: 5-21.
- Lefebvre, H. 1972. *La vida cotidiana en el mundo moderno*. Alianza Editorial. Madrid: 972. 255 pp.
- Lefebvre, H. 1939. *Le matérialisme dialectique*. Editorial Alcan. Paris. 168 pp.

- Lefebvre, H. 1999. El materialismo dialéctico. Editorial El Aleph. Buenos Aires. 124 pp.
- Lefebvre, H. 1970. La revolución de la vida cotidiana. Editorial Tecnos. Madrid. 256 pp.
- Lindón, A. 2003. “La miseria y la riqueza de la vida cotidiana en la ciudad: el pensamiento de Lefebvre”, en Revista Litorales. Teoría, método y técnicas en geografía y otras ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires, 2003, Año 2, N° 3.
- Lindón, A. 2012. Las huellas de Lefebvre, sobre la Vida Cotidiana. Revista Veredas 8: 113-121.
- López, S. 2014. Educar la mirada: el paseo, método para situarse en el mundo. Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales. 4: 79 - 93.
- Minayo, C. 2015. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Editorial Petrópolis Vozes. Brazil. 406 pp.
- Molano, F. 2016. El derecho a la ciudad: de Henri Lefebvre (1970). Revista Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal 44: 13-19.
- Schetitini, P. 2015. Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Editorial de la Universidad de la Plata Argentina. 119 pp.
- Waldow, V. 2012. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Editorial Petrópolis Vozes. 92 pp.

ANEXO Nº 1 GUÍA SEMI – ESTRUCTURADA (para pacientes)

I: Introducción e instrucciones.

Con el fin de realizar la investigación sobre cotidiano del cuidado de enfermera desde la perspectiva del paciente hospitalizado se desarrolló una entrevista con el uso de la presente guía semiestructurada a los 18 sujetos participantes voluntarios (12 pacientes hospitalizados y 06 enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - Perú) previa firma del Protocolo del Consentimiento Informado.

II: Información General: (Caracterización de los sujetos del estudio)

Servicio de Medicina Código/Seudónimo: _____

Fecha: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Estado Civil: _____ Escolaridad: _____ Procedencia: _____

Diagnóstico Médico: _____

Condición Laboral: Activo Jubilado:

Salario: Suficiente Insuficiente:

Servicio de hospitalización: _____ Tiempo de hospitalización: _____

III: Información específica. (Caracterización del objeto de estudio)

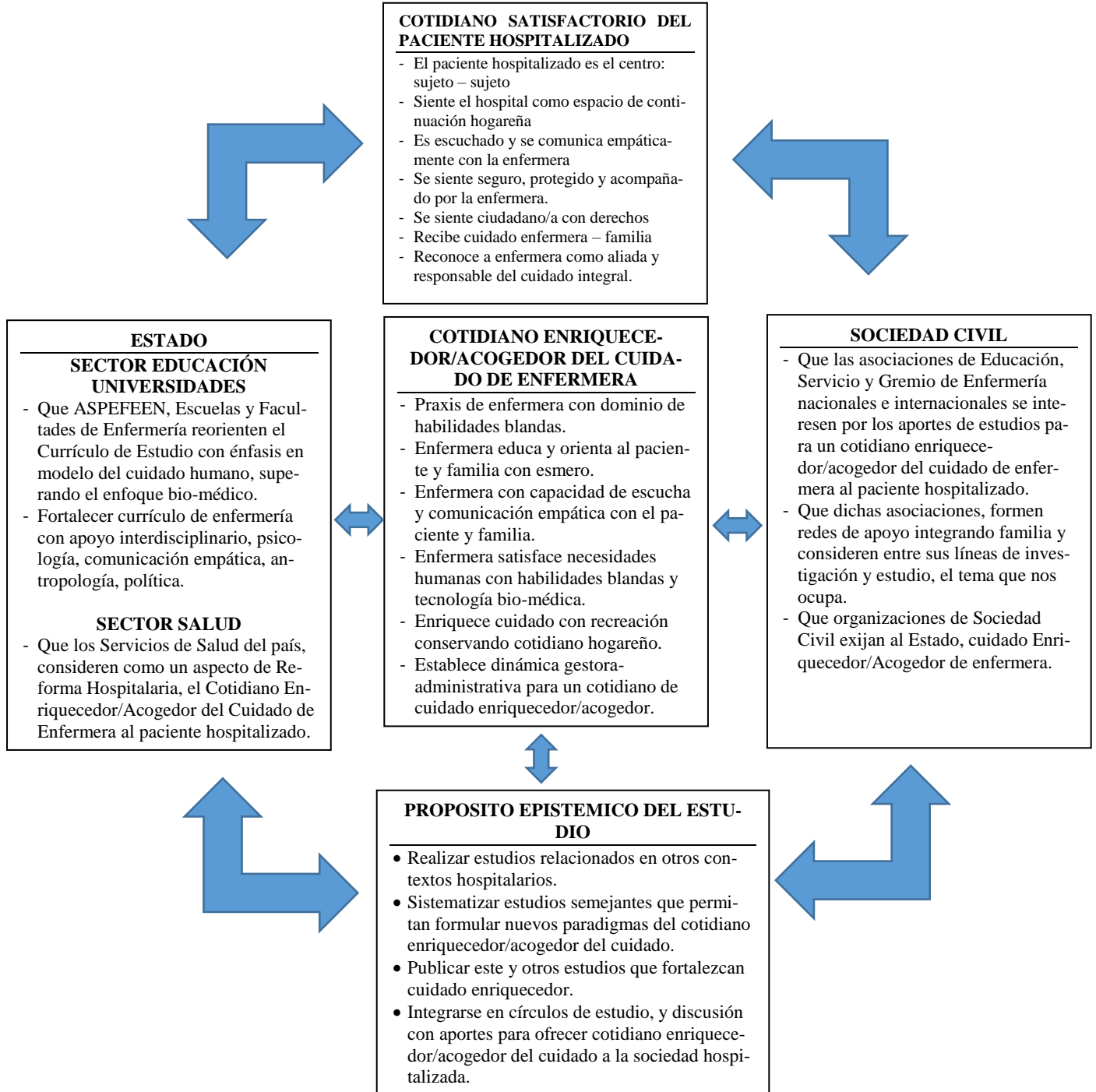
Preguntas orientadoras:

1. Por favor cuénteme (reláteme), ¿cómo es el día a día de la atención (cuidado) que recibe usted por parte de la enfermera/o de este servicio?
2. ¿Cuáles son los aspectos que favorecen o que dificultan la atención que usted recibe de las enfermeras en el día a día?
3. ¿Qué aportes puede dar para que la enfermera le brinde un cuidado satisfactorio en su día a día?

ANEXO 2

ESQUEMA N° 1

PROPUESTA PARA UN COTIDIANO ENRIQUECEDOR/ACOGEDOR DEL CUIDADO DE ENFERMERA AL PACIENTE HOSPITALIZADO



AUTORAS: Teresa Surca Rojas, Elvira O. Rodríguez Antinori

Nota: Puede reproducirse esta propuesta citando fuente y autoras