

EL USO DE TECNOLOGÍA Y LA INTERACCIÓN ENFERMERA PACIENTE. EL  
PUNTO DE VISTA DE LAS ENFERMERAS

YEIMY YESENIA GRANADOS PEMBERTTY

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MEDELLÍN  
2012

EL USO DE TECNOLOGÍA Y LA INTERACCIÓN ENFERMERA – PACIENTE. EL  
PUNTO DE VISTA DE LAS ENFERMERAS.

YEIMY YESENIA GRANADOS PEMBERTTY

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Enfermería

ASESORAS

María Mercedes Arias Valencia  
Enfermera, Doctora en Salud Pública

Angela María Salazar Maya  
Enfermera, Doctora en Enfermería

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
MEDELLÍN  
2012

## DEDICATORIA

A mi familia: Eugenia, Ángel Nicolás, Elizabeth, Ángel, Nicolás, Miguel Ángel, Shirley y Miguel por ser la luz, la energía, la voz de aliento y el apoyo en todos aquellos momentos que han retado a mi espíritu; ellos han sido y serán mi razón de ser.

A mi Ángel personal, Juan Pablo, gracias Dios por haberme permitido gozar de su presencia mientras fue parte de mi vida.

## AGRADECIMIENTOS

A las enfermeras participantes en este estudio, quienes me permitieron conocer sus experiencias en un servicio tan complejo como urgencias, donde día a día se ve comprometida la vida.

A la profesora María Mercedes Arias: quien confió en mi y fue el ejemplo a seguir como profesional de enfermería: una persona que ama lo que hace y lo defiende porque sabe el valor que tiene; quien además de ser docente ha sido la guía para culminar este trabajo.

A mis mejores amigos Juan David y Juan Carlos, quienes han estado conmigo en los mejores y peores momentos de vida, ayudándome a vivirlos como situaciones superadas.

A Comfenalco Antioquia, empresa que me brindó el apoyo para poder culminar exitosamente mis estudios.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. MARCO CONCEPTUAL	24
2.1 TECNOLOGÍA	24
2.2 INTERACCIÓN	25
2.2.1 Interacción enfermera - paciente	24
3. OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GENERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
4. MARCO TEÓRICO	28
4.1 TECNOLOGÍA	28
4.1.1 Tecnología y evolución	27
4.1.2 Tecnología en enfermería	29
4.1.3 Aplicaciones de la tecnología en enfermería	30
4.2 INTERACCIÓN ENFERMERA - PACIENTE	35
5. METODOLOGÍA	40
5.1 PERSPECTIVA DEL DISEÑO CUALITATIVO	40
5.2 CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO, ESCENARIOS	42
5.2.1 Micro contexto del estudio: servicios de urgencias en hospital	41
5.2.2 Escenario	46
5.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	48
5.4 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
5.4.1 Análisis de los datos	50
5.4.2 Criterios de rigor	51
5.4.3 Principios éticos	53
6. RESULTADOS	56
6.1 EL MUNDO MATERIAL	57
6.1.1 La tecnología	56
6.1.2 Clasificación	58
6.1.3 Precisión y rapidez en los procesos	63
6.1.4 La tecnología como facilitadora	66
6.2 INTERACCIÓN	72
6.2.1 Estar al "frente del paciente": la máxima interacción	71

6.2.1.1	El cuidado directo, su proporcionalidad	72
6.2.1.2	Cuidado medianamente directo	78
6.2.1.3	El cuidado indirecto: gestión institucional para la atención del paciente	79
6.2.1.4	El proceso de los equipos	82
6.2.2	Mínima interacción: condiciones del paciente y de la enfermera	85
6.2.3	La tecnología como obstáculo para la interacción	91
6.3	LAS MEDIACIONES DUALES	98
6.3.1	Las dualidades	97
6.3.2	Las mediaciones	99
6.3.3	El carácter irremplazable del profesional que cuida	100
6.3.4	El carácter imprescindible de la tecnología	104
6.3.5	Las mentalidades tecnológica y clínica	106
7.	DISCUSIÓN	114
8.	CONCLUSIONES	120
9.	RECOMENDACIONES	127
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
	ANEXOS	141

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Esquema general de resultados	56
Figura 2. El mundo material: clasificación	58
Figura 3. Interacción y Cuidado	73
Figura 4. Proceso de los cuidados de los equipos	84
Figura 5. Las dualidades de la tecnología	98
Figura 6. Diagrama mentalidades	108
Figura 7. Resumen de los hallazgos encontrados	113

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Entrevista semiestructurada	141
Anexo 2. Consentimiento informado	142
Anexo 3. Datos básicos de los participantes	144



## RESUMEN

Este artículo trata sobre la relación entre interacción y cuidado con el uso de la tecnología, después de establecer que no existían estudios en los servicios de urgencias en hospital. **Objetivo:** conocer cómo interviene el uso de la tecnología en la relación enfermera– paciente, desde el punto de vista de las enfermeras. La **metodología** empleada fue la investigación cualitativa con herramientas de la teoría fundamentada, se realizaron 20 entrevistas formales semiestructuradas a enfermeras de los servicios de urgencias en tres centros urbanos en Colombia. Los principales **resultados** incluyen, la interacción, con cuatro subcategorías: la máxima que es el cuidado directo o estar “al frente del paciente”, el cuidado medianamente directo e indirecto y la mínima interacción; la tecnología como facilitadora de la interacción y, la conciencia de la necesidad de interacción. Las dualidades de la tecnología como medio o como fin para el cuidado, asunto paradójico que revela la importancia de situar la tecnología como medio y advierte la posibilidad de convertirla en un fin en sí mismo; se muestran el carácter irremplazable de la enfermera y el carácter imprescindible de la tecnología, igual que la tipología emergente de las mentalidades clínica y tecnológica. **Conclusión:** este estudio brinda elementos de reflexión sobre la interacción mediada por la tecnología y se espera que contribuya a que el profesional de enfermería vea la tecnología como una ayuda en el desempeño de sus funciones orientadas al beneficio del paciente y la profesión.

**PALABRAS CLAVE:** servicio de urgencias en hospital, relación enfermera – paciente, tecnología.

## ABSTRACT

This article discusses the relationship between interaction and care using technology, after establishing that there were no previous studies in the emergency service hospital. **Objective:** Know how involved the technology uses in the nurse-patient relationship from the point of view of the nurses. The research **methodology** was qualitative tools proposed in grounded theory; 20 formal semistructured interviews were conducted with nurses in a hospital emergency department in three urban Colombian centers. The main **results** include, interaction, comprising four sub-categories: maximum interaction that is direct care or be "in front of the patient," the fairly direct and indirect care and minimal interaction; technology as facilitating of interaction and awareness of the need for interaction. The dualities of technology as an end or as a means to achieve the care of the subject matter. Is paradox that reveals the importance of technology as a means to place and warns the possibility making it an end in itself. Moreover, is irreplaceable the character of the nurse and the indispensability of technology, as the emerging typology of clinical and technological mentalities. **Conclusion:** this study provides analysis on the interaction mediated technology and expected to contribute to the nurse technology as a way to performance functions and administrative assistance aimed at results that involve patient benefit and for the profession.

**KEYWORDS:** emergency service hospital, nurse – patient relations, technology.

## INTRODUCCIÓN

La idea de este proyecto surgió a raíz de observaciones cotidianas sobre la forma en que se lleva a cabo la interacción entre enfermeras y pacientes en los servicios de urgencia en hospital, donde se emplea la tecnología en forma constante, durante la prestación de la atención.

Este proyecto buscó conocer los significados atribuido por las enfermeras al uso de la tecnología y su intervención en la interacción enfermera – paciente. Se utilizó la metodología cualitativa con herramientas de la teoría fundamentada para el análisis de los datos; además, del diseño metodológico, el contexto donde se desarrolló el estudio, los participantes, las técnicas utilizadas para la recolección de la información, la técnica de muestreo, el rigor metodológico y los principios éticos utilizados durante todo el proceso investigativo.

La investigación se llevó a cabo en los servicios de urgencias de primero, segundo y tercer nivel de atención, en las ciudades de Medellín, Envigado y Popayán de Colombia, recogiendo los datos, mediante una entrevista semiestructurada, referentes a los significados atribuidos por el profesional en enfermería frente al tema de la interacción con los pacientes en dichos servicios en el momento en que se utiliza la tecnología. Los resultados obtenidos se presentan en dos grandes categorías: El mundo material y la interacción, unidas por una tercera, que parecía invisible, denominada las mediaciones duales y que comprenden las relaciones duales entre la tecnología, la interacción y el cuidado.

Como parte de los hallazgos se presenta la categoría del mundo material que contiene la tecnología con las definiciones y clasificaciones que los participantes del estudio le atribuyeron; además, comprende las subcategorías de precisión y

rapidez en los procesos y lo que el mundo tecnológico facilita en el quehacer de enfermería.

Por su parte, en la categoría de interacción se evidencian cuatro subcategorías: la máxima interacción ejemplificada como estar “al frente del paciente” y la interacción en el cuidado directo, medianamente directo e indirecto; la mínima interacción con las condiciones del paciente, la enfermera y el servicio de urgencias en hospital; la tecnología como facilitadora u obstaculizadora de la interacción y, la conciencia de la necesidad de interacción.

Y por último, pero no menos importante, la categoría de mediaciones duales que ilustran las subcategorías sobre las dualidades frente a la tecnología; la mediación entre la tecnología y el cuidado, vista la primera como un medio para alcanzar la segunda, y la visión de los elementos tecnológicos de manera simbólica para la conexión. Además, se muestran el carácter irremplazable del profesional que cuida y el carácter imprescindible de la tecnología, al igual que la tipología emergente denominada las mentalidades tecnológicas y clínicas.

Por su parte, la justificación es dada en la ley Colombiana, específicamente la Ley 911 de 2004 tiene claro que “el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión” y “se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno”. Por tanto y según lo que dice Lopera, la percepción por parte de las enfermeras hacia los pacientes crean una diferencia en la interacción ejercida por ella hacia los individuos atendidos (1) y viceversa. Este aspecto de la percepción de la enfermera, como muchos otros factores hacen de la interacción enfermera - paciente más compleja de lo que a simple vista parece.

Desde el punto de vista disciplinar, éste estudio, ubica a la enfermería a la vanguardia de procesos cognitivos, tecnológicos y sociales; en nuestra era los profesionales de enfermería poseen una formación integral y autónoma, con bases tecnológicas y científicas que permiten tener un protagonismo entre los individuos, comunidades y familias. Es por ello que, según Agudelo, “para ofrecer cuidados profesionales, las enfermeras evalúan a los pacientes, familias y comunidades en términos de bienestar; esto exige, entre otros, conocimientos científicos, tecnológicos, culturales, éticos y comprensión sobre las representaciones del cuerpo, salud, enfermedad y la muerte, así como de las vivencias de los procesos vitales por las personas atendidas” (2).

La enfermera al igual que otros profesionales, debe reconocer las propiedades y dimensiones disciplinares; se hace “urgente avanzar en la creación de conceptos que constituyan un lenguaje específico del campo del conocimiento en enfermería, así como desarrollar capacidad crítica en torno al significado de los fenómenos propios de esta práctica” (2), con el fin de obtener ayuda para la descripción y explicación de la realidad disciplinar y de la práctica del cuidado.

Al asociar el quehacer diario de enfermería con los avances en ciencia, tecnología y dinámica de la vida misma es posible contribuir a que el cuidado se ofrezca en beneficio de los pacientes y de la misma profesión.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermeras profesionales, tienen la capacidad de desempeñar funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas que, realizadas individual o conjuntamente, siempre deben estar encaminadas al beneficio de las personas, es decir, lo que para Daunceuse es estar “orientadas a los resultados que signifiquen beneficios para el paciente”(3), siendo el cuidado de los individuos, familias y comunidades la razón fundamental de la enfermería.

En este sentido, Raya (4) refiere una interdependencia mutua entre la enfermera y la persona cuidada, en la cual no sólo confluyen aspectos disciplinares sino también humanos:

*“[...]interdependencia: la enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentará proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchará atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella, intentará ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, convocando cuando considere necesaria la participación de otros profesionales; y por otro lado, el enfermo o persona sana, aquel que intenta poner su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de la salud, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado”.*

Desde el enfoque teórico, las interacciones pueden estudiarse a partir de las teorías de las relaciones humanas, provenientes de la ciencias humanas y sustentarse en algunas teorías de enfermería que apoyan de manera clara la importancia del actuar de la enfermera: por ejemplo Peplau (5) elaboró una teoría basada en las relaciones interpersonales, con énfasis en el reconocimiento del sujeto a quien se le brinda la atención desde el punto de vista de la enfermera y no centrada sólo en la enfermedad, lo que permite mayor contacto enfermera -

paciente; el centrarse en el paciente y no en su enfermedad “[...]permitió que las enfermeras se alejaran de un modelo orientado hacia la enfermedad y se acercasen a un modelo en el que el significado de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos pudieran ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería” (6).

El libro “Theoretical nursing development and progress” publicado en el 2012 (7), hace referencia al trabajo de Joyce Travelbee y el desarrollo de la teoría de relación persona-persona, en dicho trabajo se exponen las fases de esta teorista: “del encuentro original, de identidades emergentes, de empatía, de simpatía y la de relación”, todas las fases previas, culminan en una relación, como fase final, esta relación es “definida como el conjunto de vivencias, pensamientos, sentimientos y actitudes que ambos [tanto] la enfermera [como] el paciente son capaces de percibir, compartir y comunicar”.

Orlando (8) basó su teoría en las situaciones de enfermería, se centra en la observación de la conducta verbal o no verbal del paciente, influenciada por las percepciones, pensamientos y sentimientos relacionados con las acciones del paciente, lo que conlleva a una reacción de la enfermera y viceversa. Así, la identidad profesional de enfermería es ejemplificada por su ofrenda, disciplinando acciones profesionales que son simuladas por el conocimiento de las necesidades del sujeto y son validadas por sus respuestas. Estas acciones implican un proceso continuo de reflexión de cómo la enfermera intenta explorar, según Bellak, el “significado de la conducta del paciente”(9) y, cómo percibe el comportamiento y su acepción.

En el mismo sentido, Pinho y Santos (10) expresan: que el “valor atribuido por los enfermeros al cuidado se destaca en el involucramiento emocional y en el compromiso para con el otro, en el sentido de minimizar sufrimientos, acoger las expectativas negativas y las inseguridades/inquietudes”. Esto permite argumentar

que las interacciones de cuidado son y deben seguir siendo las bases primordiales y los pilares que sostienen a la disciplina de la enfermería.

El cuidado de enfermería está condicionado por las interacciones enfermera - paciente, a su vez están mediadas por la confianza, las fases, el rol de la enfermera y del paciente en el momento de establecer la relación (11); es decir, las enfermeras al establecer interacciones de cuidado con el paciente deben tener en cuenta la mutua confianza, la buena comunicación, el buen trato y una buena atención, en resumen, afinidad. El preámbulo mencionado sobre las interacciones, sólo enuncia la complejidad de las relaciones humanas, las cuales, por circunstancias de la vida misma están mediadas por múltiples factores: emocionales, psicológicos, físicos, intelectuales y del entorno, entre otros. Esto lleva al investigador a indagar si la tecnología interviene en la relación enfermera – paciente en los servicios de urgencias en hospital.

Teniendo en cuenta lo anterior, se encontró que en la modernidad de la tecnología, se expandieron elementos tecnológicos en todos los campos de la vida humana y en todos los aspectos cotidianos de los seres humanos, que han personalizado cada vez más su uso. La salud, estando a la vanguardia del modernismo, empezó a contemplar dentro de su quehacer diario a la tecnología, la cual se identifica con lo nuevo, lo moderno, lo actualizado (12); se utiliza como una herramienta facilitadora que aplica conocimientos, técnicas, métodos e instrumentos, entre otros, permitiendo agilizar y optimizar procesos.

En las áreas profesionales al igual que en las domésticas, la tecnología está presente, no escapando a ello la enfermería quien desde sus inicios, ha estado inexorablemente unida a ella al utilizar una variedad de instrumentos, herramientas y máquinas como termómetros, monitores, bombas de infusión, haciendo imposible concebir su práctica clínica sin ésta (13). El uso de la tecnología como parte integral del cuidado, ha sido planteado por varios autores



incluyendo Cooper (14), Jones y JW (15), Ray (16), y Sandelowski (17). Las enfermeras reconocen la competencia tecnológica como un atributo deseable pero no sustituto del cuidado (18).

En la literatura de enfermería, los estudios realizados en los unidades de cuidados intensivos y quirófanos (14, 18-33), evidencian una dualidad en el uso de la tecnología, y los debates establecidos han hecho pensar a muchos profesionales de diversas maneras; para Neto “La tecnología cuando olvida los valores personales y sólo busca la maximización de los resultados y se convierte en un fin en sí mismo, pasa a ocupar el centro del mundo asistencial, entonces tiende a desplazar a la persona como centro de la atención[...]y sumado a la hegemonía de ciertos valores de nuestra sociedad, ha propiciado la pérdida de la visión central del hombre en los procesos asistenciales, llegando en ocasiones a situaciones de deshumanización que vulneran la dignidad de las personas” (19).

La importancia de este estudio radica en que se intenta conocer cómo interviene el uso de la tecnología en la relación enfermera– paciente. Esta área temática ha sido poco estudiada. Sin embargo, se encontraron estudios en pacientes críticos (19-34) en las unidades de cuidados intensivos y en los quirófanos, servicios hospitalarios que poseen un elevado número de elementos tecnológicos utilizados a diario por el personal de enfermería. Los servicios de urgencia en hospital hoy en día están muy equipados con herramientas tecnológicas y se hace preciso conocer el uso de éstas en dichos servicios, en los cuales la problemática ha sido poco estudiada. Este estudio ayudará a conocer como la tecnología interviene en el cuidado de la enfermería en el micro contexto de los servicios de urgencias en hospital, al permitir la interpretación de la mediación de la tecnología en la interacción del profesional de enfermería - paciente que necesita ayuda, desde el significado que le atribuyen las enfermeras.

Para Barnard (24) “la tecnología fue identificada como una de las primeras razones por las que las enfermeras tenían una carencia de tiempo para estar con las personas[...] algunas enfermeras describen la tecnología como la razón por la que no pueden cuidar mejor a los pacientes”; McGrath expone que “la tecnología a una mayor o menor medida, puede interferir con la libertad de las enfermeras para determinar y lograr objetivos individuales, profesionales de atención a los enfoques y los principios de la práctica de la enfermería” (20), esto, teniendo en cuenta lo argumentado por Locsin (18), se debe a que en ocasiones las rutinas de las enfermeras en las unidades han llegado a ser tan orientadas a la máquina, que ya no permiten cuidar de los pacientes, debido a que la mayoría de las actividades se centran en los ventiladores, los monitores cardíacos o en el diligenciamiento de la documentación que de una u otra forma impide cuidar al paciente.

Cooper (14) se refiere a la tecnología en dos sentidos, puede acercar el paciente a las enfermeras porque mejora el conocimiento de la persona cuidada y también puede aumentar la brecha entre el personal de salud, una enfermera y el paciente, a causa del descrédito inconsciente del paciente como persona. Mientras que la tecnología se convierte en un trabajo familiar para las enfermeras, puede contribuir a la alienación de pacientes para quienes, quizás, ese mundo es desconocido.

Otras posturas relacionadas con el uso de la tecnología al servicio del cuidado de enfermería, se resumen en las siguientes posiciones: Barnard afirma que “la tecnología se convierte en un centro de coordinación de carácter cultural, ético, profesional, político, humano y social” (25); Del Llano, por su parte, dice que “La tecnología de la salud ha contribuido a aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de la vida humana” (21); para Kiekkas, Kargas, Pouloulou, Klarpouhtsi, Papadoulas y Koutsojannis “la mayoría de las enfermeras reconocen los efectos positivos de los equipos con respecto al cuidado del paciente y la práctica clínica” (22); y con base en la argumentación de Simpson la tecnología de la información puede desempeñar un papel clave en la solución de algunos problemas de

globalización si se puede conseguir la ubicuidad (35), la tecnología puede salvar la vida de los pacientes críticamente enfermos; además, permite contar con profesionales en enfermería experimentados que en cualquier momento pueden acercarse a sus pacientes o familiares ya sea porque pueden viajar o comunicarse por otros medios como el computador (20).

Por otra parte, si bien se sabe que la tecnología trae grandes descubrimientos y avances en las ciencias clínicas: “en el campo de la curación de enfermedades y patologías congénitas...las vacunas, la telefonía móvil, el ADN[...]” (36), el personal de enfermería a medida que avanza en conocimientos tecnológicos, podría alejarse de una manera abrupta de las acciones de cuidado, viéndose afectadas las relaciones entre las personas, particularmente, la interacción enfermera - paciente; el sujeto podría quedar en un estado de ambigüedad, haciendo que sus relaciones con los profesionales estén mediadas\* por lo tecnológico. Bien lo afirma Núñez (37): “En la sociedad del siglo XXI el culto al consumo, a la alta tecnología, al énfasis por lo inmediato y al individualismo hacen que las relaciones humanas se deterioren”.

Al tener en cuenta la mediación de la tecnología en la interacción, se podría establecer que el sujeto atendido no obtiene ningún tipo de respuesta (las máquinas no le dicen lo que necesita o lo que tiene, entre otras) a sus interrogantes por parte de la tecnología, pero igual, ésta puede determinar la comunicación entre la enfermera y el paciente por un sistema electrónico de datos arrojados; esto podría traducirse en un distanciamiento interpersonal, puesto que no existiría una comunicación enfermera - paciente si no fuera mediada por los datos obtenidos, lo que conllevaría a que la interacción fuese de tipo indirecta (38). En contra posición, los elementos tecnológicos y su codificación permitirían al

---

\* “las mediaciones son un enfoque básico para comprender la totalidad inclusiva de un fenómeno, como también para efectuar la descomposición analítica de sus diferentes componentes internos. Es el momento de convergencia en que el universal se particulariza y lo particular se abre hacia lo universal. Zemelman H. problemas en la explicación del comportamiento reproductivo. p 106, 108, 130, 147.

personal de enfermería acercarse al paciente cuando él o su familia interroguen al personal, por no conocer los elementos tecnológicos, acerca de su estado de salud o el uso de las mismas herramientas tecnológicas; lo que haría que la tecnología sea un medio en la interacción enfermera - paciente.

En el ámbito asistencial, igualmente podría verse influenciada la relación enfermera - paciente por causa del uso de la tecnología puesto que, por una parte los elementos tecnológicos podrían ser considerados como fundamentales en el cuidado, enfocándose en la herramienta técnica y no en el paciente; esta aseveración llevaría a argumentar que desde el ámbito humano se tecnificaría la atención. Por otra parte, los insumos tecnológicos podrían considerarse igualmente importantes en el cuidado como facilitadores de procesos, lo que haría que la enfermera dispusiera de mayor tiempo para enfocarse en el cuidado del paciente, para que la atención sea integral y personalizada.

Con lo anterior se puede colegir que, aunque todavía no se comprende a ciencia cierta el papel que ejerce la tecnología en la enfermería y, aunque algunos la referencian como un cuidado de la disciplina\* o, como técnicas o instrumentos utilizados para facilitar o dificultar la labor de enfermería, no se puede desconocer que en la actualidad toda profesión conocida usa de una u otra forma a la tecnología, como medio para acceder a nuevas fuentes de conocimiento y utilizarlas en beneficio de la evolución de su disciplina. La enfermería al igual que otras disciplinas, busca evolucionar e ir a la par con el contexto actual en el que se desenvuelve.

En esta investigación, la tecnología se define como: tecnología dura, es decir, aquella que involucra los procesos de fabricación y materiales tecnificados (bolígrafos, termómetros, tensiómetros, entre otros); máquinas o aparatos mecánicos que ejercen la acción de movimientos; y artefactos eléctricos y

---

\* Planteamiento expresado por la Doctora Angela María Salazar, Docente universitaria. Universidad de Antioquia. Medellín.

electrónicos (dispositivos de información y de cómputo, enlazados por redes que permiten la interacción: rayos X, monitores, telecomunicaciones, entre otras) (39, 40); y como tecnología blanda, aquella constituida como “información que no necesariamente toma forma tangible”(41) que es “basada en el conocimiento o la experiencia científica y en los procesos desarrollados por el cerebro humano”(42).

Tal como expresa la frase popular “todo cambio genera un impacto”; esto es precisamente lo que ha hecho la tecnología en nuestra profesión, la ha impactado de una manera significativa, para algunos lleva a la enfermería hacia una nueva era, hace que en las actividades cotidianas de las enfermeras y sus relaciones se produzca una influencia lógica en las prácticas de enfermería, permite el acceso a nuevos conocimientos y cambia las interacciones entre los actores principales del cuidado; estos cambios a veces no se aprecian con claridad, pero es evidente que producen impacto en la práctica profesional.

Es de enfatizar, que algunos estudios muestran claramente que el debate optimista-pesimista del uso de la tecnología en la enfermería está lejos de resolverse (20), ya que se tienen distintas percepciones de las ventajas y desventajas del uso correcto de la ésta en los procesos de enfermería. Sin embargo, el hecho de que pueda disminuirse la interacción enfermera - paciente por el uso de la tecnología, se haría necesario establecer una forma que permitiera usarla correctamente para no afectar el cuidado adecuado que debe ser brindado por el personal de enfermería; o si por el contrario aumenta la interacción enfermera - paciente, haría necesario que sean difundidas y conocidas por las enfermeras que laboran en el servicio de urgencias en hospital.

Aunque la tecnología que se usa en los servicios de salud trae consigo soluciones a problemas vitales de los pacientes, debe tenerse en cuenta otro elemento importante, su uso mercantilista como lo afirman Bettinelli (43). Este interés a veces podría impedir que se desarrolle efectiva y eficientemente la tecnología,

teniendo en cuenta todas sus implicaciones en los entornos en los que se supone beneficiarán a las personas.

Diferentes autores Ray (16), Allan y Hall (44), Fairman (45), Walters (46), Barnard y Sandelowski (28), Sandelowski (12), Rudge (47), Purkis (32) Sandelowski (12), (13) han insistido en la necesidad de una comprensión de las relaciones entre la tecnología y las experiencias de los individuos y los grupos de enfermería, sus criterios y orientación conceptual para la práctica de enfermería y su desarrollo filosófico. Estos autores, presentan una compilación progresiva de investigaciones de enfermería que destacan la tecnología como un foco de atención y la necesidad de pensar, encontrarle sentido cada vez más evidente en el desarrollo de la práctica y en la dirección futura de la profesión. La tarea de entender la tecnología en la disciplina es a la vez importante y difícil debido a la ubicuidad en su uso; la tecnología está en todos los componentes como parte de la práctica; sin embargo, no siempre se ha sido consciente de ello y ni ha sido asunto de reflexión en muchos contextos, a pesar de ser testigos de los avances importantes en la tecnología y en la ciencia.

Por último, Barnard aporta que la tecnología influencia nuestra percepción y comprensión de la realidad y plantea cuestiones que llevan a pensar si los seres humanos son los responsables de determinar o manipular pensamientos de su especie y las decisiones que toman (25). Por tanto, la enfermería contemporánea se beneficiará de la investigación sobre la relación tecnología/enfermería y permitirá ampliar la comprensión predominantemente instrumental, con el fin de fomentar las orientaciones clínicas y prácticas que aumenten una visión más profunda del uso de la tecnología para el cuidado de la salud (26-33).

Las tecnologías utilizadas en los servicios de urgencias pueden no ser ajenas a estos problemas y por ello se debe comprender adecuadamente su utilización con los pacientes y su influencia en la interacción enfermera - paciente.

La importancia del cuidado a los sujetos y la interacción enfermera - paciente es fundamental para la profesión de enfermería; es por ello, que este estudio podría brindar elementos importantes en la atención de pacientes cuando la interacción se encuentre mediada por la tecnología. En los servicios de urgencias en hospital aún no se ha estudiado con profundidad cómo el uso de la tecnología interviene en la interacción enfermera - paciente; el presente proyecto pretende explorar este aspecto y por ello plantea como pregunta de investigación:

¿Cómo interviene el uso de la tecnología en la interacción enfermera - paciente en el caso específico de los servicios de urgencias en hospital, según el punto de vista de las enfermeras?

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

Para facilitar la comprensión del marco teórico y aclarar los conceptos en esta investigación se presenta el marco conceptual que define: tecnología, interacción, interacción enfermera - paciente, servicio de urgencias.

### **2.1 TECNOLOGÍA**

La tecnología, según autores como Hodge, Anthony (48), González y Lorenzo (49), Rios y Marcon (50) se conoce como: máquinas, herramientas, equipos, instrumentos, materiales o insumos, entre otros que se utilizan para finalizar tareas que dan pautas a la creación de una tecnología denominada dura y otra blanda incorporadas a éstos elementos. Para efectos de este estudio se conocerá a la tecnología dura (50, 51) como esos objetos, materiales, artefactos o aparatos de uso cotidiano que se integran a la forma de pensamiento, comportamiento, interrelaciones y conexiones, desarrollo, producción, elaboración de proceso, productos o transferencia de información, que son operados por usuarios y se integran a su quehacer diario, casi de una manera inconsciente e invisible, haciendo que los seres humanos interactúen con los materiales (52, 53)

La práctica profesional puede complementarse con “bienes tangibles” (54) o tecnología dura, la cual permite que los procesos propios de la disciplina se realicen de manera ágil y soporten las actividades cotidianas de atención a los pacientes: diligenciar historia clínica electrónica (uso del computador), informar acerca de los pacientes por medio de llamadas (uso del teléfono), toma de signos vitales ( uso equipos multiparámetros, tensiómetro, fonendoscopio, entre otros).



## 2.2 INTERACCIÓN

La interacción está ligada a la comunicación entre quien emite y quien la recibe y a su vez implica una conducta de ambas partes frente a los sucesos comunicados; es allí, donde los participantes de la comunicación perciben la existencia del otro ser con quien se comunican y seleccionan su conducta (55), es decir “los individuos perciben que se perciben mutuamente” (51).

Ceberio (56) asevera que en la interacción emergen reacciones emocionales, afectos y acciones, medios que permiten la construcción de lo emitido y la conducta a seguir luego de la interpretación; la interacción es más fácil, cuando se conocen las creencias y significados del mensaje, lo que permite decodificarlo.

Cibanal, Sánchez (57), por su parte, afirman que en la interacción, los objetivos de la comunicación son: influenciarse mutuamente tanto el emisor como el receptor (“los participantes son emisores y receptores al mismo tiempo”); crear una interdependencia tipificada en la perspectiva conductista (58) como estímulo – respuesta) y tener la capacidad y sensibilidad para interactuar, incluyendo el contexto donde se lleva a cabo la comunicación (59).

**2.2.1 Interacción enfermera – paciente.** Según Cibanal, Sánchez (57), en toda relación, para que sea interacción, existe un vínculo, lazo o conexión que trasciende más allá de la interpretación, identifica objetivos comunes, en este caso entre el profesional de enfermería y el paciente, donde ambas partes se proponen alcanzarlos; se crea una relación en beneficio mutuo, es decir, si me comprendo a mi mismo tengo la capacidad de comprender a otros y si el otro individuo hace lo mismo se crea una interacción.

Algunos autores hablan sobre la relación enfermera - paciente y la forma como se percibe el cuidado. Para Orlando (8), la enfermera identifica necesidades del paciente y trata de satisfacerlas, se establece interacción cuando el profesional de enfermería es partícipe de los sentimientos del paciente a través del diálogo, las expresiones verbales, no verbales, observación del entorno que rodea al sujeto enfermo, entre otros. King (60) citado por Martí, Canut (61) fundamentan su teoría en tres sistemas de interacción: 1. Sistema personal (relación “yo” con “yo”); 2. Sistema interpersonal, interactuar con otros para entender situaciones determinadas; 3. Sistema social, se establece la interacción, definen reglas y conductas. Por su parte, Hildegard Peplau (5), establece cuatro fases en la relación enfermera – paciente: la primera de orientación, el paciente tiene una necesidad y busca ayuda, apoyo de la enfermera; la segunda de identificación, el paciente expresa sus emociones y pensamientos, se abre a la enfermera y éste a su vez, mediante la observación percibe a un paciente determinado a la resolución de su problema; la tercera de explotación, se aprovecha las conductas para sacarle el máximo de beneficio; y la cuarta de resolución, se da la satisfacción de la resolución del problema en ambas partes. Para Joyce Travelbee (62), la interacción enfermera – paciente está dada por la comunicación, la empatía, la compenetración y la comprensión, es la parte emocional y afectiva la que determina la conducta. Riehl-Sisca y Roy (63), hacen énfasis en las interpretaciones de las conductas de los pacientes para realizar acciones en situaciones de cuidado.

Estas autoras ayudan a apreciar la interacción enfermera – paciente, cuyo objetivo es el beneficio mutuo, donde el paciente percibe sus necesidades, las comparte y las resuelve con la ayuda del profesional de enfermería, quien se encuentra reflexivo ante el tema.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer cómo el uso de la tecnología interviene en la interacción enfermera - paciente en los servicios de urgencias en hospital, desde el punto de vista de las enfermeras.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Analizar los significados que las enfermeras atribuyen al uso de la tecnología en los servicios de urgencias y su interacción con el paciente.

Especificar los factores (mediadores) percibidos por las enfermeras, que intervienen en la interacción enfermera - paciente en los servicios de urgencias hospital.

## 4. MARCO TEÓRICO

Para efectos de esta investigación se plantearán algunas definiciones de tecnología, relaciones humanas y relaciones enfermera - paciente, comunicación, y aspectos relevantes (condiciones específicas, situaciones vividas, entre otros) de los servicios de urgencias en hospital.

### 4.1 TECNOLOGÍA

**4.1.1 Tecnología y evolución.** La modernidad y con ella el pensamiento positivista, según lo expresado por Palacios-Ceña (64), trajo consigo la aplicación de los conocimientos en ciencia, gracias al uso de la tecnología; la modernidad posee características descritas por él: “la razón y el conocimiento harán libres a las personas, existe una confianza en la ciencia y [en] el progreso obtenido por ella, la técnica resolverá los problemas del ser humano y las grandes esperanzas descansan en la ciencia y la técnica”; definidas estas características en una triada básica (64) en la que hay una “presencia de la razón a todos los niveles de la persona (ético, político, cultural y laboral, entre otros), la aparición de la técnica como herramienta de ayuda y de aplicación de conocimiento de la ciencia en beneficio y progreso de las personas, y la ciencia como fuente de conocimiento y de respuesta para todas las dudas e incertidumbres del ser humano”, es decir, la razón, la técnica y la ciencia ayudan al ser humano al resolver con confianza los problemas generados en su cotidianidad, en pro del progreso.

En la actualidad, los “avances tecnológicos han dado forma a la vida humana”(65), siendo la tecnología cada vez más sofisticada y avanzada. Actualmente, pensadores reflexionan acerca del valor de la influencia de la tecnología afirmando que “...gracias al continuo avance de la tecnología no hay límites a las duración de

la vida de las personas” (66); lo anterior hace pensar que “la tecnología llegó para quedarse”. Además, no es prologar la vida por prolongarla, debe existir una mediación, un punto de equilibrio, entre la dignidad de la vida humana y las posibilidades de utilización de una tecnología para prolongar la vida, lo que se convierte en un dilema, en cuanto a la prolongación de la vida y la calidad de la misma.

Desde que fue concebida la tecnología, comenzó a utilizarse como herramienta de conocimiento, para los avances de la ciencia y la técnica, a través de mecanismos intermedios entre el hombre y la máquina; es decir, la “tecnología no es un fin en sí misma, es una herramienta que sirve para algo” (64), aunque no hace referencia a la garantía de la calidad y el confort que buscamos y al que tenemos derecho todos los seres humanos. La tecnología en sí misma es buena y necesaria y depende de cómo y con qué fin se utilice (67), además, del beneficio o el daño que genere.

Muchas son las definiciones que tiene la tecnología y para poder conocer a ciencia cierta sus aspectos favorables o desfavorables es necesario verificar claramente algunas de ellas: según el Diccionario de la Real Academia Española, es un “conjunto de teorías y de técnicas que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico”; para Bunge (68) “un cuerpo de conocimiento es una tecnología, si y sólo si es compatible con la ciencia...y sí se le emplea para controlar, transformar o crear cosas o procesos naturales o sociales”. Otras definiciones relacionadas con tecnología son: “Lo tecnológico es lo relativo a las aplicaciones de las ciencias y las artes, y tiene como objetivo producir elementos que pueden satisfacer las necesidades, es decir está al servicio de las personas”; Rios y Marcon (50) por ejemplo, enfatizan que existen tres definiciones: la primera, la de objetos físicos tales como instrumentos, maquinaria, materia; la segunda, una forma de conocimiento concebido para un objeto y de allí el hombre sabe cómo usarlo, repararlo, proyectarlo y producirlo; y la tercera, como un complejo

conjunto de actividades humanas, es decir, un conjunto de fenómenos. Por otra parte Mendes y Marziale (69) de una manera más mercantilista la definen como: “la incorporación de conocimientos en cuyo proceso se genere innovaciones que produzcan nuevos servicios y/o nuevos productos, cambios de comportamiento, nuevos procesos de atención a las necesidades de los clientes, nuevas formas de organización, nuevos mercados, calidad diferenciada de procesos y productos de acuerdo con las expectativas del cliente, así como la búsqueda de nuevas estrategias para emprendimientos”; se puede expresar que los efectos de la tecnología constituyen un “impacto” “[...]influye en la práctica social de la humanidad, así como también en las nuevas cualidades del conocimiento humano” (70).

**4.1.2 Tecnología en enfermería.** En la Enfermería al igual que en otras profesiones, no se ha podido precisar exactamente la palabra tecnología como una definición unánime para toda la profesión, ya que existen diferencias entre los diversos autores en cuanto a su aplicación. Mientras algunos la precisan como “el conjunto de saberes específicos, procedimientos técnicos, instrumentales y equipamientos utilizados en prácticas de salud” (71); para otros son sólo los equipos, máquinas y objetos que posee una técnica que “comprende lo humano, las estructuras organizativas, políticas y económicas, las cuales se dirigen hacia la eficacia absoluta de métodos y medios en cada campo del esfuerzo humano” (28).

#### **4.1.3 Aplicaciones de la tecnología en enfermería**

**Discusión.** En cuanto a su aplicación, muchos autores asumen a la tecnología como un elemento neutral (21, 71-75) donde, dependiendo del significado dado y de su uso, proveerá un cuidado de enfermería a las personas de una manera

positiva o negativa, es decir, a veces se comportará de una forma favorable y en otras ocasiones desfavorable en cuanto a la interacción se refiere.

**Tecnología al servicio del cuidado.** Para otros autores como Barra, Nascimento (76), la enfermería se ve afectada por la tecnología en dos aspectos: primero, modificando el cuidado brindado; y segundo, modificando el cuidado recibido. A parte de su significado real o su aplicación en la práctica de la disciplina de enfermería, se hace importante definir que “la construcción cultural, el paradigma científico con el que la enfermera ha sido educada y el significado que adquiere la tecnología en su trabajo diario es lo que determina la utilización de la tecnología como un medio o como un fin, traduciéndose en cuidar a la persona como un sujeto/individuo con un papel activo o como un objeto pasivo al que se le aplican procedimientos” (64). Heidegger (77) describió “la tecnología como un medio para un fin, un instrumento, así como una actividad humana”, lo cual indica que es el profesional de enfermería quien interpreta dichos instrumentos, y que no sustituyen la labor del profesional o el cuidado del paciente por parte del mismo.

**Usos (beneficios y perjuicios).** Algunos teóricos de enfermería e investigadores, para minimizar el impacto del mal uso de la tecnología en enfermería, han aplicado la perspectiva de la gestión de la tecnología en la enfermería y cómo se relaciona con el trabajo de las enfermeras, es decir, el proceso de enfermería, los conocimientos y habilidades para realizar técnicas que contemplen el cuidado del paciente (78); de este modo ven la tecnología desde un enfoque positivo. En los términos sugeridos por Hodge, Anthony (48) “el conocimiento, herramientas, máquinas, información, técnicas y materiales utilizados para completar tareas”, podríamos decir que la tecnología en la enfermería ayuda a completar los procedimientos propios de la profesión, es por ello, que debemos utilizarla adecuadamente como soporte para cumplir las labores.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, la tecnología permite mejorar de manera eficiente muchos procesos de la enfermería y en algunos casos hacer cosas que no se podrían manejar sin ella; para algunos autores ésta ha creado en los profesionales, una dependencia tecnológica, en que se pierde, en algunos casos, la interacción con el paciente (23, 34).

Para la atención en salud, la tecnología ofrece información que tardaría mucho en ser obtenida directamente sin invasión física (ecografía); puede ofrecer información completa, antigua, inmediata, rápida, de forma categorizada, remota, que puede servir para acertar en la intervención y en el mejoramiento del estado del paciente (79).

La tecnología, en especial la informática, es un asistente no sólo de conocimientos sino de la historia: obtener la mayor cantidad de criterios, datos, observaciones e indicios, actuar eficientemente y almacenar de manera más segura lo que se realizó en el momento de la atención, para futuras acciones, prevención, seguimiento de casos, entre otros. Sus principales efectos son el de satisfacer necesidades físicas, de intervención y monitoreo constante del estado de un proceso o paciente en el caso de este trabajo, con la capacidad de tomar medidas simples en respuesta a cambios y avisar de éstos al personal encargado. Además, potencia el impacto y la eficiencia de éste, al poner a disposición de las personas una gran cantidad, cada vez más actualizada, de información relacionada con el quehacer, a través de diferentes métodos de acceso e interacción con dicha información, convirtiéndola en el mayor bien de las instituciones y las personas (79, 80).

La toma asertiva de decisiones depende de la cantidad y calidad de información disponible y su posibilidad de acceso, igual que en la formación de los profesionales, su actualización continua y en su trabajo diario; estas decisiones son las que determinan si lo que se hace o deja de hacer con las realidades - en



este caso los pacientes - tiene impacto inmediato o efectivo. Por esto se dice que la información es el bien máspreciado, que el conocimiento es un recurso que las organizaciones valoran, promueven y protegen como ventajas diferenciantes y competitivas, para que el que tenga la mejor y última información, y los conocimientos de en qué y cómo aplicarla, tenga el poder en su medio (81, 82).

**Necesidades de tecnología para asegurar la calidad del cuidado.** El profesional de enfermería debe llegar a un equilibrio entre la aplicación de su quehacer mediado por la tecnología y la atención humana con el paciente, para verlo como ser humano y no como objeto. Cuando la enfermera es capaz al mismo tiempo de relacionar su competencia tecnológica con el cuidado en la enfermería, la transformación que se logra puede ser muy buena (34), logrando con ello lo que Wikström (83) propone: que “los seres humanos y los instrumentos se entrelacen en el proceso de resolver problemas de manera eficiente y adecuada”.

**Tipos.** La tecnología puede tomar muchas formas, pero a su vez puede estar enmarcada dentro de dos categorías generales (54): “tecnología blanda y tecnología dura”, la tecnología blanda “se constituye como información que no necesariamente tomó una forma tangible”, y la tecnología dura “se convierte en los bienes tangibles”. “Por tecnología dura entendemos la maquinaria, las herramientas, hardware, redes de telecomunicación, que hacen el trabajo más eficaz y propician la generación de productos y servicios con mejor calidad, novedad e integridad. La tecnología blanda está relacionada con el Know How de la gente, la capacidad de aprendizaje de una organización, el tipo de talento de un trabajador. En una economía basada en el conocimiento, la nueva moneda es el aprendizaje” (39).

Teniendo en cuenta la tipología anterior, en la profesión de enfermería, se puede optar por una tecnología dura que se relaciona con el uso de herramientas,

equipos y con conocimientos estructurados o una tecnología blanda que hace referencia a las relaciones que surgen de la aplicación de dichos conocimientos (84). Al hacer específicos los tipos de tecnología que utilizaría la profesión de enfermería, se pueden establecer que como parte de la tecnología dura, el personal de enfermería utiliza el computador y otros instrumentos propios de la profesión: tensiómetros, pulsoxímetros, equipos multiparámetros, entre otras; y como tecnología blanda los software y procedimientos que deben seguir para realizar su labor de acuerdo a los estándares o lineamientos (85).

Esta investigación tomó la tecnología dura entendida como los objetos, materiales, artefactos o aparatos, sus conexiones, los insumos y resultados entregados a los operarios o usuarios; la cual se ha convertido en uso cotidiano de las personas e instituciones que según su nivel de adquisición, puede tener acceso a ella. Esta tecnología se integra cada vez más a la forma y estilo de vida, trabajo, pensamiento, interrelaciones, desarrollo, producción y el quehacer del entretenimiento diario. Esto, ha venido ocurriendo siempre a través de todas las épocas en todas las sociedades, siendo su operación, una rutina que se realiza inconscientemente, sumándose con ello a una dependencia invisible. Sin ella, las personas no sólo verían limitadas su eficiencia y posibilidades de acción, sino que también sentirían inseguridad en sus acciones sin el respaldo de la tecnología que cotidianamente los acompaña(52).

Benítez (40) plantea que la tecnología dura como producto material del conocimiento, se ve reflejada principalmente en: a) invenciones creativas e innovadoras, de construcción o apariencia simple, pero que involucran procesos de fabricación en serie y materiales muy tecnificados, como un bolígrafo; o en b) artefactos con mecanismos simples o complejos, como evidencia del desarrollo mecánico y de versatilidad en movimiento y acción; y en c) dispositivos eléctricos y electrónicos, que involucran la utilización de la más común de las energías no biológicas, la eléctrica y los procesos de sofisticación que están desarrollados

desde la segunda mitad del siglo XX hasta el presente, como el almacenamiento y transformación de dicha energía en múltiples formas, como lumínica, calórica o refrigerante, radiactiva (ejemplo: rayos X), electromagnética (ejemplo: resonancia, telecomunicaciones), mecánica produce la combinación de electro mecanismos y electrónica, en diversas formas como dispositivos de información y computación a todo nivel, enlazado por redes de conexiones directas o informáticas que presentan múltiples plataformas y modos de interacción del ser humano con otros distantes, y con las mismas aplicaciones para las cuales la tecnología es implementada en los diferentes quehaceres.

**Disponibilidad.** Como cada vez las diferentes tecnologías son más numerosas y complejas, algunas aplicaciones en la salud son difíciles para su entendimiento y llevan a que su manejo requiera de capacitación y apoyo de expertos y/o material de referencia que se encuentre rápidamente al alcance de los operarios, para hacer efectiva la integración de los nuevos procesos y versatilidades tecnológicas al beneficio de las personas, es por ello que las tecnologías de la información y comunicación (TIC) son cada vez más relevantes (80).

## 4.2 INTERACCIÓN ENFERMERA - PACIENTE

**Diversas formas de ejercer las relaciones.** Al establecerse una relación de ayuda entre la enfermera y el paciente, es decir, una relación terapéutica o “cara a cara”, se permite el cuidado emocional tanto del paciente como de la familia (61). Para saber si la relación es terapéutica o no, la enfermera, de acuerdo a las situaciones vividas y a los problemas encontrados todos los días, debe reconocer las circunstancias que afectan positiva o negativamente la relación, permitiéndose modificar las fallas para contribuir al cuidado, siendo éste la base de la relación terapéutica que se establece.

**Diferentes posiciones teóricas frente al tema.** Orlando (8), en el año de 1961 manifiesta que en la relación, la responsabilidad de la enfermera es evidenciar las necesidades de ayuda del paciente y satisfacerlas de manera directa, si ella como enfermera puede solucionarlas, o de forma indirecta si son terceros los que tienen la potestad de hacerlo; en 1972 Orlando (86), establece que “la función de la enfermería profesional consiste en descubrir la necesidad inmediata de ayuda del paciente”. Esto nos hace pensar que la enfermera es la que percibe por medio de la observación y el diálogo (comunicación), la verdadera ayuda solicitada por el paciente y su familia y, es ella quien debe procurar establecer una buena relación para conocer las realidades sentidas y percibidas por ellos.

En el texto de Martí, Canut (61) refiriéndose a la teoría de logro de metas u objetivos de King (60): “La relación enfermera - paciente es un tipo de sistema interpersonal que se define como un proceso de interacción humana entre enfermera y paciente, en el cual cada uno percibe al otro y a la situación; a través de la comunicación identifican problemas, fijan objetivos, exploran los medios y se ponen de acuerdo para alcanzar los objetivos propuestos. La relación enfermera paciente es, pues, “un proceso acción-reacción-interacción-transacción”, es decir, la relación enfermera - paciente “implica una acción planificada, profesionalizada, que incluye apoyo emocional y comunicación fluida como parte del plan de cuidados, con el objeto de que el paciente comprenda el proceso de atención, pierda la angustia y adopte una postura de colaboración positiva” (87). Para tener una relación ideal, se hace necesaria la comunicación asertiva (traducida como interpersonal), en la que tanto el paciente, su familia y la enfermera establezcan lazos de comprensión y apoyo emocional y de interacción. Todos los seres humanos deberíamos al establecer una relación, poseer la visión de que para “poder comprenderse, el ser humano debe ser comprendido por el otro, y para ser comprendido por el otro, debe también comprenderse a sí mismo” (57).

**La importancia en el logro de resultados al paciente.** Los pacientes en todo momento están comunicando sus necesidades; depende de las enfermeras observar, determinar y ayudar a la solución de los problemas mediante el cuidado, y si además, se establece buena comunicación, se logrará establecer una relación terapéutica. Cibanal, Sánchez (57) hablan de varios tipos de comunicación, establecen cuál ayudará a la construcción de la interacción enfermera - paciente: la primera se conoce como “comunicación-acción”, en la cual comunicación sólo se da del interlocutor a los receptores, sin recibir ningún intercambio de ideas; en la segunda, “comunicación-interacción”, las personas desean tener una relación y tienen la capacidad de ponerse en el papel del otro y existe una comunicación en dos sentidos, los participantes son emisores y receptores al mismo tiempo; la tercera, es la “comunicación-transacción”, los participantes son comunicadores al mismo tiempo, la influencia es mutua y no se manejan intervenciones por turnos.

Con respecto a la relación directa enfermera - paciente, existen varias teorías que hablan acerca de la interacción, referente a la manera en que la enfermera realiza o conduce el cuidado; entre ellas están: Imogene King, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ernestine Weidenbach, y Cisneros (88), Hildegard Peplau, Ida Orlando, Joyce Travelbee y Joan Riehl-Sisca, entre otras.

Sitzman y Eichelberger (89) describen la enfermería en un sentido global como la identificación efectiva de las necesidades de un paciente; la ayuda se da a través de la observación de comportamientos y síntomas, la exploración del significado de éstos con el paciente y la determinación de las causas de la incomodidad. Las habilidades del paciente para resolver la incomodidad son evaluadas y la ayuda de la enfermera u otros profesionales de la salud se presta según sea necesaria. El objetivo es percibir las necesidades de ayuda del paciente a través de su experiencia, descritas por el mismo paciente (90).

Martí, Canut (61), presenta un modelo conceptual en el que se refleja ampliamente la perspectiva psicosocial de la persona; señala tres sistemas de interacción dinámicos, dentro de los cuales ésta se desenvuelve: el primero es el sistema personal que es el yo individual, la persona como unidad total; para entenderlo se requiere de los conceptos de percepción, autoconocimiento, crecimiento y desarrollo personal; el segundo, sistema interpersonal, compuesto por dos o más personas que interactúan en una situación determinada y para entenderlo se necesita comprender la interacción, comunicación, transacción y rol; y el tercero, sistema social, que proporciona las estructuras para la interacción social, definiendo las reglas de comportamiento y los modos de acción. Estos tres principios influyen en la calidad del cuidado brindado por el personal de enfermería, pero el aspecto interpersonal es el más importante, puesto que la enfermera “desarrolla su actitud profesional relacionándose y estableciendo contacto con otras personas, ya sea paciente, familia, equipo interdisciplinario o equipo de salud” (61).

Por otro lado, Parsons (91) une la teoría sobre los sistemas sociales, con las teorías psicológicas y establece que un sistema social es un proceso de interacción complementaria de dos o más actores, en el que cada uno de ellos se ajusta a las expectativas del otro o de los otros, de tal manera que las reacciones entre ellos y las acciones del ego son sanciones positivas, que sirven para reforzar sus disposiciones de necesidad dadas.

Para Orlando (8), la responsabilidad de la enfermera en su relación con el paciente es evidenciar las necesidades de ayuda del paciente, evitarlas o aliviarlas de manera directa o indirecta con el apoyo de otros profesionales; esta afirmación también fue inspiración para Basavanthappa (92), quien declara que el propósito de la enfermería es ayudar a los individuos, familias y comunidades a prevenir o hacer frente a la experiencia de enfermedad y sufrimiento, y ayudar a encontrar significado, en la medida de lo posible a estas experiencias; además, informa que

la enfermería es un proceso interpersonal, puesto que es una experiencia producida entre el profesional de enfermería y el individuo.

**Diversas formas de ejercer las relaciones.** Estos conceptos ayudan a visualizar que toda actividad humana que implique interacción entre las personas, como es el caso del ejercicio de la enfermería, crea una serie de interdependencias positivas y negativas que en mayor o menor medida pueden afectar el desempeño de las enfermeras y a su vez, la recuperación de los pacientes. La vida está rodeada de situaciones que de una u otra forma afectan lo que somos y lo que seremos, actitudes y pensamientos que son intervenidos al interactuar con otros e influirse mutuamente, lo que debe generar reflexión que nos lleve a ultimar si las decisiones tomadas afectan nuestra forma de percibir el mundo que conocemos, las personas con las cuales interactuamos e incluso conocer nuestra percepción de los acontecimientos diarios.

## **5. METODOLOGÍA**

Para allanar la investigación planteada, se empleó el método de la investigación cualitativa y las herramientas propuestas en la Teoría Fundamentada (93, 94), sin llegar al paso final de establecer una teoría. A partir de la revisión bibliográfica realizada, se pudo establecer que no existían estudios previos en servicios de urgencia en hospital, por lo cual se decidió iniciar con un estudio en dichos servicios.

### **5.1 PERSPECTIVA DEL DISEÑO CUALITATIVO**

La investigación cualitativa se interesa por las diferentes interacciones dadas en los sujetos y comunidades, las cuales son complejas por sí mismas. Muestra un interés particular por “definir los imágenes sociales preconscientes; captar, contextualizar e interpretar, en términos culturales concretos, las actitudes y motivaciones básicas de los distintos grupos sociales” (95). Busca comprender lo cotidiano, las relaciones, las rutinas: “son acciones/interacciones que corresponden a las formas más habituales de responder a las ocurrencias de la vida cotidiana” (94); también los significados y sentimientos, entre otros aspectos. Es importante revelar la realidad de otros para extrapolar esta realidad, atribuyendo el valor de lo vivido y comprendido, dimensionando la importancia de los acontecimientos vivenciados por otros.

Según Strauss y Corbin (94) la investigación cualitativa posee tres componentes principales: “los datos, en primer lugar que pueden ser provenientes de fuentes diferentes” como entrevistas, observación y grupos focales, entre otros; en segundo lugar, “los procedimientos que los investigadores pueden usar para



interpretar y organizar los datos”; entre estos se encuentran la conceptualización y reducción de los datos, categorizarlos en términos de su dimensiones y prioridades y relacionarlos por medio de oraciones; en tercer lugar, “los informes escritos y verbales”. Las fuentes primarias de datos fueron las enfermeras a quienes se entrevistaron en forma amplia en diversas circunstancias, es decir, algunas solas, otras en compañía de algún colega o jefe y, en diferentes días y horas, en cuanto a los procedimientos, el hecho de haber tenido la presencia de jefes se compensó con el número de entrevistas, a saber, 4 con presencia de jefes y 16 sin su presencia; no se realizó reducción por ser un procedimiento pertinente para los enfoques fenomenológicos, tampoco se estudiaron fuentes documentales, en cambio, sí se realizó la categorización como procedimiento permanente.

Se trabajó dentro de las perspectivas del diseño cualitativo o el interés por descubrir lo que encierran gran cantidad de datos e información que son necesarios para obtener los resultados arrojados después de realizado el análisis cualitativo. Requirió de un tiempo importante de dedicación a dicho análisis, así como de gran cantidad de tareas para realizar la investigación, las cuales fueron enmarcadas en las técnicas de recolección de información (entrevista), en la clasificación de los datos obtenidos, en el análisis de la información y en los resultados obtenidos.

Además, la investigación cualitativa permite la definición y descripción de datos que no son posibles de cuantificar y es necesario recurrir a otro tipo de orientaciones, en este caso a la Teoría Fundamentada para la interpretación de los datos. Este paradigma cualitativo, permitió trabajar según la subjetividad profesional como realidad necesaria de ser abordada, explicar la cotidianidad y apoyar todo lo que a través de otros enfoques no se pudo desarrollar, como la comprensión del actuar humano, en este caso en su quehacer profesional.

## 5.2 CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO, ESCENARIOS

El estudio se desarrolló con enfermeras que laboran en los servicios de urgencias en hospital de instituciones de primero, segundo y tercer nivel de atención en las ciudades de Popayán (Cauca), Medellín y Envigado (Antioquia).

**5.2.1 Micro contexto del estudio: Servicios de urgencias en hospital.** La siguiente clasificación se obtuvo a partir de los participantes y los diarios de campo. Todas las personas han experimentado de una u otra forma la vulnerabilidad que genera la enfermedad y mucho más cuando se encuentran ante una situación crítica e inesperada, una urgencia. La misión en los servicios de urgencias en hospital es atender rápida y eficazmente a toda persona que ingrese y busca ayuda (96), su objetivo está determinado por definir las esperas de atención mediante un triage que permite establecer quién puede esperar y quien debe ser atendido de inmediato, diferenciando una situación de salud crítica inminente de otra que puede dar espera.

Colombia, país que conoce bien las situaciones críticas de violencia vivida internamente, las situaciones de desplazamiento y hambre, entre otras, emitió el decreto 1761 de 1990. El artículo primero de éste, ilustra que “se entiende por urgencia la alteración de la integridad física o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas”. Se hace necesario además, que las alteraciones físicas o psíquicas que ponen en riesgo la vida o la funcionalidad de las personas, sean atendidas en una planta física con una disposición que permita el libre acceso hasta la zona de atención del paciente y que cuente con todos los recursos físicos y humanos para la prestación del servicio; cuando se cuenta con elementos como la definición clara

de una urgencia, la infraestructura física y el recurso humano idóneo se hace más fácil y rápida la admisión del paciente y mucho más, cuando su vida está en inminente peligro (97).

El gobierno de Colombia también ha legislado sobre las normas que rigen los espacios físicos donde se atienden pacientes en situaciones de salud agudas que requieren rápida atención; en esta ley se establece que los servicios de urgencias en hospital deben contar con: “sala de espera con unidad sanitaria por sexo y por cada 15 personas; información y control; consultorio con unidad sanitaria; sala de reanimación (área mínima 12.00 mts<sup>2</sup>, situada cerca del acceso al servicio de urgencias, con facilidad de entrada para los pacientes y el personal de salud y con ventilación e iluminación natural idealmente); sala de curaciones (con poceta y área mínima por camilla de 8.00 mts<sup>2</sup>); sala de yesos; sala de observaciones con unidad sanitaria y ducha (con divisiones fijas, discriminando el ambiente por sexo y edad, con un área mínima de 6.00 mts<sup>2</sup>); sala de hidratación con unidad de trabajo; lavado de pacientes; control de enfermería con unidad sanitaria; espacio para camillas y sillas de ruedas; depósito para ropa sucia, de ropa limpia, lavaplatos y otros elementos de uso de estos ambientes”\*.

Es importancia que el recurso humano esté capacitado para actuar rápida y oportunamente; algunas instituciones asignan al profesional de enfermería en la clasificación o triage, ya que poseen el conocimientos científicos y técnicos, tienen además el toque humano para establecer prioridades; las enfermeras de acogida o clasificación en urgencias tienen como principales funciones: la entrevista rápida, la ordenación eficaz según la demanda, la distribución de la estructura y organización de la unidad, la aplicación de técnicas propias de la profesión, ofertas a los pacientes y familiares y una aproximación humana y profesional al problema planteado por el paciente o su familia, planillar la demanda asistencial, prestar

---

\* Colombia. Ministerio de Salud. Ley 09 de 1979, Título IV; (Resolución 4445 de 1996; Artículo 32). Por el cual se dictan medidas sanitarias. Diario Oficial CXV, 35193 (Ene. 24 1979).

apoyo moral, psicológico, ofrecer estabilidad y confort, para brindar al paciente una gran calidad terapéutica como conjunto de atención integral (98).

Estas funciones (acciones) hacen que la interacción de la enfermera esté relacionada con todos aquellos tratamientos basados en juicios clínicos y conocimientos que posee como profesional, para favorecer el resultado requerido por los pacientes (98). Además, tiene como función enumerar las obligaciones por orden de importancia y frecuencia con que suceden, es decir, cuando no se realizan en forma regular o no se cumplen las tareas en el orden de prioridad, se pasan por alto actividades esenciales de las enfermeras de urgencias (99); la enfermera también debe tener en cuenta el ingreso del paciente y los factores que originan éste, para ejercer las funciones asistenciales con idoneidad, pues no todos los casos son iguales y se deben asignar prioridades individuales (98); lo que hace la labor de la enfermera y el equipo de trabajo difícil y tediosa (100).

La administración de los servicios de urgencias en hospital es crítica puesto que se deben tener en cuenta las situaciones de tiempo, modo de atención y lugar de prestación. Las urgencias presentan características propias: el paciente y la familia se encuentran lábiles emocionalmente por la situación crítica de pérdida de salud inmediata, lo que hace que las expectativas de las personas sean mayores; la tecnología que se maneja es de alto costo, nuevas tecnologías de punta; las implicaciones legales para el personal asistencial son de alto riesgo y el control de gastos es difícil por la versatilidad de los usuarios (96).

Las situaciones que enfrenta la enfermera de urgencias en hospital son la incertidumbre (no saber la evolución del paciente) y la responsabilidad para con el paciente (101); Por medio de la observación amplia y directa se afirma que las enfermeras de urgencias en muchas ocasiones interactúan con usuarios irritables, descorteses, con baja educación, los gritos, y una actitud iracunda (102). Es allí,

donde la enfermera y el equipo de trabajo deben estar sincronizados para evitar descargas emocionales producidas por la ansiedad que genera y la urgencia.

Para el paciente llegar al servicio de urgencias en hospital es causa de desagrado y angustia; como también se sabe que, ese primer encuentro es un momento de verdad en la atención de la enfermería, sirve de consuelo con su amabilidad, cordialidad, comprensión y con el cuidado, incluso hasta con sólo llamarlos por su nombre (97). Una buena enfermera debe ponerse siempre en el lugar del paciente y mirarlo como si fuera alguien de los suyos, tratándolos como les gustaría que se les tratara. Si la enfermera desde su puesto orienta al paciente y a sus familiares, podrá comprender mejor al enfermo, interactuar y manejar el mejor lenguaje para la necesidad de su atención (97).

Los servicios de urgencias en hospital se clasifican según su complejidad: de primero, segundo, tercero y cuarto nivel de atención, la complejidad en estos servicios está dada porque a mayor rango (nivel) existen más especialidades y se requiere de mayor tecnología para ser utilizada en las intervenciones a los usuarios, argumento que se usa para darle mayor nivel o posición a la institución.; para sorpresa en esta investigación, instituciones de primer nivel tienen especialidades y equipos avanzados y sofisticados, comportándose como si fueran de segundo e incluso tercer nivel de atención; así como instituciones de tercer nivel, sin equipos básicos tecnológicos para realizar la prestación del servicio.

Algunos entrevistados aseveran que los terceros y cuartos niveles poseen todos los equipos tecnológicos que se requieren para cubrir las necesidades del paciente; pero para los primeros y segundos niveles, tener este tipo de tecnología depende sólo de si la entidad es pública o privada; en las entidades públicas, según los entrevistados, son los pacientes los que deben conseguir los materiales para ser atendidos; mientras, que las entidades privadas de primer y segundo nivel, no poseerán todos los elementos, pero si cuentan con casi todos y buenos

recursos tecnológicos. Otros participantes, por su parte, mencionan que a pesar de ser entidades de tercer y cuarto nivel, las crisis económicas por las que han pasado perjudicaron a la empresa y la compra de insumos tecnológicos, indicando con ello que en momentos de crisis pueden existir falencias en la atención por falta de recursos.

El área física, por lo general, del servicio de urgencia en hospital está compuesta por puntos de clasificación (triage), en donde se evalúa el estado de los pacientes, cubículos separados con cortinas y en cada uno de ellos camillas. También cuentan con sillas para realizar algunos procedimientos que no requieren mucho tiempo de espera, comparados con aquellos que deben quedarse por un tiempo considerado, los cuales utilizan las camillas.

En los servicios de urgencias en hospital debe brindarse la atención a los pacientes a partir de la rapidez, agilidad, responsabilidad y la oportunidad con que se preste constantemente la atención en la unidad, que puede llegar a ser de eventos realmente urgentes haciendo estresante la labor del personal que labora en el sitio de asistencia. También, se pueden observar las condiciones de trabajo, a las cuales están sometidos todos los días los profesionales de enfermería. Debido a la crisis económica, las instituciones no poseen algunos avances tecnológicos como lo son los computadores, equipos modernos u otros adelantos que puedan facilitar el trabajo, lo que lleva a que se aumente el grado de responsabilidad, rapidez y estrés en el profesional de enfermería.

Los servicios de urgencias en hospital se caracterizan por un ritmo acelerado de trabajo, donde se interactúa con múltiples pacientes, con un sin número de complicaciones consideradas críticas; esto sumado a la ansiedad tanto de los pacientes, familias y personal que hace necesaria una comunicación oportuna, efectiva, eficaz y clara (103). La ansiedad en el personal de enfermería en parte se presenta por la interacción directa con el paciente, pues se suscitan

situaciones como las diferencias culturales, las actitudes del paciente, los estratos económicos, entre otros; además, la presión que ejercen los acompañantes o familiares del paciente para obtener pronta atención y mejorar la calidad de vida del ser querido; la situación se complica si a esto se le agregan las diferentes etapas de la enfermedad y el afrontamiento de la muerte. El profesional de enfermería comprende que su labor en los servicios de urgencias en hospital maneja un alto grado de estrés y los participantes expresan que a muchos de sus colegas les parece un “horror trabajar en urgencias”. Dicho estrés se genera porque deben solucionar múltiples situaciones problemáticas relacionadas con la asistencia, la administración, el flujo de pacientes, las instalaciones, el liderazgo de los procesos y la planeación, y actuación rápida frente a las diferentes situaciones.

**5.2.2 Escenarios.** Medellín fue la ciudad en donde inicialmente se formuló este proyecto y la más próxima al lugar de residencia de la investigadora, siendo la primera opción para contactar a los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de urgencias en hospital. Se presentaron inconvenientes para contactar al personal de la salud: la disponibilidad de horarios de los participantes para realizar las entrevistas, los permisos de los superiores para que los profesionales de enfermería fueran entrevistados, el aparente poco interés que presentaban en el tema y la falta de tiempo para la entrevista, por lo cual solicitaban que se les enviaran las preguntas de las entrevistas para contestarlas. Esto hizo que no fuera posible continuar con la investigación en Medellín, por lo que se decidió continuarla en el municipio de Envigado, donde se contó con poco personal que laborara en el servicio de urgencias dispuesto a colaborar. Se hizo necesario buscar otras alternativas y la investigadora fue a la ciudad de Popayán para realizar otras entrevistas, aprovechando el contacto de una persona de la Universidad del Cauca, la “portera”, quien permitió el acercamiento a tres instituciones de salud de esta ciudad, facilitando así la participación de los

profesionales de enfermería en esta investigación. En esa ciudad, las enfermeras se vieron realmente interesadas en participar activamente de la investigación.

### **5.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Los participantes en esta investigación fueron 20 profesionales en enfermería que trabajan en los servicios de urgencias: nueve en Medellín, ocho en Popayán y tres en Envigado, los cuales fueron entrevistados en un período de tiempo de cinco meses. La cantidad de participantes fue seleccionada de acuerdo con la saturación y alcanzó la totalidad de 20 personas; las dos últimas entrevistas se basaron en el análisis los datos obtenidos en las primeras 18, ampliando los testimonios ya anteriormente recolectados.

Estos participantes fueron representativos del fenómeno a estudiar, en el sentido de que en sus unidades de atención hay mediano o alto uso de la tecnología en forma permanente a interacción con pacientes. Los participantes fueron voluntarios: en ese sentido se entrevistaron primero quienes se ofrecieron y después se elaboró un proceso de barrido para seleccionar los demás participantes con base en los resultados recolectados de las entrevistas anteriores.

Con el fin de ampliar las características de los participantes en el estudio se describen características demográficas, económicas, tiempo de experiencia y otras variaciones de las personas. Algunas características sociodemográficas de las enfermeras (os) entrevistadas fueron: el 33% de las enfermeras (os) es de sexo masculino y 67% de sexo femenino; los rangos de edades están entre 18 y 25 años (6%), entre 26 y 35 años (44%), de 36 y 45 años (39%), y entre 46 y 55 años (11%); con un estrato socio-económico correspondiente a: estrato uno (5%), estrato dos (17%), estrato 3 (50%), estrato 4 cuatro (11%) y estrato 5 (17%)



estrato 6 (0%); ejercen la profesión entre 1 a 5 años (39%), de 6 a 10 años (28%), de 11 a 15 años (17%), de 16 a 20 años (11%), más de 20 años (5%); trabajan en diferentes áreas de urgencias (triage o clasificación de la urgencia, observación adultos, observación pediátrica, transición o pasillos, reanimación o sala de emergencias y procedimiento, que incluye curaciones, inyectología, suturas y yesos, entre otras), entre 1 y 5 años (77%), entre 6 y 10 años (17%), entre 11 y 15 años (6%). La variedad de participantes contribuyó también a levantar la variación de los fenómenos estudiados y las distintas posturas frente a la tecnología.

#### **5.4 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La técnica empleada en la investigación fue la entrevista formal semiestructurada, la cual permite un orden, no necesariamente secuencial, en la manera de manejar la entrevista y, a su vez, cierta libertad en el desarrollo de la misma (104). Se utilizó para la recolección de información en forma verbal a través de una conversación directa con los entrevistados y de preguntas orientadoras que se presentan en el Anexo 1.

Los objetivos de la técnica utilizada fueron enfocados hacia\*:

- La interacción directa con el entrevistado que estaba representado por las enfermeras de las unidades de emergencia.
- La derivación de otras preguntas de acuerdo a las respuestas dadas por las enfermeras, para guiar la entrevista.
- La obtención de respuestas espontáneas sin forzar a que las enfermeras respondieran lo que se quería escuchar.

Las fases utilizadas para la realización de las entrevistas fueron\*\*:

---

\* Notas de Técnicas de Recolección de datos. Elizabeth Granados Pemberty

- Seleccionar los participantes: los entrevistados fueron seleccionados de acuerdo con la relevancia de la información que podían aportar. Se tuvo en cuenta para ello diferentes ciudades, diferentes hospitales y diferentes géneros de personas, lo cual hizo más confiables los resultados obtenidos. Cabe anotar que todos laboraban en el momento de la entrevistas en el servicio de urgencias en hospital.
- Establecer los contactos: en esta fase se les explicó a los encargados de las áreas de urgencias la finalidad de las entrevistas, mostrándoles la importancia de la participación del personal de enfermería en ella y se enfatizó en la confidencialidad de las respuestas. Una vez se obtuvieron los permisos para entrevistar al personal de enfermería, se programaron las citas respectivas.
- Realizar la entrevista: se realizó la entrevista a través de unas preguntas semiestructuradas, teniendo en cuenta que en algunos casos las enfermeras tuvieron que ser entrevistados delante de sus jefes. Cada uno de los participantes adquirió un pseudónimo de acuerdo con su gusto y conservando el género. La duración promedio de las entrevistas fue de 45 minutos. Cada una de ellas grabada con el consentimiento de los profesionales de enfermería.
- Finalizar la entrevista: la entrevista se despidió con cordialidad, agradecimientos y con la información de cuando serían publicados los resultados del análisis, una vez el proyecto de grado sea revisado y aprobado por los evaluadores.

---

\*\* Notas de Técnicas de Recolección de datos. Elizabeth Granados Pemberty

**5.4.1 Análisis de los datos.** El análisis de los datos obtenidos en las entrevistas se realizó en forma manual. Inicialmente, las entrevistas se transcribieron creando un documento de Word por cada una de ellas, luego, se utilizó una planilla de Excel en la cual se recopilaron y clasificaron las unidades significativas de análisis, se establecieron los códigos vivos y el significado atribuido a esas unidades, con sus respectivos testimonios. Cada vez que se leía una entrevista, se podían obtener nuevas preguntas que aportarían a la investigación. Se agruparon códigos, categorías y subcategorías con explicaciones precisas de lo obtenido en las respuestas de los participantes. Por último, se refinaron las categorías según lo planteado por la teoría fundamentada para el análisis de los resultados.

Cabe anotar que la Teoría Fundamentada según Strauss y Corbin (94) posee tres fases fundamentales y no necesariamente secuenciales, que permiten el logro adecuado de este enfoque. En esta investigación de las tres fases: codificación abierta, axial y selectiva, se enfatizó en las dos primeras; mediante la codificación axial se llegó a la reagrupación de los datos en las categorías y subcategorías surgidas en la codificación abierta las cuales se enlazaron en cuanto a sus propiedades y dimensiones. La aplicación de dichas fases resumiendo el análisis de los datos se presenta a continuación:

- Codificación abierta: El primer paso es la conceptualización de las categorías derivadas al descomponer los datos; allí, la investigadora colocó un nombre, de acuerdo a su representación o tomó los nombres a las expresiones dadas por las personas que participaron en la investigación(94).
- Codificación axial: Esta fase llevó a la reagrupación de los datos, es decir, las categorías y subcategorías surgidas en la codificación abierta, se enlazaron en cuanto a sus propiedades y dimensiones por medio de oraciones (94).

Primero emergieron dos grandes categorías, fruto del análisis que partieron los datos en sendos grupos correspondientes, a saber, la tecnología como facilitadora o como obstaculizadora de la interacción, pero luego emergió una tercera categoría que parecía estar oculta. En ese momento se reorganizó todo el análisis dando la alternativa de moldear cada una de las estructuras en un enlace que conservó la fidelidad a los significados atribuidos y expresados en los testimonios. Esta tercera emergencia no fue otra cosa que aceptar la dualidad y la mediación como parte de la realidad expresada por los participantes como experiencias vividas

La “saturación teórica”(93, 105) fue un objetivo a alcanzar desde el principio, con sus procedimientos de reunir los datos hasta saturar las categorías y establecer las relaciones, es decir, cumplir cumplieron las tres reglas, en el sentido que: “no haya nuevos datos importantes que parezcan estar emergiendo en una categoría; que la categoría esté bien desarrollada en términos de sus propiedades y dimensiones, demostrando variación; que las relaciones entre las categorías estén bien establecidas y validadas” (94). Para tal propósito se tuvo en cuenta la cantidad necesaria de participantes hasta llenar las categorías y dar cuenta de las variaciones.

**5.4.2 Criterios de rigor.** Los siguientes criterios se utilizaron para evaluar la calidad científica durante todo el desarrollo del proyecto:

El análisis de los datos se realizó basándose exclusivamente en las respuestas dadas por los participantes durante las entrevistas, verificando las transcripciones que el investigador hizo de ellas. Las únicas modificaciones que se hicieron en las transcripciones fueron en composición de palabras recortadas (por ejemplo pa’ – para, entre otros), muletillas (eh, umm, pues, entre otras), abreviaturas (el moni – el monitor, entre otras), palabras mal pronunciadas y repeticiones de palabras. Los datos al ser recolectados eran inmediatamente transcritos, codificados y

categorizados con el fin de que la información no se perdiera o dañara por algún percance.

En paralelo, se entregaban avances del proyecto a la asesora de la investigación quien hacía sus sugerencias para adaptar los escritos, agregar información o corregir. Dichos avances se relacionaban directamente con la metodología que se aplicó en la investigación.

Se tuvieron en cuenta los conceptos:

- Verosimilitud: se logró a través de un proceso transparente de recolección de datos que se llevó a cabo directamente por la investigadora y registrada en una grabación. Además del examen riguroso del sentido de los testimonios, este proceso de recolección, permitió la veracidad de los resultados de la investigación, más, cuando las transcripciones de las entrevistas fueron entregadas a los participantes para su revisión y aprobación, haciendo que la información recolectada fuera real para las personas que participaron en el estudio y para otras personas que han experimentado o estado en contacto, con los servicios de urgencias(106). Antes, durante y después de las entrevistas, se les permitía a los participantes expresarse libremente acerca de sus apreciaciones y opiniones; siendo transcritas dichas entrevistas, con la mayor franqueza ajustada a las expresiones dichas por los participantes.
- Auditabilidad – Confirmabilidad: en cuanto al criterio de auditabilidad, se aplicó en la medida que se permite a todos los investigadores que lo deseen, examinar los datos que obtuvo la investigadora, para que lleguen a conclusiones iguales o similares. Del mismo proceso hacen parte las evaluaciones de los resultados y del informe final y la participación de las profesoras que participaron como responsables de la dirección del trabajo.

- **Transferibilidad – Aplicabilidad:** Durante el desarrollo del proyecto se extrapolaron datos obtenidos en algunas regiones, a otras que no fueron tomadas en la muestra, debido a que varias de las enfermeras entrevistadas, y habían prestado el servicio de urgencias en otras ciudades de Colombia, lo que permitió hacer algunas inferencias en los datos recolectados que se dejan a criterio del lector del proyecto (106). Estos datos están referidos a enfermeras que laboran en servicios de urgencias en hospital que laboran en dos ciudades urbanas, sin embargo otras personas que trabajan en otros servicios podrán ver reflejadas sus experiencias en este escrito. Ellos serán quienes serán los que contarán sus percepciones se asemejan a los hallazgos presentados en este estudio, ellos juzgarán si se acercan o se alejan a su experiencia y a sus realidades propias.

**5.4.3 Principios éticos.** Este proyecto se basó en los principios éticos de aceptación de la participación, confidencialidad de la información y divulgación de la información obtenida, los cuales son descritos a continuación:

- **Aceptación de la participación:** cada uno de los participantes al comenzar la entrevista, leyó y firmó un Consentimiento Informado en donde se le explicaba el objetivo de la entrevista y la aceptación de la misma. A dicho consentimiento se le sacó una copia que quedó en manos de los participantes, entregándoseles también la codificación de la entrevista y el pseudónimo que fue utilizado por cada profesional de enfermería. El Consentimiento Informado se presenta en el Anexo 2.
- **Confidencialidad de la información:** para garantizar la confidencialidad de las respuestas obtenidas en las entrevistas, se les solicitó a cada uno de los participantes, identificarse con un pseudónimo (alias), que reflejara su identificación durante la investigación en los momentos en que se presenten

los datos, se analicen y se entreguen los resultados. Los datos básicos recolectados se presenta en el Anexo 3. A los entrevistados se les garantizó que sus jefes no se enterarían de lo que ellos contestaran, sin embargo, en algunos casos los jefes querían conocer las entrevistas realizadas con los profesionales en enfermería y algunos estuvieron presentes durante la entrevista escuchando a los participantes para que no respondieran solos, intimidando a los entrevistados. El impacto se pretendió disminuir por el número de entrevistas puesto que, los jefes asistieron a cuatro y el total de entrevistas fue de 20, como ya se mencionó.

- La divulgación de información esta prevista de la siguiente manera: primero, un artículo derivado de los hallazgos de la investigación en una revista con reconocimiento académico. Segundo, puede haber una presentación de resultados en una de las instituciones donde laboran los participantes: es decir, se pretende que los participantes tengan una devolución de resultados y ellos mismos validen si las interpretaciones son significativas y si las conclusiones y recomendaciones pueden ser aplicables en sus unidades asistenciales.

## 6. RESULTADOS

Los resultados se presentarán en dos grandes partes: el mundo material y la interacción; con estas dos grandes partes se pretende dar respuesta a los objetivos propuestos de analizar los significados que las enfermeras atribuyen al uso de la tecnología, en el caso específico de los servicios de urgencias en hospital, por un lado y, por otro, a la interacción enfermera – paciente su relación con el uso de la tecnología. Estas dos grandes partes van unidas por una tercera denominada las mediaciones, estas comprenden las relaciones duales entre la tecnología, la interacción y el cuidado (ver figura 1)

Figura 1. Esquema general de resultados





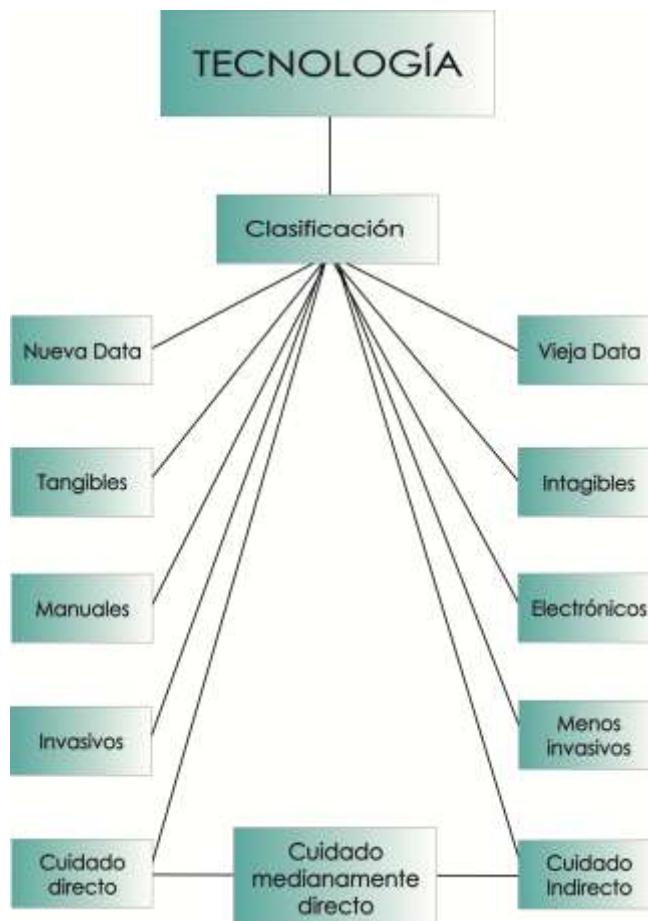
## 6.1 EL MUNDO MATERIAL

El mundo material comprende la tecnología, la cual se analizará en su complejidad: en primer lugar la definición que emergió de los participantes y la clasificación que ellos le atribuyen; en segundo lugar, los beneficios, con énfasis, en su característica de precisión y su atributo de rapidez; se finaliza con las función de la tecnología para beneficio de los pacientes, protección de los profesionales y funcionamiento de las instituciones.

**6.1.1 La tecnología.** Los participantes ven la tecnología como *“el mundo material”*, la describen como instrumentos, herramientas, aparatos, máquinas, dispositivos, materiales, sistemas, equipos, insumos o elementos que poseen diferentes características y condiciones tecnológicas que permiten la atención directa o indirecta de un paciente.

## 6.1.2 Clasificación

Figura 2. El mundo material: clasificación



Según modernidad: equipos de nueva o vieja data: dado que la tecnología cada día sufre transformaciones y modificaciones, “tecnología es algo que todo el tiempo va a estar cambiando...” (Talu: E16P11PAR10). Existe la posibilidad de que lo que conocemos como de nueva data, sea de vieja data para otros (ver figura 2).

**Equipos de nueva data.** Los describen como aquellos avanzados o modernos y los más deseados por los participantes, para dejar de utilizar o reemplazar aquellos de “vieja data”: “...hay equipos que son muy modernos que aquí no los tenemos en este

*servicio” (Laura: E9P2PAR35-37). Son aquellos que permiten la administración de goteos especiales, como lo son las bombas de infusión: “manejamos bombas de infusión continua que también pues igual es para controlar a los medicamentos y goteos específicos o especiales” (La Monita: E14aP1PAR10-16).*

Son muy apreciados aquellos que sirven para controlar las constantes vitales de los pacientes como multiparámetros, saturómetro u oxímetro, dinamap, electrocardiógrafos, monitores de signos vitales, referenciados en estas anotaciones:

*“el monitor de signos vitales cuando lo tenemos es muy importante en pacientes que llegan con presiones altas o maternas...pues uno estarles tomando cada determinado tiempo los signos vitales...” (Laura: E9P4PAR11-15), “tecnología puede ser...sería como los equipos...equipos avanzados que hayan para la atención de los pacientes, en este caso serían monitores, electrocardiógrafos...” (E. Prado: E6P3PAR20-24).*

En un servicio de urgencias es más apremiante la necesidad de conocer en todo momento las constantes vitales, puesto que éstas pueden estar alteradas en forma grave y permiten saber las condiciones del paciente, del servicio, de las situaciones y del actuar; es tal la necesidad que los participantes ven de estos equipos tecnológicos que le atribuyen la potestad de “suplir las necesidades del servicio”:

*“...digamos suplen las necesidades del servicio: un pulsoxímetro pediátrico, uno adulto...un cardiodesfibrilador...un equipo multiparámetros de última tecnología y prácticamente creo que tenemos un buen equipo de tecnología en enfermería” (Caliche: E7P2PAR16-20).*

Otros equipos ayudan en la reanimación, como el cardiodesfibrilador, marcapasos, ventiladores mecánicos, tal como aportan los participantes:

*“tenemos el carro de paro que tiene el desfibrilador que es como lo más sofisticado que hay” (Laura: E9P1PAR20-22). “...los pacientes que están entubados pues están conectados a ventiladores esos son sistemas tecnológicos” (Minerva: E10P2PAR28-30P3PAR1-2).*

Otros, por su parte, permiten agilizar procesos: el computador, bases de datos, impresoras, entre otros: *“...tenemos una base de datos que es donde se lleva el registro de los pacientes que ingresan y egresan de servicio urgencia” (Lola: E11P2PAR6-8,11-13).*

Por otra parte, otro participante menciona que *“...las imágenes diagnósticas las tenemos en el sistema” (El chino: E15P3PAR3-6).* Además, uno de los entrevistados hace énfasis en lo que es fundamentalmente para él, necesario para su trabajo como *“...el computador, la impresora, todo el sistema porque realmente es mucho lo que se maneja en la parte de comunicación de papelería” (Car: E17P10PAR1-5).*

Los instrumentos ayudan en las labores habituales de los profesionales en las unidades de emergencia, tanto en los procesos asistenciales como en los administrativos.

**Equipos de “vieja data”.** Constituyen la contraparte de los de nueva data y reciben identificaciones despectivas como la misma *“vieja data”,* son aquellos tradicionales o básicos que siempre se comparan con *“los más modernos, más novedosos, más rápidos”,* pueden ser incluso los mismos elementos y con la misma función que los equipos de nueva data, como lo expresan Talu y Liliana:

*“...tenemos un desfibrilador, pues es un desfibrilador no tan moderno digámoslo así, pues tiene lo básico, lo elemental” (Talu: E16P3PAR7-*

9). *“...tenemos el electrocardiograma, entiendo que hay otros mucho...muchos más modernos, más novedosos, más rápidos, que dan un trazado mucho más nítido”* (Liliana: E8P2PAR1-8)

Los de vieja data, son los más conocidos, de manejo rutinario y cotidiano en el servicio, lo que permite que su manejo y utilización sea habitual para el personal: *“nosotros directamente usaríamos...sería el glucómetro y el pulsoxímetro en el uso de la tecnología diaria”* (Lola: E11P3PAR12-13,15-16)

Hay algunos que reúnen varias características, su uso es urgente, asequible y de fácil manejo: *“por ejemplo el cardiodesfibrilador que es de vital importancia y de fácil manejo...hay unos muy complejos...”* (E. Prado: E6P8PAR1-3).

**Equipos tangibles e intangibles.** Los atributos de tangible o intangible constituyen diferencias desde el punto de vista físico y aplicaciones no físicas como el software; en tal sentido, los tangibles tienen presencia física, es decir, se pueden palpar, tocar y manipular:

*“...oxígeno también es de pared pero a pesar de eso tenemos dos balas de oxígeno para transporte de pacientes (Gordis: E18P5PAR7-9); “En el servicio de urgencias [hay] computadores, saturómetros o los monitores en emergencia...desfibrilador, monitores...”* (Luna: E13P2PAR13-14,16-17)

Los intangibles, por su parte, no se ven como equipos, sino los programas empleados en los equipos: dan parámetros, resultados, almacenan datos y sistematizan; para los investigados el software es un equipo, al igual que las bases de datos y las imágenes diagnósticas por el sistema. Los ejemplos los socializan El Chino y Lola:

*“El sistema para nosotros pues puede ser el manejo de la historia clínica, el sistema puede ser base de datos de pacientes, de cosas que nosotros podamos retomar para mejorar la calidad de la atención” (El Chino: E15P2PAR31-34); “...enviando la placa entonces sale inmediatamente en el sistema eso me parece muy bien porque igual no es esperar que te imprima una placa” (La Monita: E14aP5PAR1-3).*

Aunque la utilización del software, intangible, se hace tangible, es él, el que permite obtener los datos, es decir, si no existiera una aplicación no se podrían mostrar los datos a través de un equipo tecnológico.

**Equipos manuales y electrónicos.** Pueden ser de nueva o vieja data; la diferencia radica en que los equipos manuales son más usados que los equipos electrónicos. Los casos referidos por los participantes son: si falla la electrónica, se utiliza la historia clínica manual, siendo preferente la electrónica, ya que mejora la caligrafía, ortografía, visualización de órdenes y la confiabilidad en la cantidad de documentos que la conforman; Caliche rescata que existen planes B cuando en cuanto a la historia clínica se refiere: *“en historias clínicas... se cayó el sistema, tenemos el plan B que son las historias manuales”* (Caliche: E7P7PAR33-36); además de las ventajas que tiene el sistema electrónico, se le atribuye un valor agregado al uso del computador, pues soluciona un problema de décadas en el sentido de que permite la verificación de órdenes con claridad en la escritura (visualización clara de las órdenes médicas), lo que hace que enfermería las cumpla sin cometer errores en la interpretación de las mismas:

*“dicen por allí: que peor que letra de médico” y agrega “...de repente una ventaja muy grande es que dependiendo de la letra, la ortografía y la caligrafía de los demás compañeros es imposible descifrar muchas cosas...es una ventaja la historia clínica electrónica porque tú ves letra*

*por letra y sabes que es lo que estas escribiendo” (Caliche: E7P7PAR18-22).*

A Car, por ejemplo, le lleva menos tiempo visualizar órdenes, puesto que existe claridad en las mismas, su argumento se basa en la siguiente afirmación: *“en el manejo del registro, es decir, nosotros teníamos problemas en la interpretación por ejemplo: la caligrafía era bastante difícil” (Car: E17P7PAR18-20).*

La historia clínica electrónica parecería un elemento tecnológico por excelencia, sin embargo, ésta no lo es en sentido estricto; pero sí es un instrumento en el cual se involucran tecnologías que agilizan el trabajo y permiten la interacción de muchos actores en la misma unidad de tiempo.

Por su parte, hay equipos electrónicos que pueden remplazarse por instrumentos manuales, tal es el caso de los equipos multiparámetros: *“para tomar los signos vitales entonces tómelos manuales...pues se demora 5 minutos más pero tómelos manuales...eso no tiene como afectar el servicio eso no tiene como afectar el servicio” (Laura: E9P4PAR34-37).* Los tensiómetros y termómetros también son tecnología; utilizan técnicas y fórmulas de física para la interpretación de parámetros; sin embargo, los participantes no los ven como elementos tecnológicos, además para ellos son invisibles porque los consideran de *“vieja Data”*. La toma de frecuencia cardiaca a través del pulso es el más claro de los procedimientos manuales.

**Equipos invasivos y no invasivos.** También se visualiza a la tecnología, como aquellos insumos que son menos invasivos, causan menos dolor y menor impresión negativa en el paciente, los ideales para ejercer mayor control en el estado de salud del individuo, facilitando el cuidado y prestando atención al resolver las necesidades puntuales del paciente como lo son: el alivio de su dolor, rápido tratamiento y cuidados, con respecto a esto, Liliana enfatiza en la efectividad y rapidez de los resultados:

*“...Obviamente también pienso que le facilita el trabajo porque puede, vuelvo y repito, tener resultados más rápidos, prestar un servicio más efectivo, ser menos invasivo, causar menos dolor o menos...menos...impresión en el usuario, o sea, es una herramienta súper buena para realizar cuidado que es la función de la enfermera” (Liliana: E8P3PAR1-4).*

**Equipos para el cuidado directo, medianamente directo e indirecto.** La importancia de los equipos de vieja o nueva data, tangibles o intangibles, manuales o electrónicos, radica en que pueden ser utilizados como equipos de atención directa, medianamente directa o indirecta con el fin de establecer una ayuda al paciente o a la gestión de procesos de atención que agilizan, facilitan y mejoran su estancia, en este caso, en el servicio de urgencia en hospital.

Algunos de los equipos que más usan los entrevistados son: patos, computadores, impresoras, orinales, macrogoteros y jeringas constituyen tecnología indispensable pero parece invisible, tal como opina la participante: *“Pues realmente...eh...en cuestión de insumos, es lo la misma tecnología que...que se utiliza en todas partes y realmente no tenemos como nada nuevo, como son las jeringas...eh...macrogoteros”* (Liliana: E8P1PAR29-32).

Además, incluyen a la papelería como equipo y material de suministros: *“estamos hablando desde un computador, un sistema de información, estamos hablando de los monitores el glucómetro, estamos hablando de mejores hojas de diligenciamiento, entre otros, pienso que todo eso es tecnología”* (Talu: E16P2PAR4-9).

**6.1.3 Precisión y rapidez en los procesos.** Según los participantes, la tecnología facilita el quehacer de enfermería en cuanto a pasos del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación.



Uno de los participantes manifiesta que la tecnología es un *“factor protector para la atención de la salud...”* (Gerardo Bedoya: E2P3PAR8-9); mejor sería pensar que es más un factor protector de quienes usan los elementos tecnológicos en orden de la precisión que han alcanzado *“...si están diseñados para establecer unos parámetros en los pacientes”* (Gerardo Bedoya: E2P3PAR8-9); además, se sustenta que los elementos electrónicos son un medio para planear los cuidados que deben brindárseles a los pacientes, siendo primordial establecer [parámetros fisiológicos para el cuidado]\*, lo que indica que con los valores obtenidos aumenta la objetividad del profesional en cuanto a manejo de la situación.

Al facilitarse la labor de enfermería y por tanto el cuidado del paciente, el más beneficiado es él paciente, debido a que puede estar más controlado y monitoreado; incluso, una alarma es el indicativo de que algo pasa; es decir, apunta a un control monitoreado de un paciente tal como indica el siguiente testimonio:

*“...hay tecnologías que nos ayudan a que el paciente esté más controlado, pues en la forma en que si yo estoy haciendo otra cosas con otro paciente y el paciente está monitorizado y le pitó el monitor, entonces yo sé que al paciente le pasó algo; mientras que si yo no le tengo el monitor al paciente le puede estar pasando algo y yo no me di cuenta...”* (Laura: E9P9PAR24-30); No sólo la participante ejemplifica el control que ejerce un equipo, al ser interpretado por el personal de enfermería y utilizado en los procesos diarios de la atención, otro participante también informa lo siguiente: *“...siroen muchísimo todos los equipos, como el ejemplo...nada más con lo que me manifestó el familiar que [su paciente] tenía un dolor en el pecho...tomé el electrocardiograma, se lo mostré al médico e inmediatamente el médico me dijo, pongamos pilas que este paciente tiene un infarto”* (Caliche: E7P8PAR30-33P9PAR1).

---

\* Nota: los corchetes significan anotaciones del investigador

Una participante enfatiza en la seguridad con uno de sus testimonios, en el cual se refiere a los avances tecnológicos *“permiten mayor seguridad en los procesos...permiten que sean más eficientes y efectivos...disminuyen el tiempo de ejecución”*; *“...organiza sistemáticamente para que el trabajo sea con más exactitud, precisión y, el personal de enfermería esté con una información más precisa del paciente”* (Adri: E5P2PAR23-29); otro entrevistado también agrega que, *“...la tecnología es muy útil...no es tanto con el contacto del paciente, sino porque facilitaría un diagnóstico y un tratamiento...le puede dar unos signos vitales más confiables y puede tener una visión más general de estado del paciente...sabría uno como más interactuar con el paciente”* (E. prado: E6P3PAR27-31).

A su vez, la tecnología le permite a la enfermera la toma de decisiones, lo cual indica que ella está en la potestad de realizar intervenciones pertinentes, rápidas y exactas para el beneficio del paciente teniendo en cuenta las necesidades reales del paciente, que pueden no ser las mismas imaginadas por las enfermeras. Una enfermera establece que, *“ya sea manual o por monitoreo como tal, no deja de ser un aparato que sirve de apoyo para una ayuda diagnóstica, nos da como el apoyo para nosotras saber cómo actuamos, después de que lo vamos a atender y cómo vamos actuar con el paciente desde el punto de vista diagnóstico, desde el punto de vista del cuidado”* (Lis: E3P1PAR6-11).

Algunos insumos tecnológicos permiten vigilar cambios repentinos en el estado del paciente, examinan las constantes vitales y permiten comprobar de una manera efectiva y oportuna las complicaciones que se presentan en el paciente, E. Prado enfatiza en este aspecto: *“de qué manera ayuda, por ejemplo, cuando uno está atendiendo al paciente uno puede fijarse si el monitor presenta algún cambio repentino o en tiempo corto”* (E. prado: E6P6PAR4-6); es por ello, que al ver las constantes vitales rápidamente en los elementos tecnológicos utilizados por el personal de enfermería, los profesionales establecen y definen conductas, es decir, planean los cuidados a seguir con los pacientes, es así como se evalúan unos parámetros físicos y su condición única como individuo, sus necesidades y características. La Monita lo

simplifica: *“éste es el paciente, teniendo el diagnóstico establezco los cuidados...”* (La monita: E14aP4PAR4).

**6.1.4 La tecnología como facilitadora.** Este mundo material se convierte en un asunto facilitador de la labor de la enfermera, del quehacer diario de la enfermera. Una enfermera concibe la tecnología como:

*“...todos esos recursos...de pronto innovaciones o avances que permiten o que facilitan la atención de los usuarios y le imprimen de pronto un poquito más de exactitud, facilitan los diagnósticos y tratamientos, facilitan los procesos que día a día uno realiza con el paciente”* (Adri: E5P1PAR32-33P2PAR1-2).

Para su mayor comprensión los participantes identificaron qué facilita la tecnología al ser usada en las unidades de emergencia por los profesionales de enfermería, encontrando que se ayuda en el quehacer de enfermería: en el manejo de la información y acceso de los registros (legalidad) y da más tiempo para el paciente:

**Facilita el quehacer de enfermería.** La enfermera realiza múltiples actividades relacionadas con el cuidado, actividades que implican dedicarse, conocer las necesidades y gestionar con calidad los procesos que se requieran en la atención; una de las participantes en el estudio se refiere a la tecnología como una herramienta de apoyo en el quehacer diario de la profesión:

*“...qué es la tecnología en enfermería...pues es como una base, un herramienta para el desarrollo, el desarrollo profesional....son medios de apoyo para la realización de la diferentes actividades según nuestra especialidad”* (Lola: E11P3PAR3-4,6-7).

Tal como se refirió la tecnología facilita los siguientes procesos:

**El manejo de la información y el acceso a los registros.** Para los entrevistados la tecnología facilita el manejo de la información acerca de los pacientes, actualizaciones de datos y acceso a los registros clínicos; exponen al sistema de información y a la base de datos (software empleado para el almacenamiento de datos), como medios para realizar consultas. Los participantes ejemplifican el computador y el uso de la internet como los elementos indicados para obtener información del paciente y protocolos de la institución, facilitándose el apoyo científico que aportan las bases de datos y la ayuda en el manejo de la información propia de los pacientes, por permitir la recolección de ésta en un sistema de información; ellos expresan claramente que el uso del computador ha facilitado su labor, puesto que se accede a la historia clínica electrónica y consultas electrónicas en bases de datos, permitiendo estar a tono con la tecnología o actualizado, igualmente se piensa que significa estar a la vanguardia de los aspectos relacionados con el paciente (evolución, cuidados, entre otros) e igualmente a la vanguardia en su profesión; uno de los entrevistados en su intervención, manifiesta que uno de los elementos tecnológicos más importante es el sistema referente a la información manejada por los computadores:

*“Uno muy importante es la parte de sistema que ha facilitado muchísimo como todo el quehacer de enfermería a través de lo que son las historias clínicas, posibilitan el uso de internet... permitiendo estar a la vanguardia de muchas cositas que no se tienen aquí” (Adri: E5P2PAR6-10).*

Otro participante, explica cómo de una manera asertiva se favorecen los registros y se agilizan las consultas, e incluye la parte legal que permite el manejo privado de la información de los pacientes:

*“...en mi parte, la historia clínica electrónica...favorece demasiado respecto a los registros clínicos y el sustento, pues como base, como documento legal, y es mucho más ágil uno poder consultar cualquier cosa*

*y registrarlo rápidamente en la digitación, en comparación con la historia clínica manual” (Gerardo Bedoya: E2P5PAR5-9).*

Por otra parte, también se menciona que la tecnología en enfermería es la *“base de datos e información de un sistema”*: *“la tecnología en enfermería me imagino que la base de datos, información de un sistema, esa parte que será como un apoyo para nosotros en la parte científica”* (Ángel: E12P2PAR14-16).

Ellos argumentan además, que fortalece las bases científicas de la enfermera, con el uso del computador: al visualizar las guías y protocolos institucionales, que permiten a su vez dar soporte a su quehacer diario en el servicio de urgencia (mejora calidad en la atención porque fueron aprobadas para el ejercicio de su profesión); Lis es la encargada de liderar estos argumentos:

*“Lo poco que nosotras podemos ver acá en...por la parte la intranet me parece muy importante: protocolos de la institución, los cuales ya fueron aprobados; nos dan una guía de cómo debemos de seguir el tratamiento del paciente...también desde las guías de enfermería que nos dan un soporte o más bien, de las directrices de cómo se hace el procedimiento en la institución” (Lis: E3P3PAR21-27).*

Con respecto al computador, el acceso a internet, intranet (sistema electrónico de información propio de una empresa donde se da información acerca de la misma) y el permitir las consultas electrónicas, las tecnologías permiten estar enterado, por medio de las bases de datos, de todo lo concerniente con el paciente; además con acceso a registros institucionales y el uso del internet para la consulta, también estar a la vanguardia de procesos disponibles para la resolución de problemas. Lis agrega:

*“muy importante porque no tenemos que estar siempre remitiéndonos a los libros, o que el personal sepa si tiene alguna duda y en ese momento no está la enfermera, que sepa que procedimientos se tienen que seguir; y a uno también como enfermera se le pueden olvidar o puede tener alguna duda”, “ahí de una vez está el medio de consulta... de todas las guías y para poder consultarlas no están en físico....están en intranet” (Lis: E3P3PAR28-31), (Lis: E3P3PAR31-32).*

**Da más tiempo para el paciente.** También los participantes establecen que con el uso de la tecnología se agilizan procesos y procedimientos, lo que pareciera permitir dedicar parte del tiempo al cuidado directo del paciente, lo que favorece el contacto; Adri, desde su perspectiva considera lo siguiente:

*“Yo creo que eso le facilita a uno mucho en el sentido que ese tiempo puede invertirse en otras necesidades de las personas, o sea, facilita en muchos sentidos ese tiempo libre y eso permite que usted esté más en contacto con el ser humano que tiene al frente, en ese sentido facilita mucho el trabajo” (Adri: E5P3PAR7-10).*

En otro apunte, agrega al opinar de un elemento tecnológico como la historia clínica electrónica:

*“Esa historia clínica a través del sistema es más rápida, es más cómoda, es más ágil, más exacta, permite tener la información a la mano y es distinto cuando tiene que ir a buscar las hojitas en físico y eso facilita que haya más tiempo disponible para dedicarse a resolver las necesidades puntuales del usuario como ser humano” (Adri: E5P3PAR3-7).*

Si se pudiera optimizar tiempo, disposición y recursos, sería posible realizar otras actividades, cubrir otros cuidados y actividades que el aparato no hace por la

enfermera, dedicar más tiempo a la asistencia, mejorar el tiempo de respuesta en la prestación del servicio. Lola y Laura comentan que la tecnología facilita tiempo para cubrir otras necesidades de cuidado directo del paciente:

*“...por disponibilidad del tiempo es súper útil, porque usted, no es lo mismo colocar otra vez el pulsoxímetro que te está diciendo la frecuencia cardíaca, al llegar manual e ir contando por el tiempo... entonces, la tecnología te ayuda a eso a minimizar los tiempos para poder cubrir otros cuidados” (Lola: E11P5PAR20-24).*

Por su parte, Talu habla de la agilidad en los procesos admitidos por la tecnología, es decir, la rapidez con la que se realiza la labor de enfermería, lo que justifica el disponer de más tiempo para realizar otras actividades; esto fue formulado enfatizando en que los equipos de goteo continuo, como las bombas de infusión, consienten una forma más rápida de administrar los medicamentos a las personas y eso le permite ahorrar tiempo:

*“...por otro lado...por ejemplo en cuanto a las bombas de infusión...las bombas de infusión...imagínense si nosotros pasáramos todo con equipos de venoclisis en un paciente...no pues imagínese... con la bomba uno sabe que poner, su bolo, lo que tenga que poner y listo, mientras tanto va haciendo otra cosa; es algo que le quita y le ahorra tiempo” (Talu: E16P8PAR11-16).*

## 6.2 INTERACCIÓN

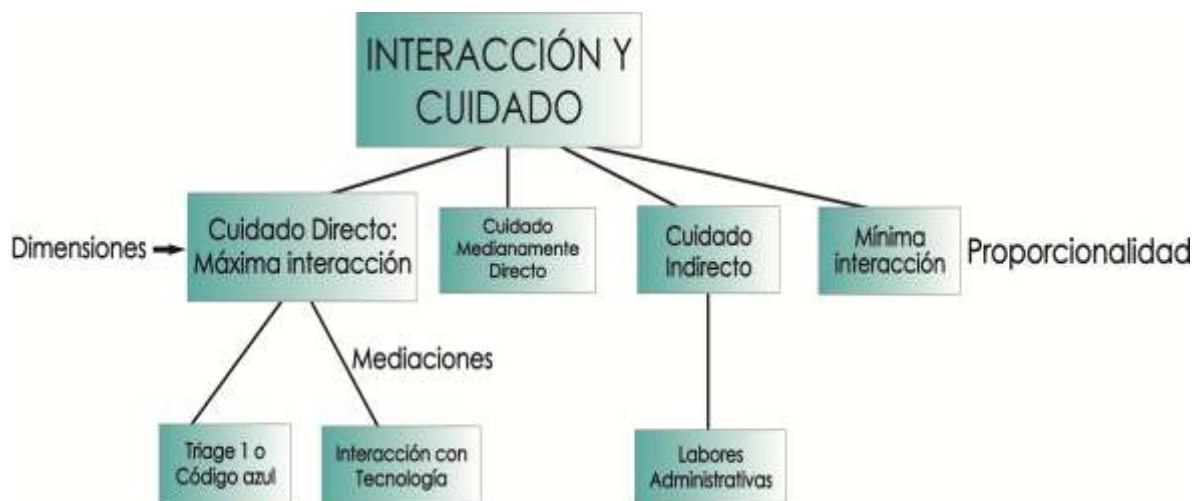
**6.2.1 Estar al “frente del paciente”:** la máxima interacción. Las siguientes expresiones de los participantes: *“...la atención del ser humano como tal que se tiene en frente”* (Adri: E5P2PAR33-36) y tener el *“paciente al frente”* (E.prado: E6P1PAR14-19), denotan la máxima interacción y significan que el profesional de enfermería *“está ahí”* (E.prado:E6P1PAR14-19); estar al frente es una acción recíproca que involucra la responsabilidad de la enfermera y la confianza del paciente en el cuidado profesional. El estar al frente no sólo incluye la presencia física, sino también que el paciente se sienta acompañado por el profesional en su proceso de salud/enfermedad y seguro del curso de la enfermedad/recuperación.

Por otra parte, podríamos decir que el cuidado –función específica del profesional de enfermería– tiene implícita la interacción; este cuidado puede darse de manera directa como en el cuidado asistencial [implica interactuar] o indirecta (cuidado administrativo [implica gestionar]), siempre en beneficio directo para el paciente o, indirecto para la solución de un problema.

A continuación se analizará la relación entre interacción y cuidado mediado por la tecnología. Para esto se encontraron tres dimensiones de la interacción representadas en el cuidado directo, mediamente directo e indirecto (ver figura 3)



Figura 3. Interacción y Cuidado



**6.2.1.1 El cuidado directo, su proporcionalidad.** El cuidado que proporciona la enfermera en el momento de una urgencia, para los participantes es un “...cuidado directo, la parte asistencial...” (El chino: E15P2PAR15) o “un cuidado más técnico, es un cuidado más especializado...igual nosotros estamos preparados para eso que no lo pueden hacer otras personas” (El chino: E15P1PAR31P2PAR1-2).

Para los entrevistados, el cuidado directo es, valga la redundancia, directamente proporcional a la criticidad del paciente, a mayor criticidad, mayor presencia; el siguiente ejemplo ilustra la máxima interacción: un paciente atendido en urgencias que se encuentre en un triage denominado como uno [debatándose entre la vida y la muerte, urgencia vital], será atendido directamente y con mayor rapidez por la enfermera profesional del servicio de urgencias en hospital: “...en las emergencias o en los casos críticos tenemos que dar cuidado directo” (El chino: E15P1PAR7-8). Con los pacientes que se interactúa más es con aquellos que “llegan al servicio en estado de gravedad” (E.prado: E6P1PAR14-19); aquel “paciente especial que tiene muchos cuidados...paciente en estado crítico” (Laura: E9P2PAR27-32), “un paciente en

*estado...delicado*" (Laura: E9P5PAR32-33), es decir, *"un paciente complicado"* (E.prado: E6P2PAR21-23). Si el paciente esta delicado la enfermera *"empieza como a dedicarle más tiempo"* (Liliana: E8P5PAR5-7) y *"...a este tipo de pacientes es que uno le brinda atención directa"* (Gordis: E18P4PAR8-14). La interacción en estos casos, puede ir acompañada de uso de la tecnología, por lo tanto, en los pacientes graves, la tecnología ayuda en el cuidado, al mismo tiempo que no aleja la interacción *"paciente al frente"*.

Las enfermeras hablan de la iniciativa de estar al frente del paciente a su llegada para caracterizar y categorizar la atención en cuanto al nivel de urgencia, pues es competencia de la enfermera profesional *"tratar de acomodarlo"*, *"monitorizar e iniciar la atención urgente"* (E.Prado: E6P1PAR14-19). En este empalme que realiza la enfermera en la situación de emergencia, se realizan actividades que sólo le corresponden a los profesionales de enfermería, por la capacitación recibida y la responsabilidad que se debe asumir para con el paciente frente procedimientos específicos que les permiten interactuar con él, un cuidado más de tipo asistencial y de acercamiento al paciente: los siguientes procedimientos se consideran indelegables en las instituciones : gases arteriales, goteos de medicamentos especiales, toma de hemocultivos, paso de sondas vesicales y nasogástricas, electrocardiogramas, administración de nutrición parenteral, curaciones complejas, manejo de equipos como laringoscopio y cardiodesfibrilador; además, la actuación en los *"códigos azules"* \*.

Los siguientes testimonios hablan de la indelegabilidad de los procedimientos y de la legitimidad para estar al frente del paciente:

*"...el hospital tiene determinados unos procedimientos que son exclusivos de la jefe: la toma de hemocultivos, toma de gases arteriales,*

---

\* Son maniobras salvadoras, empleadas durante un paro respiratorio y/o cardiaco para con ello evitar la muerte del paciente. Son maniobras de resucitación.

*paso de sondas vesicales...básicamente esos son los procedimientos que nosotros tenemos que realizar” (Minerva: E10P1PAR27-30).*

*“...nosotros tenemos procedimientos, por ejemplo: la toma de gases arteriales, la toma de los hemocultivos, curaciones complejas...según el estado del paciente paso de sondas nasogástricas, paso de sondas vesicales, pedir la nutrición y tener la disponibilidad en el servicio de las bombas, están también los cuidados especiales...” (Lola: E11P4PAR5-10,12).*

*“...asistencial: cambios de posición, aplicación de medicamentos especiales...goteo, atención de pacientes que ingresan como triage uno y a quien se le debe realizar todo tipo de procedimientos (canalizar vena, monitorear, paso de líquidos, toma de exámenes como electrocardiograma, glucometría, entre otros)” (Ahenao: E4P1PAR11-15).*

El cuidado dado por el profesional de enfermería, como se menciona anteriormente, es especializado y específico que se da por la atención directa en procedimientos especiales. Al realizar este tipo de procedimientos es el profesional, quien está comprometido con la atención, el que debe generar el contacto que permita una adecuada interacción con el paciente.

Se hace importante resaltar que es la enfermera, según los participantes, quien puede adelantar el proceso de atención y cuidado al paciente mientras el médico lo evalúa, asistiendo con maniobras, posiciones de acuerdo con los signos vitales y aplicando medios físicos, tal como lo indican los siguientes testimonios:

*“...si está hipotenso pues hágale maniobras... mientras tanto súbale los pies o levántele los pies; mientras el médico llega canalice una vena y espere mientras el médico ordena los líquidos” (Laura: E9P5PAR18-*

21); *“Nosotros podemos decidir en ciertas cosas...por ejemplo poner oxígeno o canalizar una vena”* (E. Prado: E6P7PAR21-22).

Igualmente, según los participantes muchos de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias se encuentran ansiosos y afectados por su proceso de enfermedad, que para ellos es desconocida, pero a su vez buscan en el servicio de urgencias, al ser atendidos, el conocimiento que les permita saber lo que les sucede, por lo tanto el profesional de enfermería debe *“explicarle minuciosamente al paciente que es lo que le va a hacer, porque muchos pacientes no saben que es ese equipo, los ruidos (los pitos), las alarmas que suenan...a veces están tan nerviosos que la ansiedad influyen en la parte psicológica del paciente”* (Caliche: E7P3PAR19-21).

Es importante mencionar que la actitud del profesional interviene en la actitud del paciente durante su estancia en el servicio de urgencias y viceversa. Para los participantes, si se maneja una adecuada retroalimentación entre el profesional de enfermería y el paciente, con respecto al uso de las máquinas, existirá una adecuada interacción: *“entonces la gente ya entiende y colabora...pero si a una persona le van hacer algo que no sabe, no le explicaron...es lógico que se asusten”* (Gordis: E18P9PAR2-5).

### **Dispositivos tecnológicos (equipos) como mediadores en la atención directa.**

Algunos equipos le permiten al personal de enfermería tener contacto o interacción con los pacientes; por lo tanto, los profesionales, durante su aplicación tienen oportunidad de utilizar los llamados *“formalismos”* como: el saludo, la presentación, la explicación del procedimiento de aplicación al paciente y su familia, la sonrisa, entre otros. Es allí donde se establece un buen momento para la interacción; a propósito, Minerva, muestra con su testimonio cómo los dispositivos tecnológicos *“se comportan”* como mediadores:

*“...la tecnología está considerada [como] todos los dispositivos que utilizamos para ayudar al paciente y que involucran a algún tipo de*

*manejo... especial que no simplemente es el cuidado que tú le das como el saludo al paciente, como ayudarlo con su alimentación, como ayudarlo con su eliminación con el baño... dispositivos que se utilizan para ser monitorización del paciente por ejemplo” (Minerva: E10P2PAR23-28).*

La idea de mediación se refuerza con la información proporcionada por Lis, para quien la tecnología permite acercarse al paciente y dar explicación de los procedimientos que se le realizarán mientras se emplea un elemento tecnológico:

*“...aunque sea un monitor con eso se le está haciendo contacto al paciente; mientras que le está colocando el oxímetro, el tensiómetro, uno puede ir hablando con él, le puede ir explicando el procedimiento y le puede ir dando instrucciones acerca de su patología; si es un paciente hipertenso ya voz hablas con él, o sí se toma los medicamentos o sí nunca ha sido hipertenso, bueno, ya empieza uno como a interactuar con él...” (Lis: E3P2PAR12-17).*

Uno de los participantes ilustra la lucha profesional para acercarse al paciente y cómo los procedimientos indelegables y el uso de equipos lo hace posible. No se descarta la necesidad urgente que tiene el profesional para hacer este acercamiento, el testimonio lo amplía:

*“en el servicio de urgencias, [el hecho de] que hayan equipos y dispositivos electrónicos a mi me favorece, porque al menos, así tenga usted mucha congestión, se tiene que acercarse a tomarle la presión, cierto, o a mirar, si una sonda tórax, está drenando bien por un sistema de infusión, cierto, y en ese momento, usted no se va a acercarse ahí, solamente a mirar los signos vitales, mínimamente va a hablar con el paciente, y lo va a saludar, al menos establece un contacto” (Gerardo Bedoya: E2P4PAR14-19).*

El siguiente testimonio constituye un ejemplo de interacción profesional y se observa cómo por medio de la indagación y un elemento tecnológico, la toma de un control de laboratorio, se permite la cercanía con el paciente y diagnosticar un estado de la enfermedad al borde de una complicación:

*“vi que un paciente en su historia que era diabético, me puse a revisar y nunca se le había ordenado una glucometría, ni se le había ordenado un esquema de insulina, y me dio por preguntarle: ¿usted es diabético? Y me dijo sí, y ¿usted qué toma o qué se aplica? Él respondió: yo me aplico insulina; ¿cuándo fue que se la aplicó por última vez?, ¿si ha comido y tal cosas?...no que me la aplique hace ocho horas en la casa, pero tampoco he comido; por curiosidad le tomé la glucometría y estaba en “hi”, o sea hasta ese momento el paciente no nos había mostrado ningún síntoma todavía de hiperglucemia, sin embargo, nadie en el servicio se había percatado que estaba haciendo una hiperglucemia...si no hubiéramos tenido a la mano la tecnología de un glucómetro, tal vez hubiéramos tenido que esperar que el paciente...se...complicara” (Liliana: E8P4PAR23-31).*

Por lo tanto, los pacientes necesitan intervenciones profesionales regulares. A la anterior intervención, se suman dos testimonios: *“Si [,] los goteos especiales generalmente [están] encargados de montarlos los enfermeros jefes...también el paso de pues [,] de medicamentos especiales...” (La Monita: E14aP1PAR20-24,26-27) “...la enfermera le toca monitorizar al paciente, colocar los medicamentos que se ordenan de momento, preparar goteos especiales, tomar los electrocardiogramas” (Gordis: E18P4PAR5-8).*

En conclusión, en los servicios de urgencia la tecnología puede estar unida con el cuidado directo, lo cual permite la máxima interacción profesional con el paciente.

**6.2.1.2 Cuidado medianamente directo.** Es aquel que se realiza con el paciente y con el personal auxiliar: recibo y entrega de turno con cuidados y órdenes medico-delegadas pendientes, clasificación de pacientes que deben ser atendidos con prioridad, verificación de medicamentos administrados a los pacientes, cambio de venoclisis (tres días), verificación de cambios de equipos biomédicos de acuerdo con el protocolo de la institución, dirección de personal y formación en el servicio. Este tipo de cuidado es otra oportunidad de interacción directa o medianamente directa y también incluye elementos del mundo material en general y de la tecnología en particular, al mismo tiempo que sirve para el funcionamiento “eficiente” del servicio o sala, de la institución y para el paciente. La subcategoría propuesta de cuidado medianamente directo, corresponde al cuidado directo que se realiza a través de otros: no es un cuidado indirecto típico de la gestión, ni estar al frente del paciente, pero sí involucra la preparación, capacitación, evaluación y acompañamiento de los procesos que realizan otros. Es así como se hace visible una labor fundamental de enfermería y que esta introyectada como una obligación. Los siguientes testimonios lo ilustran:

Referente a la organización del servicio de acuerdo con las cualidades de las personas bajo la responsabilidad de enfermería: “... que los cambios de turno, las incapacidades, cuadrar turnos a las muchachas, que no se quede descubierto el servicio, al menos con el personal adecuado...confirmar y buscar una auxiliar para que cubra los turnos de una incapacidad o una calamidad” (Caliche: E7P4PAR24-29).

En cuanto a las labores de supervisión y auditoría: “Mis funciones pues recibir turno, verificar los estados del paciente como la piel, barandas arriba...” (Luna: E13P1PAR3-6). “Va reconociendo el paciente, identificando de una vez lo que tiene...mirando cuál es el plan de o de turno con cada paciente” (Lola: E11P1PAR8-10).

A través de los sistemas para cumplimiento de órdenes médico-delegadas y de

funcionamiento de los planes de tratamiento y de cuidado consignados en el kárdex se realiza una labor muy importante de cuidado, a través de los sistemas referidos “...como el chequeo de la historia clínica, el trámite de ordenes de apoyo de para exámenes especiales...se chequean todas la historias clínicas, se realizan las asignaciones de turno y se resuelven los problemas que se presenten en el momento...” (Talu: E16P1PAR9-17).

Acerca del procedimiento de entrega y recibo de turno: “...primero es recibir turno, entonces durante el comienzo del turno se revisa pues como toda la parte de los pacientes que se reciben, se ubica cuales son los más urgentes, cuales tienen procedimientos pendientes para hacer una clasificación...se va priorizando lo que he de ver primero...” (Minerva: E10P1PAR3-9). “...recibir turno consiste pues...con los carnets ir identificando los pacientes las enfermedades como te están entregando el turno...y las novedades” (Lola: E11P1PAR5-7). “... asignación de turnos diarios, cuadros de turno de auxiliares de enfermería” (Ahenao: E4P1PAR8-11).

El cuidado mediamente directo beneficia el funcionamiento del servicio y organización del personal, al distribuir según las habilidades de cada persona las funciones a realizar en pro del beneficio del paciente, y así garantizar atención con calidad, puesto que se vinculan las necesidades puntuales del paciente al rol profesional para mejorar el servicio brindado.

**6.2.1.3 El cuidado indirecto: gestión institucional para la atención del paciente.** Aparte de las definiciones de las teorías de la administración y la gerencia, los entrevistados clasifican dentro de la categoría de “*cuidado indirecto*” todo aquello referente a sus labores administrativas, las cuales consideran que realizan en favor del paciente y que de una u otra forma, permiten brindar al profesional una atención indirecta, aquella que admite realizar gestiones en la atención al paciente, con ello no necesariamente hay contacto directo, pero ayudan en la gestión de procesos que beneficiaran al paciente, como son: agilizar



exámenes, ayudas diagnósticas y remisiones, reportes de eventos adversos que le sucedieron a los pacientes, trámites de oxígeno portátil, equipos para desplazamiento de los pacientes, gestión de citas prioritarias, verificación de derechos para la atención oportuna, eficaz y rápida; verificación y vigilancia de cumplimiento de órdenes médicas, llamadas a los especialistas, inventarios, pedidos de materiales:

*“...uno tiene que estar...para agilizar exámenes, ayudas diagnósticas y remisiones, organizar remisiones y contra remisiones” (E. Prado: E6P13PAR29-31).*

*“...reportar los eventos adversos, estar pendiente de cualquier novedad en el servicio: que si de repente se gasto o se acabó el oxígeno [,] solicitarlo inmediatamente, gestionar los exámenes de laboratorio y los estudios de los pacientes, ejemplo [:] ecografía, tomografía, estar pendiente...de una infinidad de actividades” (Caliche: E7P3PAR24-29).*

*“...estar pendiente de la parte como administrativa, de todo lo administrativo con los pacientes que van llegando: si tienen derechos y si no tienen derecho que hacemos con éste paciente...” (Laura: E9P1PAR10-13).*

*“...verificación de derechos, pedir turnos para la realización de ayudas diagnósticas, situaciones de quejas, reclamos de pacientes” (Ahenao: E4P1PAR8-11).*

*“...se diligencia el formato del pedido en papelería, el pedido mensual...esas son las funciones administrativas” (Talu: E16P1PAR9-17).*

**Equipos para la gestión.** Los participantes identificaron al sistema, el fax, el teléfono, la historia clínica electrónica, el computador como equipos tecnológicos

que se utilizan para la solución de problemas, gestión de procesos que permiten el apoyo a la atención del paciente como lo expresa Liliana:

*“...con el sistema sí, en muchas ocasiones, en esta semana por ejemplo nos ocurrió una tragedia total: no teníamos sistema, del laboratorio no nos podían poner los resultados, pues porque allá también se les cayó el sistema, entonces no nos podían poner los resultados por pantalla y nos los estaban pasando por fax” (Liliana: E8P3PAR10-14).*

Para Lis, las telecomunicaciones son de gran ayuda:

*“...mediante el celular que también es un ayuda también de una...muy importante, también es una ayuda, pues para las telecomunicaciones, entonces que hacemos con él, ya uno llama al especialista” (Lis: E3P3PAR24-25P3PAR1).*

La historia clínica, electrónica o manual, los computadores (hardware y software), las cámaras y las camillas:

*“por eso la camilla, las camillas se podrían modernizar muchísimo: que se acueste, que tenga detector, que uno pueda bañar, después cuando se baja la baranda con una sensor en la camilla, se puede hacer un [sin] fin de cosas” (Luna: E13P6PAR13-18).*

La historia clínica y la calidad de atención:

*“el sistema para nosotros pues puede ser el manejo de la historia clínica, el sistema puede ser base de datos de pacientes, de cosas que nosotros podamos retomar para mejorar la calidad de la atención” (El chino: E15P2PAR31-34).*

Una visión extrema consiste en considerar que se puede realizar atención indirecta mediante cámaras de vigilancia que ayudan a ejercer un control de las situaciones del paciente y la familia, con lo cual se realiza una observación de tipo directa:

*“De pronto, digamos que una cámara individualizada para cada paciente, en cada cubículo para que uno al menos al estar en el puesto de enfermería, estar observando que está haciendo el paciente, como está el paciente; porque hay veces que tú puedes estar ocupado en el puesto de enfermería, ya sea escribiendo la nota de enfermería, preparando un medicamento o puedes estar observando que está haciendo ese paciente en ese momento, que si de repente se le acabaron los líquidos, que se puso un poquito grave, que tiene dificultad respiratoria, que el monitor de repente me estaba brindando una información que debo ser ágil; puede ser una ayuda, pero esto no quiere decir que tenemos que alejarnos del paciente: ¡ ah, tenemos la cámara y la cámara lo puede ver todo!, entonces, viéndolo de otro punto de vista, no podemos tener el contacto físico con el paciente sino a distancia” (Caliche: E7P11PAR3-14).*

Dicho participante parece pensar interactúa con los pacientes y familiares al mismo tiempo que utiliza equipos tecnológicos. Se convierte en “un medio para un fin” en este caso el acercarse al paciente y generar interacción.

**6.2.1.4 El proceso de los equipos.** Se identificó un proceso de *“cuidado del mundo material”*, este proceso incluye manejar stock, surtir, revisar, hacer pruebas, contar, recontar, verificar su funcionamiento, supervisar y vigilar en forma constante [mínimo diario y después de cada procedimiento]. El manejo de inventarios es tan importante que en la ingeniería se trabaja en profundidad, el conocimiento de su manejo es útil en toda la rama de la producción [del manejo de inventarios

depende el éxito del sistema comercial]; en este caso, la enfermera tiene el imperativo de cuidarlo, por un lado sin las herramientas de la ingeniería para hacer el proceso más técnico, y por otro constituye una verdadera trampa que la aleja de la interacción y del cuidado directo (ver figura 4).

Figura 4. Proceso de los cuidados de los equipos



Las enfermeras profesionales son las encargadas de realizar inventarios de materiales o insumos en los servicios; el objetivo de estos inventarios es contabilizar los elementos tecnológicos que se tienen, para evitar con ello las pérdidas y solicitar el número de elementos que se requieren en el servicio para brindar la atención. Se menciona que tienen “...que cuidar como tal al paciente y al equipo tecnológico” (Caliche: E7P3PAR7-8) e incluso contarlos, porque “se pierden... y tenemos unos inventarios que cuidar y lo que son los patos, las riñoneras y los orinales se pierden” (Car: E17P8PAR17-20).

La enfermera profesional es la encargada, desde la parte administrativa de los inventarios y “tiene que estar pendiente de los equipos, revisar equipos, papeles, material que este surtido, estar pendiente de los inventarios y el conteo de equipos” (E. Prado: E6P2PAR25-27).

Para evitar pérdidas se tienen las estrategias de los conteos y recuentos que se realizan día a día con los equipos y materiales, sobre todo, aquellos que se pierden con mayor frecuencia, esto permite la supervisión correspondiente; se está pendiente del inventario para que sea, quien lo realizó, quien asuma la responsabilidad. Se establecen registros de control con revisión diaria. Una vez se verifican los registros, se define la persona que realizó el inventario y a ella se le hace responsable por la vigilancia de los equipos. La revisión para los participantes incluye: equipos de trabajo, material surtido, inventario de materiales y equipos (conservación) y la dotación completa.

**Cuidar los equipos** *“como si fueran míos”*. *“...nosotros manejamos un inventario y el personal tiene que estar vigilando de que no se le pierdan los instrumentos, que no se le pierdan los equipos de trabajo”* (Car: E17P8PAR22-24); Caliche complementa hablando acerca del sentido de pertenencia:

*“...uno tiene que tener sentido de pertenencia con todos los equipos...como si fueran míos porque...si no fueran míos...son de los pacientes y cada vez uno sufre cuando un equipo está dañado o no existe...”* (Caliche: E7P6PAR23-33).

Es tanta la apropiación de los insumos institucionales que se es consciente que es el profesional, que lo pierde, quien debe reponerlo con sus propios recursos. Por su parte, otra de las actividades realizadas por los profesionales de enfermería es verificar el funcionamiento de todos los equipos. Esta función se realiza rutinariamente lo cual exige tiempo, limitando así, el contacto con los pacientes, lo que constituye una parte del cuidado indirecto que se menciona en apartes anteriores en donde la verificación hace parte del beneficio en la prestación del servicio. Dentro de la verificación se incluyen: pruebas a los cardiodesfibrilador, aspiradores, laringoscopios, carro de paros, entre otros, y si se encuentra algún

problema, debe ser verificado inmediatamente hasta que los aditamentos estén completos y funcionando correctamente:

*“...uno siempre llega normalmente como de rutina y lo prueba (el laringoscopio) apenas llega el servicio: prueba a ver si tiene pilas, si esta bueno” (Gordis: E18P6PAR12-15); “...el cardiodesfibrilador...en cada turno hacemos la prueba a ver si ésta funcionando, cada enfermero jefe cuando viene de turno hace la prueba de los laringoscopios, del aspirador y el cardiodesfibrilador; si hay un problemita se informe inmediatamente para su arreglo lo más rápido posible” (Caliche: E7P8PAR9-14).*

Los participantes hacen énfasis en que se deben cuidar tanto los equipos como a los pacientes, expresando en algunas ocasiones la mayor prioridad al cuidado de los equipos; Laura por ejemplo, expresa que se *“está pendiente del monitor”, pero si el paciente “está presentando algún problema inmediatamente lo ve uno más fácil en el monitor que mientras uno va y checa al paciente” (Laura: E9P4PAR17-21).*

**6.2.2 Mínima interacción: condiciones del paciente y de la enfermera.** Las condiciones del paciente, actitudes propias de éste o dadas por la situación de urgencia, hacen que el personal de enfermería se enfrente entre la interacción y la atención, esta última dada como una relación que no siempre trae retroalimentación, sino solución de un problema puntal, sin necesidad de afectarse las partes mutuamente, como sí se da en una interacción. Algunas condiciones del paciente, de la enfermera y de la unidad de emergencias se convierten en obstáculos para la interacción, o hacen que ésta se dé en condiciones difíciles.

La cuestión disyuntiva entre la pericia profesional y la interacción, se ilustra a continuación: *“Un 50 % radica en la calidad y pericia y en el talento humano...o sea, como la disponibilidad que uno tenga y e la actitud...Porque vos poder tener una muy buena tecnología. Pero si no quieres hacer las cosas, sino se te ocurre hacer las cosas, sino estas como pendiente de las*

*necesidades del paciente, la tecnología...podes tener lo mejor y no te sirve de nada” (Liliana: E8P7PAR20-25). “Pero si tienes ese 50% de ese interés por ese paciente, por sus necesidades y aparte de eso tienes el otro 50% de tecnología que te va a facilitar el trabajo, muchísimo mas fácil se va allegar a un diagnóstico o se la va a proveer mayor cuidado a la persona” (Liliana: E8P7PAR 25-28)*

Los participantes enunciaron especificidades de los pacientes que afectan la interacción para facilitarla o empeorarla. Es claro que el deber ético y moral es el cuidado sin distinciones de pacientes, cuidar a todos, sin diferencias de clase o condición social, de salud, de raza...sin embargo, estos hallazgos se encontraron en la realidad y hacen parte de la condición de seres humanos. Cuando una enfermera cree que hay interferencia en la interacción porque el paciente *“quiere que lo carguen”*, no ha introyectado la misión de la enfermería; a lo mejor, este paciente es el que está pidiendo a gritos la interacción, que alguien le escuche, le comprenda y le cuide.

Pacientes demandantes y agresivos: los profesionales de enfermería entrevistados perciben que algunos pacientes se comportan de tal forma que creen que *“atenderlos bien, es cargarlos...desde que entran hasta que salen”* (E.Prado: E6P9PAR2-4), refiriéndose a aquellos pacientes que todo el tiempo exigen ser atendidos dentro del servicio de una manera exclusiva [desde la visión de enfermera, en este argumento parece reflejarse que se olvida la razón de ser de la enfermería que es el cuidado, al justificar la actitud del paciente para relacionarse en lo más mínimo con él].

Aguantar cantaleta: se llega a pensar que es la enfermera quien *“todo el día se aguanta la cantaleta del paciente”* (Liliana: E8P6PAR10-12), cuando existe demora en la atención médica [igualmente se pensaría que es la enfermera, quien mínimamente ve al paciente – se acerca a él-, puesto que es el paciente quien les expresa sus

sentimientos de frustración, en lo que él percibe como una falla en el sistema, la demora en la atención].

El paciente demandante y su familia desde que llegan hasta que salen, según lo percibido por el profesional de enfermería, toman la actitud de juicio crítico del servicio recibido:

*“...llegué y son tales hora, han pasado tantos minutos y no me han revisado y no lo ha atendido el especialista... [se] trajo no para que lo atendiera un médico general, sino para que lo viera un especialista...es que tal cosa, es que tal otra y te lo dicen de una forma que te sientes agredido, como que te están reclamando por eso; entonces a veces uno tiende a contestar de la misma forma” (Gordis:E18P11PAR7-14);es así como el profesional de enfermería percibe la actitud del otro de una manera tensionante, adoptando igualmente una actitud de mecanismo de defensa ante la agresión percibida que genera un ambiente de tensión entre las partes, viéndose afectada la interacción entre los involucrados.*

**Hacer entender al paciente.** Además, Liliana en sus aportes manifiesta que el profesional de enfermería siente “...un sin sabor muy maluco...termina demasiado agotada y desgastada”, debido a que dedican “mucho tiempo” al “tratar de hacerlo entender”, al paciente demandante, que las demoras en los procesos no dependen de enfermería (Liliana: E8P6PAR19-22). El tratar de “hacerlo entender” quiere decir, vencerlo en la discusión hasta que pare los reclamos o se resigne y quede silencioso.

Se considera entonces una limitante para el profesional de enfermería y para generar una interacción, la forma como éste demanda el servicio de urgencias; existe la posibilidad de que si el paciente no presentara esta actitud, la enfermera enfrentaría la situación de interacción de una forma diferente, pero cabe recordar



que, independiente de los sucesos en la atención, la prestación con calidad y humanidad debe estar presente en la ética profesional que debe regir el comportamiento de la enfermera.

**Diferencias culturales.** La interacción y con ello la comunicación implícita en ella, se ven impactadas por los *“niveles culturales”* y los *“estratos sociales”*, lo que hace que cada persona atendida en el servicio *“vea las cosas desde su ángulo, [desde] su experiencia”*: *“los indigentes...gente que tiene mucho dinero...analfabeta...hasta la persona muy culta, muy estudiada”* (Gordis: E18P10PAR1-7). Es allí donde los niveles de comprensión, de aceptación de los procedimientos y la situación se perciben por parte de la enfermera de forma distinta, no siendo la misma interacción con *“una persona muy humilde y analfabeta [que] de pronto se deja hacer todo...lo que tú le vayas a hacer, no pregunta- muy asustado- pero se deja hacer”*; *“en cambio, una persona que tiene algún nivel cultural o algún tipo de estudio, es más complicada de atender y sobre todo si tienen un amigo o familiar que esté en salud”* donde existe una discordancia entre lo que se les dijo -por parte del amigo o familiar- con lo que se les hace en el servicio de urgencias en hospital, y es entonces cuando el paciente y su familiar se convierten finalmente en personas demandantes, como se menciona en párrafos anteriores (Gordis: E18P10PAR7-13). Se toma la ignorancia del paciente como una excusa para no brindar educación, es decir, interactuar, asumiendo que éste no entenderá así se le explique y se toma a aquel paciente que sabe acerca de los procedimientos del hospital como el paciente más intenso en cuanto ha atención se refiere, aunque es allí, en el momento de indagación donde se puede generar mejor interacción al solucionar las dudas del paciente y su familia.

**Los pacientes más apreciados.** Se hace claro, también, que para el profesional de enfermería hay ciertos *“pacientes con los que uno hace más empatía, por diferentes situaciones: a veces de pronto porque son demasiado jóvenes y tienen patologías muy complicadas”* (Gordis: E18P14PAR16-18), lo que indica que se genera un lazo de confianza entre el paciente atendido y el profesional que brinda los cuidados; se argumenta

además que se piensa que *“...el paciente tiene más tiempos con el personal de enfermería...y de hecho se llegan a desarrollar empatías”*, lo que ratifica los lazos que se establecen (Liliana: E8P5PAR50P6PAR1-5).

**El cuidado es labor de otros: condiciones de la enfermera.** Por las múltiples actividades que el profesional de enfermería realiza en la unidad de urgencias, en muchas ocasiones se ve en la obligación de resolver problemas más de tipo administrativo, lo mencionado en categorías anteriores como gestiones de procesos en beneficio del paciente. Es entonces, por *“la organización del servicio... [que] el cuidado directo, la parte asistencial, es más manejada por los auxiliares de enfermería”,* reconociendo que existen *“debilidades...porque la universidad no forma para que los pacientes tengan un cuidado adecuado y a veces nosotros por las mismas funciones que nos asignan en el servicio no las podemos realizar”*, planteando además que no se puede dar *“... un cuidado directo sino son las emergencias”* (El chino: E15P2PAR15-25). Se habla incluso de que quien colabora en el cuidado del paciente es el profesional de enfermería, siendo los cuidadores primarios las auxiliares de enfermería: *“es la que tiene que hacerse cargo del paciente”* (Laura: E9P5PAR35-42P6PAR1) y los mismos familiares de los pacientes: *“...trata uno como que el acompañante colabore...los cambia de posición o que estén pendientes...del suerito...o para ponerle la otra nebulización”* (Laura: E9P8PAR8-14).

Se justifica que el cuidado lo realicen otros a expensas de ocuparse *“de esta parte administrativa que es también necesaria e importante para el paciente”* (Minerva: E10P2PAR18-20), quedando la interacción enfermera - paciente desplazada por la gestión de los procesos administrativos, que igualmente son en beneficio del paciente; lo que genera a su vez la dualidad entre el cuidado directo e indirecto que se menciona en categorías anteriores; es donde aparece la figura de otros cuidadores, incluso delegando funciones asistenciales que son propias del profesional de enfermería como los son *“tomar hemocultivos, tomar electrocardiogramas y gases arteriales... diferentes actividades a veces las auxiliares las hacen”* (La monita: E14P2PAR12-16).

## **Condiciones de la unidad de emergencias.**

**Contexto de estrés, angustia y rapidez.** Algunas condiciones vividas en los servicios de urgencias en hospital fueron descritas por los participantes como: la rapidez con la cual se debe actuar, el debate entre la vida y la muerte, la angustia del paciente y su familia, las situaciones de emergencia que se caracterizan por ser intempestivas y distantes de lo que se puede prever o planear y la dinámica en que se maneja el servicio; todo esto, puede hacer que los profesionales, entre ellos los de enfermería que allí laboran, implementen estrategias que les permitan realizar su labor. Dos estrategias emergentes de los datos fueron, mantener calmado al paciente y entretener al paciente.

Una de ellas fue mantener *“calmado al paciente...”* (Liliana: E8P6PAR32-35), lo que forja en él, su familia y el personal de enfermería la capacidad de “afrontamiento” (107) y facilita una apropiada comunicación, relación e interacción entre los participantes. Los participantes aluden a la forma coloquial de *“calmar el paciente”* para manejar el estrés, pero, en dichas circunstancias, serían más adecuadas las estrategias profesionales de afrontamiento de la situación teniendo en cuenta las teorías de enfermería.

**Entretener al paciente para liberar estrés.** Se hace necesario y *“ayuda al [profesional de enfermería] a manejar...al menos a liberarse un poquitico del estrés”*, la adopción de la estrategia de *“entretenerlo mientras llega esta atención del médico”* (Liliana: E8P6PAR32-35), debido a que *“...si el paciente sigue encima reclamando”* es el mismo personal de enfermería quien se va a “estresar”. Esta actitud frente a los sucesos hace que las personas que se ven enfrentadas a la situación mejoren las relaciones vividas en momentos de estrés, lo que favorecería las interacciones que podrían darse durante todo el proceso de atención. Ese liberar estrés hace referencia al profesional de enfermería cuando interactúa en el contexto de la situación de urgencia y no necesariamente a la liberación de estrés del paciente y

su familia, la cual se vería igualmente favorecida si se genera la interacción que permita calmar la ansiedad que se fundamenta en la gravedad de los hechos.

Para los profesionales que trabajan en las unidades de salud no es desconocido que el estrés que se *“vive a diario”* es *“un nivel de estrés muy alto”*, por ello las enfermeras entrevistadas coinciden en que muchos profesionales de salud identifican que es un *“horror trabajar en urgencias”* (Gordis: E18P11PAR31-34). El profesional de enfermería que labora en el servicio de urgencias en hospital es consciente de que existen realidades que deben ser afrontadas tanto desde los ambientes del entorno laboral, las circunstancias personales y las condiciones del paciente y la familia para contribuir al ideal de garantizar la adecuada atención en beneficio del paciente y respaldar su labor como enfermera.

**6.2.3 La tecnología como obstáculo para la interacción.** Para una parte de los participantes, el mundo material obstaculiza la interacción según, por lo menos tres aspectos: consume tiempo, genera desconfianza y necesita constante verificación. ¿Cómo es el mecanismo mediante el cual, los problemas de la tecnología alejan al profesional del paciente? El sólo consumo de tiempo es un obstáculo, veremos a continuación algunos aspectos

**La tecnología consume y hace *“perder tiempo”*.** Al utilizar herramientas como la historia clínica electrónica, el contacto con el paciente se pierde o no es el adecuado al invertir tiempo en la digitación, ya sea por falta de pericia en ello o por falta de computadores en el servicio. Ese tiempo que se emplea en ello, de acuerdo con lo que dicen los participantes, podría ser mejor aprovechado en el contacto con el paciente; E. Prado dice *“uno es tratando como de agilizar las notas para poder estar con el paciente más tiempo...”* (E. Prado: E6P11PAR19-20).

Una participante resalta las dificultades del sistema en el sentido de su lentitud intermitente:

*“pone demasiado lento, hay horas en que es muy lento, entonces más que una herramienta se convierte en un obstáculo para atender pues o para realizar un adecuado, un adecuado registro del paciente” (Liliana: E8P2PAR21-24).*

Unas de las principales causas, según los participantes, para que se *“pierda tiempo”* (La Monita: E14aP4PAR4-9) son la interpretación, remisión y digitación de los datos de los pacientes. Aunque, es la misma Monita, quien menciona: *“...digamos no es un tiempo perdido pero es un tiempo que uno gasta”* (La Monita: E14aP4PAR4-9), sabiendo que se pueden utilizar con el paciente, esto expresándose al tiempo gastado en la realización de Kardex de enfermería.

Otra participante resalta una de las principales tecnologías, el teléfono (elemento tecnológico de las telecomunicaciones), como ejemplo de lo que una enfermera podría demorarse y *“perder tiempo”* valioso que debería ser aprovechado para pasarlo con el paciente; aunque cabe la claridad, que para otras personas entrevistadas eso hace parte del cuidado indirecto que la enfermera debe realizar en el servicio de urgencias:

*“...uno tarda mucho tiempo en remisiones porque ya sea que lo dejen a uno esperando en el teléfono es muy demorado más complicado y eso le resta a uno mucha labor que en sí lo puede hacer cualquier otro funcionario” (La Monita: E14P2PAR1-5).*

Las fallas en los sistemas constituyen una de las fuentes principales de las mayores pérdidas de tiempo, a la enfermera le corresponde darle solución al arreglo de los mismos, pues es ella la encargada del imperativo institucional que consiste en garantizar [verdadera trampa de la tecnología, debería existir un soporte y un plan alternativo de emergencia] que todo el servicio se encuentre en adecuadas condiciones para la prestación de atención con calidad, lo que genera

en la enfermera tensión y suspender toda interacción con el paciente hasta solucionar el problema de funcionamiento descrito. Liliana expresa que se cuenta con *“historia clínica electrónica...que presenta fallas...hay veces se cae el sistema...se puede caer por minutos, puede ser por horas...”* (Liliana: E8P2PAR17, 19-21).

Al ejemplificar las fallas por los equipos tecnológicos, en este caso el sistema, Caliche complementa que

*“...de repente es que no vas a tener mucho contacto con ese paciente, por tener pendiente que el sistema, que se fue el sistema, que hay que hacerlo manual; el estrés que tienen cuando se va el sistema, que no puedas observar...es una constante, se cayó el sistema te frena muchas cosas...”* (Caliche: E7P7PAR23-28). *“Ventajas y desventajas, si le veo muchas cositas...porque no te da mucho tiempo para estar en contacto con el paciente, te toma mucho, mucho, mucho tiempo escribir la nota minuciosamente”* (Caliche: E7P7PAR16-18). *Este es un caso claro del cómo la tecnología interfiere en la interacción enfermera – paciente.*

Otro aspecto revelado por los entrevistados, es que debido al desconocimiento por parte del personal de enfermería de las programaciones de los equipos y la falta de capacitación en el funcionamiento de los mismos, se “pierde tiempo” al tratar de familiarizarse con la tecnología, demorando la atención al paciente. Este desconocimiento y la rapidez que implica la atención del paciente utilizando la tecnología, conlleva muchas veces a cometer errores humanos [se observa otra trampa de la tecnología, pues es este margen de errores deberían ser previstos] como colocar los instrumentos equivocadamente, hacer lecturas incorrectas de los datos, entre otros:

*“Hay veces que el personal no conoce los equipos, en mi caso, no manejo mucho un equipa, una bomba de infusión, se me dificulta porque no tengo*

*la familiaridad y a veces tengo que demorarme un poquito más...allí me demoró un poquito más de tiempo para atender al paciente” (Caliche: E7P9PAR8-14); “...a veces cuando llega un cambio del electrocardiograma...ahí como el empalme de saber manejarlo hace como que uno falle en ese momento, en el momento de la utilización, pero es por no tener el conocimiento en ese momento” (Lola: E11P5PAR7-11); “...de repente por la carrera uno puede colocar los electrodos mal...puede colocar el del brazo derecho en el brazo izquierdo y así sucesivamente...” (Caliche: E7P9PAR17-21).*

También se presentan fallas por desconocimiento, inconvenientes que provienen de la atención dada por los aprendices [otra de las trampas de la tecnología se debe preferir la capacitación previa al uso de la tecnología, inducción al servicio para que todo el mundo esté capacitado para atender la emergencia], ya que requieren la intervención y supervisión del personal de enfermería, disminuyendo el tiempo de atención al paciente.

*“...entonces también como el funcionamiento del desfibrilador, que si coloquen todo bien y más ahora que tenemos, pues estudiantes...de que si los cables estén bien colocaditos” (Laura: E9P3PAR20-23).*

Es necesario expresar que el desconocimiento pasa a segundo plano, una vez que es utilizado el equipo constantemente adquiriendo experiencia al convertir el uso en una rutina, lo cual hará más rápida la atención y habrá más interacción entre la enfermera y el paciente. Es así como La Monita sustenta: *“...no yo pienso que los errores, pues no son tanto tecnológicos, sino las fallas humanas en el uso de la tecnología” (La Monita: E14aP6PAR1-2).*

**La tecnología genera desconfianza.** La desconfianza en los equipos tecnológicos fue reportada por parte de algunos participantes en el estudio, hasta

el punto de que el profesional de enfermería la utilice menos y genere re-procesos por la necesidad de verificar los datos también en forma manual, generando pérdida de tiempo:

*“...pueda que al paciente le registren los signos estables, pero el paciente de pronto tenga un dolor fuerte...no podemos tratar al monitor, él me muestra unas historias, pero debo mover los cables, debo mirar el paciente, debo tomarle los pulsos para ver si es cierto que no está en esa historia a ver si de pronto se le zafó un cable al monitor y está marcando otra historia” (La Monita: E14aP6PAR27-34).*

La desconfianza radica principalmente en la poca sensibilidad, valores, cantidad de variables, falta de calibración, el temor a encontrar datos imprecisos y utilizar equipos que no se encuentren en garantía:

*“...tenemos un pulsoxímetro...poseemos problemas con él porque es muy poco sensible, con neonatos no funciona, con adultos a veces da unos valores demasiado variables que se queda uno como con la duda...” (Liliana: E8P2PAR8-13); otros inconvenientes son inherentes a la utilización de equipos, “...por ejemplo un termómetro digital quien me garantiza a mí que las pilas no están ya casi descargadas y a lo último me está dando una temperatura que no es, entonces tiene sus desventaja, ves” (Lola: E11P5PAR5, 7-11).*

**Conciencia de la necesidad de interacción.** Para finalizar la relación entre interacción y cuidado se exponen también los sentimientos expresados de culpabilidad e incomodidad por parte de los profesionales de enfermería, ya que tratan de servirle a todos los pacientes, atender las labores administrativas y cuidar los inventarios. Ellos explican cómo al dedicarle más tiempo a las labores administrativas y no poder cumplir una proporcionalidad adecuada para el cuidado



directo, se descuidan las funciones de enfermería (asistencial, social e investigativa):

*“...me he arrepentido de algo pero si a veces dice uno que pesar donde uno tuviera...x o y medicamento este paciente hubiera tenido otras condiciones pero no es propiamente por la falta de uno” (Laura: E9P7PAR1-4); “...hay algunas que son meramente profesional que toca hacerlas...entonces como frustrado...frustrado no, sino que -pues- como que quisiera más, tener más interacción clínica, pero debido al a tiempo no es posible” (Lola: E11P4PAR22-26); “Entonces tú crees que los cuidados de enfermería son los suficientes o que tu les puedes brindar esos cuidados a esos pacientes...No, no se le pueden brindar los cuidados adecuados” (Laura: E9P7PAR14-16); “...necesitaba darle el pañitos de agua tibia mientras tenía la posibilidad de ir a colocarle analgesia, el médico no la había visto y la paciente se desesperó y se fue entonces son cosas muy tristes porque en una quemadura si yo me quemó un dedo eso me duele mucho” (Minerva: E10P6PAR1-4).*

Para finalizar este punto, la conciencia de la necesidad de interacción en los anteriores testimonios se evidencia con la expresión *“poner paños de agua tibia”* que significa atención directa mínima para el paciente; se hacen procesos a medias, parciales y se delegan procedimientos indelegables.

A continuación se exponen los resultados de referentes a las mediaciones y dualidades que emergen de los datos y que, en un principio, parecían invisibles, pero que se convierten en uno de los hallazgos que le da claridad al análisis como se espera describir en las páginas siguientes:

### 6.3 LAS MEDIACIONES DUALES

Los siguientes resultados aluden a las mediaciones duales entre la tecnología y la interacción enfermera/paciente. Se describirán en qué consisten las principales mediaciones y dualidades, además la oscilación entre lo imprescindible de la tecnología y el carácter irremplazable del profesional que cuida y, para finalizar, se describirá un tipo de mentalidad antagónica que se da en los profesionales, por lo cual se clasifican entre tecnológicos y clínicos. La primera disyunción y la última constituyen dos extremos, pero, en el medio se encuentran las dualidades.

**6.3.1 Las dualidades.** Las dualidades encontradas frente a la tecnología fueron: es buena o mala, dependiendo de varios aspectos; acerca o aleja, favorece u obstaculiza, facilita o entorpece, tal como a continuación se describe (ver figura 5).

Figura 5. Las dualidades de la tecnología



Aunque algunos de los entrevistados ven a la tecnología como facilitadora del contacto, es decir, de la interacción, una de las personas entrevistada, refiriéndose

a la interacción, asegura que la tecnología es buena o mala dependiendo de quién y para qué la utilice y se convierte en un elemento que ayuda a obtener parámetros, rangos, imágenes, entre otros que hace que el profesional actúe a favor del contacto o sólo a favor de su interés personal:

*“...depende de quién lo use es como el internet, el internet en sí no es malo, pero depende de quién lo use pueda que uno lo use para mal y hay otros que lo usan para bien” (La monita: E14aP6PAR34P7PAR1-2). Y agrega: “yo pienso que es buena y es mala. Depende de quien la esté utilizando porque si yo tengo un monitor, estoy a un paciente monitorizado y el paciente yo me baso en lo que aparece en el trazado del monitor y no me analizo al paciente entonces ahí estoy obrando mal” (La monita6: E14aP6PAR23-27).*

Se puede decir que la tecnología “*depende de*” quien la utilice y puede beneficiar al paciente, a la salud, a la familia y al profesional de enfermería favoreciéndolos en el cuidado si se sabe utilizar; de hecho es la misma participante quien concluye:

*La utilización de los elementos tecnológicos y su objetivo finalmente depende de quien los use: algunos lo verán como un medio para acercarse al paciente, generarle confianza y establecer necesidades de cuidado; mientras otros lo verán como un medio que agiliza su labor permitiendo terminar más rápido sus tareas o actividades diarias” (La Monita: E14aP6PAR23-27).*

Y si a este aspecto le sumamos, que se puede tener “...mejor manejo de la información, un mejor manejo de los datos...podemos tener un poquito de más tiempo para poder dar ese cuidado directo que no se puede dar, entonces ahí nos está dando una manito más” (El Chino: E15P3PAR16-20).

La tecnología, que se puede tomar como fin o como medio, también emergió como complemento, uno de los puntos intermedios entre buena y mala. Se complementa el cuidado de enfermería, ya que la tecnología se puede encargar de realizar labores que liberan al personal para prestar directamente el cuidado; parece como si se le atribuyera a la tecnología humanidad o capacidad de recibir delegaciones o como si los elementos tecnológicos cuidaran, o que hubiera un cuidado directo dado por el profesional de enfermería y un cuidado indirecto realizado por los elementos tecnológicos. Como menciona un participante, *“...depende de quien la utilice, pero en mi caso creo, que me ayuda a acercarme al paciente y su familia”* (Ahenao: E4P3PAR4-6). Con referencia a la tecnología como complemento o ayuda, el siguiente testimonio indica, *“pero sí nos ayuda muchísimo, que tenemos que estar pendientes si, hablarle al paciente, estar en contacto físico con el paciente, no de repente como dirigiendo una orquesta, no, sino en...enredarse o untarse del paciente del mismo paciente”* (Caliche: E7P10PAR21-25).

El *“depende de”* alude a una persona o cabeza pensante y también alude a que dicha persona es quien hace que el paciente no desaparezca como sujeto; esos son los puntos intermedios que emergieron de los datos de los participantes. El *“depende de”*, se podría interpretar, en ambos casos, depende de quién la utiliza, en este caso la persona profesional y el *“siempre y cuando”* alude a que el paciente aparezca como sujeto de los beneficios del cuidado y también de la tecnología. *“...viéndolo como beneficioso es un herramienta muy valiosa, siempre y cuando no perdamos el amor por el paciente y descuidemos el cuidado o sea que sea bien utilizada esa herramienta que no perdamos el contacto con el paciente”* (El chino: E15P6PAR4-7).

**6.3.2 Las mediaciones.** Gerardo Bedoya ratifica lo que sus compañeros enfermeros de urgencias sugieren en sus entrevistas y resume que los aparatos electrónicos son vistos para él como: *“Un medio de acercamiento...cuando las personas controlan o toman los signos vitales, es una forma de uno acercarse, al menos a ir a verlos”*

(Gerardo Bedoya: E2P4PAR8-10). Con su testimonio se demuestra que la tecnología como herramienta o medio para el cuidado.

**La tecnología como medio de conexión.** Estar conectado a la tecnología es estar conectado a la institución [estar amarrado]; pero también, en este estudio existe la eficiencia simbólica de que significa: estar atendido, la metáfora de conectar se aplica para la tecnología, pero se traslada a la conexión con el paciente a través de la tecnología.

Para el profesional de enfermería la percepción del paciente frente a la tecnología, también permite la interacción, es decir, *“el sólo hecho de que usted a un paciente le conecte algo, él ya se siente atendido, ya se siente atendido...siempre y cuando uno le interprete el resultado de lo que sale”* (Yadasco: E1P1PAR4-5).

Por tal motivo, algunos profesional de enfermería tienen *“como rutina”* (Gordis: E18P8PAR27-35) una explicación del procedimiento a realizar, como es el caso de Gordis cuando ejemplifica:

*“cuando le voy a tomar un electrocardiograma a un paciente le explico: no le va a doler, le voy a colocar una cantidad de cables en los brazos, en las piernas, en el tórax...no le va a doler absolutamente nada, no le va a pasar corriente...no va a sentir usted nada, pero necesito que se esté como una estatua para que no se me dañe el examen”* (Gordis: E18P8PAR27-5).

**6.3.3 El carácter irremplazable del profesional que cuida.** El cuidado dado por el profesional de enfermería es irremplazable por un elemento tecnológico, las intervenciones de los participantes entrevistados demuestran que la máquina no tiene la potestad de cuidar del paciente sino de ayudar, pues quien cuida es el profesional de enfermería, no el equipo; quien interpreta a la tecnología (máquina)

es la persona encargada de analizar los datos y quien decide qué hacer con la información recolectada. A propósito el siguiente testimonio: *“yo pienso que los equipos no se conviertan en la forma de actuar sino en la forma de interpretar”* (Yadasco: E1P1PAR10-11). Con la afirmación anterior se sustenta que la *“tecnología es un medio para un fin”*.

La interpretación de los parámetros, contextualizados en las necesidades reales del paciente, constituye un medio para garantizar la adecuada atención por parte del personal de enfermería. Es allí, donde los cuidados de enfermería no pueden remplazarse por un elemento tecnológico, puesto que éste sólo permite, como se expresó en la subcategoría anterior, aumentar la exactitud, efectividad, eficiencia, ganar tiempo e incluso hasta acercarse al paciente desde su quehacer diario; es así como *“los cuidados de enfermería no dejan de ser cuidados de enfermería...el cuidado de enfermería es y seguirá siendo irremplazable por la tecnología”* (E. Prado: E6P5PAR12-14). Es en este momento cuando *“los equipos nos ayudan...no deben desplazar nuestro concepto, nuestro proyecto como enfermero o como profesionales”* (Yadasco: E1P1PAR11-13).

El contacto depende de las personas, de sus actitudes y aptitudes, del tiempo que éste tenga, de la empatía que se establezca con el paciente, del número de actividades administrativas y asistenciales que deba realizar, entre muchos otros. Para cuidar al paciente se requiere de la interacción y con ella se permite el conocimiento de las necesidades de éste y poder resolver así sus problemas reales de salud, es por ello que el cuidado no depende de los elementos tecnológicos, sino de las personas que los usan. Hay muchas intervenciones del cuidado, como los cambios de posición, que no dependen de la tecnología. Se evidencia que sin disposición del recurso humano ni el aparato más sofisticado por sí solo, no ayudará en la atención del paciente: *“...en el cuidado de enfermería, nosotros tenemos muchas cosas que hacer que no dependen de un monitor o de algo tecnológico, un cambio de posición no requiere de algo tecnológico”* (Laura: E9P10PAR30-32).

Según algunos entrevistados, encabezados por E. Prado, expresan que la tecnología no debe influir para generar o no el contacto directo; de hecho esta no puede dar la visión real del estado del paciente; es aquí donde se argumenta nuevamente que es la persona, quien la utiliza, quien a su vez la interpreta, convirtiéndose en el medio para el fin último de ayudar al paciente: *“...la tecnología no debe influir mucho con el contacto que uno tenga con el paciente, a no ser que la tecnología en sí esté hecha para que una máquina te copie la visión de un paciente.”* (E. Prado: E6P4PAR3-6).

Una charla, explicación, entablar conversación, hacer reír, generar confianza, prestar atención, tener empatía, entre otros, con el paciente, no depende de algo tecnológico, sino de los atributos de la enfermera como persona y cómo se relaciona con los demás. El hecho de que la tecnología ayude y agilice procesos, no implica que el ser humano que atiende desaparezca, ya que éste es el que actúa frente a la situación. La descripción correcta la menciona Laura:

*“Una charladita con el paciente, que eso a ellos les gusta mucho, no depende de algo tecnológico. Algo que uno le diga al paciente, cualquier caso, pues que a ellos le haga reír, eso es lo que ellos más destacan en la parte de enfermería: esa parte humana...”* (Laura: E9P10PAR33-36).

Por otra parte, es la enfermera quien, después del ingreso del paciente y la atención médica, pregunta cómo se siente, si está mejor, cómo le sentaron los medicamentos, le explica el procedimiento a realizar. La enfermera, al mantenerlo informado a él y a su familia, establece un contacto, evalúa necesidades y ayuda al paciente; sin embargo, la calidad del contacto depende de las mediaciones que se generan en el día a día entre los seres humanos, en este caso entre la enfermera – paciente y familia:

*“...una enfermera, que nuevamente le va a preguntar a usted por qué consultó o que le pasó, como se cayó, bueno cualquier cosa...que le va a*

*explicar, que le va a colocar medicamentos, que le va a explicar los efectos que le pueden ocasionar, que va a decir para qué es tal medicamento, que le va a preguntar si es alérgico y le va a realizar el procedimiento que le ordenó el médico...posteriormente va a ir nuevamente a cerrarle la llave del suero, a preguntarle cómo se siente...a contarle que ya le llegó el resultado de laboratorio y que el médico enseguidita lo va a evaluar"* (Liliana: E8P5PAR40-45).

Es también el paciente quien, alrededor de tres o cuatro horas durante su estancia en el servicio, se mantiene en contacto con la enfermera, más que con el médico, ya que es el profesional en enfermería quien debe brindar al paciente ayuda permanente: *"...un paciente que salga en 4 horas, tal vez, del servicio, va a tener tres o cuatro momentos con la enfermera"* (Liliana: E8P5PAR38-39).

El cuidado implica interacción. La tecnología, para los participantes permite acercarse o alejarse del paciente: permite acercarse cuando al ser utilizada se interactúa con él, percibiéndose el contacto como el trato dado a los pacientes y las acciones conocidas como formalismos (saludos, diálogo, comunicación verbal y no verbal con la familia y el paciente, explicación de procedimientos, entre otros):

*"Primero el saludo: buenos días, la presentación: como se llama, confirmar mi nombre, le voy a colocar este medicamento, sirve para esto; esa atención y ese roce con el paciente es muy importante, ya aunque me pueda demorar para que me atiendan una hora"* (Caliche: E7P10PAR30-34); *"...el presentarse desde el comienzo es muy importante, el primer contacto con el paciente es lo que cuenta, brindarle calidez"* (Ahenao: E4P4PAR24-25).

**6.3.4 El carácter imprescindible de la tecnología.** Para muchos de los profesionales de enfermería se ha vuelto indispensable, necesario y obligatorio el



uso de la tecnología, creando una dependencia tal, que les es imprescindible prestar el servicio sin ella, Minerva, Adri y Laura coinciden en esta afirmación:

*“...es inconcebible la tecnología, la ausencia de la tecnología en el cuidado del paciente hoy en día; sí o sea, es preponderante y en urgencias es todavía más, porque sí a usted le llega un paciente en paro un paciente chocado le llega un paciente como dinámicamente inestable usted lo primero que tiene que hacer es montarle un monitor para tomar decisiones a partir de eso” (Minerva: E10P3PAR29-34), “...yo pienso que en el mundo y la sociedad actual eso ya se nos ha vuelto casi que...ya casi que está implícito en todo lo que uno hace, ya uno no concibe sentarse a hacer una actividad, muchas de las actividades sin esos recursos tecnológicos” (Adri: E5P5PAR13-15), “...y a veces...nos como se dice, nos acostumbramos a utilizar todos estos aditamentos que llega un momento en el que no los hay y entonces ya no saben qué hacer porque no los hay sabiendo que si hay cosas que se pueden hacer sin utilizar esos cosas” (Laura: E9P9PAR37-40).*

Aunque para otros es claro que si no está, de todas maneras hay que actuar: *“...te adaptas a lo que tienes y si no mientras haya.....ayuda mucho pero el hecho de no tenerla completa no limita el trabajo porque pues de todos modos para eso está el recurso humano” (Gordis: E18P7PAR29-32P8PAR1-2).*

También existe la visión contraria, según la cual los aparatos electrónicos no pueden ser reemplazados por una persona, como en los casos del control permanente de tiempos establecidos por los monitores de signos vitales o movimientos mecánicos repetitivos ejercidos por la máquina, ya que los profesionales de enfermería en desempeño de múltiples ocupaciones, no pueden dar vigilancia constante de todos los parámetros necesarios, observar y controlar:

*“...por ejemplo...un ventilador no lo suplen las manos” (Car: E17P6PAR9-12), “...el ventilador es una tecnología muy buena que es indispensable en todo servicio de urgencias...un paciente con un paro respiratorio es muy difícil estar dándole ambú permanentemente...” (E. Prado: E6P6PAR12-15).*

Los participantes agregan que la ausencia de la tecnología limita o retrasa los procesos de urgencias, *“lo primero que hay que montarle al paciente es un monitor”* y a partir de ella se toman decisiones rápidas para salvar vidas y agilizar los procesos. Sin la tecnología, no se podría tomar algunos casos como urgentes: *“...si claro que si importantísimo, porque....a ver si uno no tiene monitores, si uno no tiene instrumentos para medir, para medir muchos parámetros vitales en el paciente no lo podría hacer de urgencia” (Talu: E16P7PAR14-17).*

Por otra parte, la tecnología está tan implícita en los quehaceres del profesional de enfermería que lleva a pensar que su utilización es *“...cuestión de costumbre”* y que sin la presencia de la tecnología, no se pueden realizar muchas labores o actividades profesionales: *“con el monitor de signos vitales el problema es que uno se acostumbra...ese es el problema más grande que uno se acostumbra como jefe, entonces ¿yo qué hago si no tengo?” (Laura: E9P4PAR32-34).* Lo anterior, conlleva a que al profesional de enfermería le dé pereza emplear métodos convencionales en la atención o no sea capaz de realizar las actividades sin el uso la tecnología. E. Prado, es quien manifiesta y resalta lo que le sucede a algunos profesionales de enfermería, al estar tan acostumbrados a los monitores, aunque cabe anotar que lo que ellos consideran como manual, también es un tipo de elemento tecnológico:

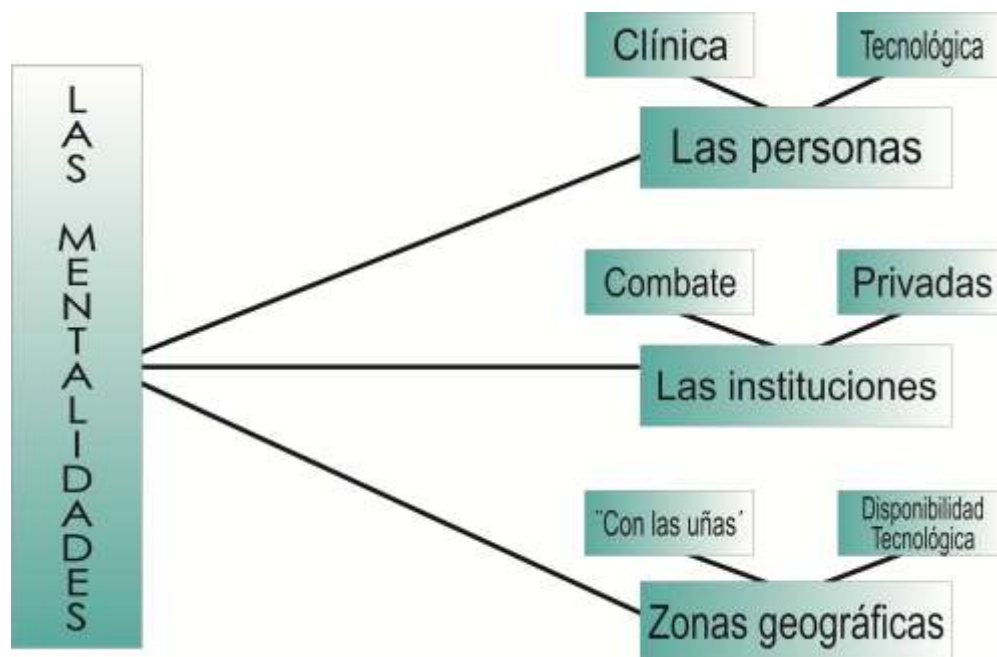
*“De qué forma...de que ya nos da pereza tomar los signos vitales manualmente...ya acudimos al monitor, ya colocamos el pulsoxímetro, ya nos da pereza con lo manual...” (E. Prado: E6P10PAR24-26).* *“Sí la tecnología a mí me puede ayudar maravilloso porque pues...sí yo me demoro diez minutos tomando una presión o un pulso manual y con el*

*dinamap me demoro 5 minutos...ahora con el gran número de pacientes que estamos manejando eso nos va a facilitar más las cosas cierto y a veces es difícil uno tomar una presión: no escucha bien, no alcanza uno a escuchar, entonces vuelva y tome hasta que uno escuche...” (Laura: E9P9PAR16-23).*

El mayor problema se genera, cuando la costumbre limita el actuar y no se buscan los recursos necesarios para la atención, complicando la situación del servicio y volviéndolo un caos, y aunque estén tan acostumbrados los profesionales de enfermería a la tecnología, algunos se resisten a los cambios, antes se “ponían peros” al utilizar la tecnología y ahora por la costumbre, los profesionales de salud fueron llevados a hacerla indispensable en su quehacer diario. Los ejemplos de estas afirmaciones los ponen Liliana y Talu: “...cuando realmente falla la tecnología, y sobre todo si uno está acostumbrado a esa tecnología, a veces si se le vuelve a uno la vida como un caos” (Liliana: E8P3PAR19-21). “...todo lo nuevo genera resistencia, pero hoy tenemos las ventajas de eso y ahí se aprovecharon que es lo importante, es muy harto volver a adaptarse a lo manual” (Talu: E16P4PAR1-3,5).

**6.3.5 Las mentalidades tecnológica y clínica.** Las mentalidades que serán descritas a continuación, son el reflejo de las características emergentes de indispensable e irremplazable, la mentalidad tecnológica se ve plasmada en lo indispensable de los elementos tecnológicos para el uso diario [dependencia tecnológica]; y la mentalidad clínica en la forma como los profesionales de enfermería son irremplazables por una tecnología [criterio clínico del profesional] (ver figura 6).

Figura 6. Diagrama mentalidades



La confianza en el equipo tecnológico está relacionada con la mentalidad del profesional, la cual puede ser clínica o tecnológica, "...hay gente que es muy clínica y gente que es muy tecnológica... si no, o sea, si no existe el monitor ultramoderno...no puede actuar" (Talu: E16P11PAR20-22); el profesional de mentalidad clínica confía en las habilidades prácticas y educativas adquiridas; y el de tecnológica confía más en los equipos y convierte su uso en una cuestión "costumbre". Los profesionales que se inclinan por la tecnología son los que más cuentan con ésta hasta extremos peligrosos; y los profesionales clínicos son más escépticos porque confían más en su propio criterio. La mentalidad tecnológica tiene las características de ser urbana y privada, lo cual según los testimonios asegura una buena atención y con calidad; por el contrario, la mentalidad clínica se caracteriza por ser de combate, guerrera, pública y empírica.

La confianza en el equipo tecnológico está relacionada con la mentalidad del profesional, la cual, según se ve en los datos puede ser clínica o tecnológica; el profesional de mentalidad clínica confía en sus habilidades adquiridas en la educación y prácticas realizadas; el tecnológico confía más en los elementos tecnológicos, lo que convierte su uso en una cuestión “*costumbre*”. Los profesionales que se inclinan por la tecnología son los que más confían en ella hasta extremos peligrosos; y los profesionales clínicos los más escépticos en su utilización, porque los clínicos confían más en su propio criterio, así lo estableció claramente una participante durante su entrevista, lo que indica que no para todos es imprescindible la tecnología electrónica, pero a su vez se ratifica su necesidad, puesto que se confía también en la tecnología manual, la cual parece estar invisible, debido a que su uso es cuestión de “*costumbre*” y es desplazada por las nuevas tecnologías; a su vez se certifica que depende de quien la utilice y para qué la utilice:

*“Pues tienen sus pro, tienen su contra, cierto, un paciente urgente sería mejor tomarle la presión manual para tener más certeza –pues- del estado clínico del paciente y muchas veces la gente se acostumbra a tomarlo con el dinamap o con un monitor que tiene sesgos de errores en un primer comienzo y al paciente puede que le dé una presión, pero la real sea otra”*  
(Minerva: E10P3PAR7-11).

El testimonio de Laura es el ejemplo perfecto donde se demuestra lo invisibles y útiles que llegan a ser los elementos manuales: “...para tomar los signos vitales entonces tómelos manuales...pues se demora 5 minutos más pero tómelos manuales...eso no tiene como afectar el servicio” (Laura: E9P4PAR34-37).

En las conversaciones registradas en los diarios de campo (DC26032011:15) se encuentran los siguientes hallazgos significativos respecto de dichas mentalidades, tal como se transcriben a continuación:

En algunas zonas rurales no se cuentan con equipos tecnológicos avanzados o con tecnologías de ayudas diagnóstica; se realizan diagnósticos médicos o cuidados de enfermería, lo que hace que la atención del paciente sea desde lo empírico; lo contrario de lo que sucede normalmente en una zona urbana donde se cuenta con todos los elementos tecnológicos. En los hospitales, según los enfermeros entrevistados *“de combate”* (Talu: E16P11PAR23-25), es decir, los guerreros, los del Estado, los públicos no poseen todos los recursos que se desearían tener para la adecuada atención, esto nos muestra que los hospitales privados pueden adquirir todos los insumos y materiales tecnológicos que se requiere para atención de los pacientes. El poseer o no elementos tecnológicos para los enfermeros es el medidor o determinante de la calidad en el servicio. Si se tienen los elementos adecuados para la realización de los procesos será una buena atención y con calidad.

Las siguientes son algunas características de las mentales clínicas y tecnológicas que se derivan de los testimonios antes descritos:

La primera clasificación corresponde a la mentalidad tecnológica la cual tiene las características de ser urbana y privada, lo cual según los testimonios asegura una buena atención y con calidad; por el contrario, la dicotomía se presenta en la mentalidad clínica que se caracteriza por ser de combate, guerrera, pública y empírica. Con este argumento dicotómico y por vía del desprestigio no se puede ver que la mentalidad clínica corresponde, según Benner, Tanner y Chesla *“la practica experta”*(108) mediante la cual, los profesionales pueden prescindir de muchos sistemas normativos y recursos y cumplir su trabajo en forma idónea haciendo adaptaciones y utilizando los recursos disponibles; se trabaja con lo que tiene:

*“...porqué hay veces que no tienes el material, el insumo necesario para hacer cualquier procedimiento por decirte...una toracocentesis, una*

*punción lumbar, un aspirado...a veces tienes que ingeniártela a buscarte algún otro material que te pueda...solucionar ese problema en sí"*  
(Caliche: E7P1PAR13-16).

La recursividad se ve afectada en lo que se refiere a las mentalidades y, lo que se aplica a las personas tiene su correlato en las instituciones como veremos enseguida. En ese sentido, los profesionales aseveran que los terceros y cuartos niveles de atención poseen todos los elementos tecnológicos que se requieren para una buena atención, pero para los primeros y segundos niveles; también es diferente si la entidad es pública o privada, puesto que en los niveles públicos bajos los pacientes deben conseguir ellos los insumos o materiales para su atención; mientras que en los bajos niveles privados no poseerán todo, pero sí se cuenta con algunos buenos recursos.

Para muchos profesionales de enfermería se ha hecho indispensable, necesario y obligatorio el uso de la tecnología, creando una dependencia tecnológica y el que se vea inconcebible su ausencia en el servicio. Deben dejar el turno cuadrado: situaciones administrativas y asistenciales resueltas, procedimientos realizados, kárdex elaborados, traslados hospitalizados, entre otros. Una vez estos inconvenientes sean superados, servirán para que en una próxima ocasión, la atención sea mejor porque se conoce el que hacer de la profesional. *"....usted tiene que pensar o en que deja el turno cuadrado revisando que está pendiente de los pacientes para...para enviar a procedimientos, los que están pendientes por trasladar, hacer los kardex o hacer cuidados"* (Minerva: E10P2PAR15-18). *"Uno se da cuenta que es el diagnóstico, que cuidados le debe tener o que no se hizo de pronto porque no se sabía, entonces que uno para una próxima oportunidad lo va a tener presente pues para que sea un mejor cuidado"* (La Monita: E14aP2PAR18-21)

Según los entrevistados los hospitales de "combate", es decir, los hospitales públicos, no se poseen todos los recursos que se desearían tener para una

adecuada atención; mostrando que los hospitales privados pueden adquirir todos los insumos y materiales tecnológicos que requieren, al menos con más herramientas. Poseer o no recursos tecnológicos, es el medio determinante, para los profesionales de enfermería, de la calidad en un servicio, si se poseen los elementos adecuados para la realización de los procesos, se tendrá una atención con calidad y será catalogada como una buena atención.

Algunos mencionan que a pesar de ser un nivel alto de atención, la crisis económica perjudica la compra de insumos tecnológicos; esto nos indica que en esos momentos pueden existir falencias en la atención por falta de recursos. Los participantes afirman que el profesional de enfermería de los servicios de urgencias, en su vivir diario, se ven enfrentados a dilemas que se convierten en las encrucijadas que deben superar para mantener su equilibrio y el del servicio.

Los mismos calificativos de los servicios se aluden para referirse a zonas geográficas que los profesionales de la salud comparan. Algunos mencionan que en la costa Colombiana se trabaja *“con las uñas”* dependiendo de la entidad en la que se preste el servicio, pero comparado con Antioquia hay más tecnología, no se limitan los insumos, ni los materiales. En algunas zonas rurales no se cuenta con equipos tecnológicos modernos o tecnologías que apoyen los servicios, se realizan diagnósticos médicos y cuidados de enfermería (definición de conductas) de forma empírica; lo contrario sucede en las zonas urbanas donde se cuenta con todos o la mayoría de elementos tecnológicos.

Para resumir, se muestran los procesos, significados, tipologías, taxonomías y representaciones que fueron hallazgos representativos en esta investigación (ver figura 7).



Figura 7. Resumen de los hallazgos encontrados



## 7. DISCUSIÓN

Como se menciona en el marco teórico de esta investigación, las enfermeras del servicio de urgencias entrevistadas tienen un concepto de la tecnología más técnico, con enfoque primordialmente material: elementos físicos, intangibles, modernos, anticuados, electrónicos, digitales y manuales.

Los resultados de esta investigación están cercanos a los descritos por Roch P, Prado L, Lowen M y Carraro E (84), en el sentido de que la tecnología dura refiere al uso de máquinas, herramientas, software y equipos, y la blanda, se relaciona con el conocimiento y su manejo (se involucran los procesos). La diferencia entre los hallazgos y la teoría referida consiste en que los autores no dividen lo tangible de lo intangible, es decir, no hacen la diferenciación entre el computador y el software empleados para la interpretación de los datos.

Según lo que se pudo observar, los profesionales entrevistados que laboran en los servicios de urgencias no asumen la tecnología como lo proponen Barnard A. y Sandelowski M (28) en sus investigaciones; no ven a la tecnología como aquellas “estructuras humanas, políticas, económicas y organizativas que definen métodos y medios para la realización con eficiencia de labor de enfermería”; se podría decir, que los enfermeros de urgencias excluyen las asociaciones entre lo político y lo organizativo con la definición de la tecnología en enfermería.

A pesar de que para autores como Suárez (52), Eroles A, Giral BJ, Lapuente L, Estivill V y Viesca G (53) las personas están tan acostumbradas a la tecnología, que casi que se crea una dependencia invisible a la misma, en esta investigación existe una diferencia significativa, pues lo visto como manual (tensiómetro manual), que también es tecnología, se plantea como el plan B; es decir, si no existe lo electrónico (monitor de signos vitales con tensiómetro electrónico) se utiliza lo descrito como manual, lo que indica que la dependencia es más hacia la

tecnología de punta o avanzada, siendo la “tecnología de *vieja data* algo común para ellos y no vista como algo novedoso para ser utilizado todo el tiempo; aunque en contraparte, algunas de las enfermeras de urgencias creen más en su criterio, viendo a la tecnología de *vieja data* como la herramienta perfecta para que ellas interpreten mejor los datos obtenidos, sin necesidad de depender de la calibración o buen funcionamiento de un equipo electrónico. Como lo menciona Pinch “a menudo, las viejas tecnologías se hacen invisibles” (109), son parte de una cotidianidad, del diario vivir, se centra la atención en lo nuevo, en las tecnologías que se consideran interesantes.

Por otra parte, siguiendo lo interpretado por Cabal MCA (79) en su investigación “Reguladores y tendencias de las tecnologías al servicio de la medicina moderna”, se hace visible que para las enfermeras en los servicios de urgencias en hospital los elementos tecnológicos son utilizados para agilizar procesos en los pacientes: el ver cómo una ayuda diagnóstica se convierte en una herramienta que sirve para acercarse a la intervención (plan de enfermería) y con ello al mejoramiento del estado del paciente.

Las enfermeras en los servicios de urgencias avalan la argumentación de que existen dos posiciones frente al uso de la tecnología y el contacto con los pacientes, fundamentadas primero en que aquella utilizada en el servicio es buena para el quehacer de enfermería y al mismo tiempo se encuentra la posición contraria, según la cual desfavorece la labor de enfermería y el cuidado. Teniendo en cuenta que la tecnología se comporta como una mediadora para la interacción o la falta de ésta, es ella, junto con otros mediadores, la que interviene de una u otra forma en los sistemas de comunicación. Las mediaciones, como lo argumentan Maerk y Cabrolié (110) en el año 2000, son determinantes de las explicaciones de las relaciones causales entre el fenómeno y la explicación del mismo (111); es así como la tecnología puede ser facilitadora u obstaculizadora de

la comunicación entre la enfermera y el paciente; y depende de la validación que el sujeto, en éste caso la enfermera, dé a su uso.

Por su parte, en referencia a las mediaciones, para Zemelman H, las “...*relaciones socio – simbólicas, en el sentido de encuentros, mediaciones y meditaciones a través de las cuales se produce la sociedad como institución*” (112). Este argumento permite, al igual que esta investigación, establecer que las sociedades y las relaciones que se instauran en ella, están mediadas por procesos simbólicos, socialmente reconocidos, en cuyo caso, permitirán el acercamiento o su contraposición entre los seres que se relacionan; la tecnología es, entonces, un mediador simbólico que le permite a los sujetos acercarse o alejarse dentro de una comunicación socialmente reconocida.

Igualmente en sus afirmaciones, Rios y Marcon (50) aseveran que lo que determina si una tecnología “deshumaniza u objetiviza” el quehacer de enfermería (cuidado), no es la ella como tal, sino el “saber cómo las tecnologías actúan en los contextos de las personas”, de ahí la importancia de la definición que se tenga de lo humano e igualmente el reconocer la causa - efecto de los significados atribuidos. Aquí se concluye finalmente, que “el poder que cualquier tecnología ejerce deriva de cómo ella actúa en una determinada situación y de su significado”. En esta investigación se ratifican estos argumentos, pero se establece además, que pesan más los significados de las tecnologías, significados dados por los seres humanos quienes la utilizan, para poder hacer de la situación un encuentro comunicativo o un determinante de un signo clínico que permite instaurar cómo será el actuar frente a dicha situación.

Como se presentó en las memorias del I Congreso de profesionales de enfermería clínica y VIII simposio: actualizaciones en enfermería (70), en la Ciudad de Bogotá, Colombia, la tecnología ejerce en el profesional de enfermería un “impacto” que influye en las prácticas sociales de la enfermera, así como también

en las nuevas cualidades del conocimiento de la misma. Este “impacto” genera, a su vez en el individuo, un comportamiento con los elementos tecnológicos hasta que se vuelve natural o del sentido común.

En esta investigación, al igual que otras investigaciones como la de Kiekkas, Karga (22), cuyo objetivo fue determinar la percepción de las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados críticos acerca de los efectos positivos y negativos relacionados con el uso de equipos tecnológicos, se encontró que la mayoría de las enfermeras reconocen los efectos positivos de los equipos con respecto al cuidado del paciente y la práctica clínica; pero al mismo tiempo, el uso de los equipos, puede llevar a un mayor riesgo, debido a errores humanos o fallas mecánicas, al aumento del estrés y a la autonomía limitada de personal de enfermería. Se concluye, que el uso de la tecnología depende de quien realiza la práctica clínica y de su compartimiento frente a lo que conoce de ella.

Por otra parte, Barnard y Sandelowski (28) han concluido que lo que determina las experiencias, tales como la deshumanización, no es la tecnología “per se”, sino cómo la tecnología individual opera y se utiliza en usuarios específicos (los significados que se le atribuyen), cómo los individuos o grupos culturales definen lo que es humano y el sistema tecnológico, que crea razones y el orden eficiente dentro de la enfermería, la atención de la salud y la sociedad. Es la tecnología, según Rodríguez, cuando se “convierte en un fin en sí mismo” (72), la que embandera el cuidado del paciente y tiende a desplazar el concepto esencial –de salud, enfermedad, estabilidad, criticidad - del profesional de enfermería; como se concluye en esta investigación, el uso de la tecnología e interacción enfermera – paciente desde el punto de vista de las enfermeras, es muy personal el concepto que se tiene de los elementos tecnológicos, si se convierte en un “fin en sí mismo” o en “un medio para un fin”, todo depende del enfoque que las enfermeras tengan al utilizarlos.

En cuanto a los problemas, como bien lo menciona Wikström AC (83) en el estudio “technology – an actor in the ICU: a study in workplace research tradition”, “los humanos y los instrumentos se entrelazan en el proceso de resolución de problemas”; son las personas quienes actúan frente a una situación determinada, son ellas quienes deciden que hacer frente a la situación y en este proceso existirán quienes acepten a la tecnología como un medio de acercamiento o, por el contrario, como medio para alejarse del paciente; es allí donde se establece una adecuada o inadecuada interrelación enfermera – paciente. Locsin y Purnell (65), por su parte, también ayudan a que en estas afirmaciones confirmen que la *“medida de los beneficios de la visión y la representación visual en la atención de salud depende no sólo de la inteligencia y la precisión de la tecnología, sino también en el lugar que tiene dentro del contexto de la atención, nuestra práctica clínica, y las expresiones de la atención”*.

En general, en esta investigación se establecen los procedimientos como un medio de interacción, de contacto. La condición crítica del paciente por su parte, es otro mediador del contacto, representado por la máxima interacción en esta investigación, una relevante confirmación de que en los servicios de urgencias, mediados por las situaciones críticas de salud que se deben resolver en el paciente, permiten al profesional de enfermería un cuidado más directo basado en las condiciones clínicas del usuario. Debe recordarse que los procedimientos son una oportunidad para interactuar, pero por sí mismos no son interacciones.

Para finalizar, se hace importante resaltar, aunque no sea el objeto de estudio, que las enfermeras, quienes laboran en los servicios de urgencias, saben que tienen como función principal “suplir necesidades inmediatas”, dilucidadas como “calmar el dolor, minimizar algo que le está perjudicando la vida” al paciente. Las actividades propias de enfermería, dentro del contexto de urgencias, no se realizan de la manera que las enfermeras que allí laboran desearían, puesto que la condición del servicio hace que se vivan intensamente situaciones diferentes en

el día a día. Inclusive los mismos participantes manifestaron la angustia de no poder acercarse al paciente tanto como deberían.

## 8. CONCLUSIONES

A continuación, se expone un resumen de los hallazgos más generales y de los aspectos conclusivos más destacados en las categorías y subcategorías, así como elementos centrales que se quieren dilucidar con el fin de apoyar las recomendaciones y algunas conclusiones de aproximación teórica.

Las enfermeras indagadas en el presente estudio y que laboran en los servicios de urgencias, asumen la tecnología como todos aquellos aparatos, instrumentos y materiales tecnológicos que están a su disposición para facilitar su quehacer diario, permitiéndoles generar parámetros (este verbo no existe en el diccionario español) con cifras precisas y con mayor rapidez, signos vitales y otros procedimientos que en forma manual requerirían más tiempo para su utilización (desplazando la subjetividad del enfermero), al apoyar el diagnóstico clínico y con ello contribuir a la construcción de los cuidados de enfermería (el saber cómo actuar, saber cómo atender).

El cuidado de enfermería está condicionado por las interacciones enfermeras, que a su vez están mediadas por la confianza, las fases, el rol de la enfermera y del paciente en el momento de establecer la relación(11). En el uso de la tecnología y su intervención en la interacción enfermera – paciente, hay elementos mediadores que provienen de la persona, de la formación, de las condiciones del paciente y del servicio o unidad, algunos aspectos no deberían condicionar la interacción puesto que, desde el punto de vista ético y profesional el cuidado debe ser igual para todos, pero estos asuntos se hacen visibles en tanto son seres humanos y la realidad que expresan.

El hecho de tomar los elementos tecnológicos, como “un medio para un fin” o como un “fin en sí mismo”, depende del enfoque que las enfermeras tengan al



utilizarlos. Para algunas enfermeras los elementos tecnológicos son un medio para acercarse al paciente, generarle confianza, explicarle el funcionamiento de los aparatos, establecer necesidades de cuidado, charlar con él, entre otros; mientras que para otros, dichos elementos serán un medio para agilizar su labor, permitiéndole terminar más rápido las actividades diarias y realizar los procedimientos con mayor precisión.

Haciendo énfasis en una de las ideas centrales de la aplicación de la tecnología en enfermería, mencionada en este texto, se concluye que la tecnología más bien tiene la característica de ser dual en vez de neutral, puesto que no es simplemente positiva o negativa a secas, en el estudio se observa un desplazando de la pretendida neutralidad, debido a que depende del profesional si la toma como un medio para fin o un fin en sí mismo.

Este trabajo pretende desmitificar el estereotipo proveniente de construcciones dicotómicas en las cuales se dice que la tecnología es buena o mala; puesto que existen las mediaciones duales dadas por las personas – enfermeras y pacientes – y por el entorno. Los elementos mediadores de la persona son, la formación, la empatía, el desconocimiento y la falta de habilidad; las condiciones del paciente son sus demandas, su trato y testarudez; las condiciones de la unidad de emergencias son el estrés, la rapidez y las situaciones cambiantes.

Con respecto a la utilización de los elementos tecnológicos y su función en la interacción enfermera – paciente, se puede establecer que finalmente, depende de quién y para qué sean usados, el “*depende de*” alude a una persona o cabeza pensante y también a que dicha persona hace que el paciente no desaparezca como sujeto. Para algunas enfermeras los elementos tecnológicos son un medio para acercarse al paciente, generarle confianza, explicarle el funcionamiento de los aparatos, establecer necesidades de cuidado, charlar con él, entre otros;

mientras que para otros, dichos elementos serán un medio para agilizar su labor, permitiéndole terminar más rápido y con mayor presión las actividades diarias.

En cuanto al contexto de urgencias, se comparten la tensión, el estrés y la rapidez en la acción y, a pesar de dicho contexto, los participantes fueron capaces de identificar formas de mantener la interacción profesional con el paciente, hasta el punto de sentir culpabilidad cuando no podían interactuar de la forma que ellos consideraban adecuada o apropiada.

Los resultados arrojaron una dicotomía en cuanto a las mentalidades que se denominaron tecnológica y clínica; la mentalidad tecnológica se tipifica como urbana, privada y con atención de calidad; por el contrario, la clínica se tipifica como “de combate”, pública y empírica, lo cual significa de menor calidad. En la mentalidad tecnológica algunas enfermeras confían demasiado en los aparatos utilizados, hasta el punto de decir que las actividades no las podría hacer si no existiera la herramienta tecnológica; mientras que en la mentalidad clínica, se confía más en las habilidades manuales y en el establecimiento de sus propios parámetros. El antagonismo referido también contribuye al desprestigio de los clínicos y de las instituciones de primeros y segundos niveles y fácilmente pueden volver a las instituciones, a las personas y a los mismos pacientes dependientes de la tecnología, al mismo tiempo que no les permite ver a los profesionales clínicos y expertos que conocen de sus funciones de su profesión aun prescindiendo de los recursos suficientes para la atención y el cuidado. Esta tipología sirve para ejemplificar la relación de las enfermeras con la tecnología, y sus implicaciones en el cuidado puesto que la mentalidad tecnológica tomada a ultranza, puede alejar la enfermera del paciente.

Se resalta el carácter irremplazable del profesional de enfermería; los elementos tecnológicos no tienen la potestad de brindar cuidado directo al paciente; quien tiene la capacidad de cuidar es el ser humano, el profesional de enfermería es

quien interpreta o recibe ayuda de la tecnología, toma decisiones y actúa frente a la interpretación de la situación del paciente.

El carácter de imprescindible de la tecnología para los profesionales de enfermería significa que sin su existencia no hay planes B, ni otras soluciones a los problemas del servicio y del paciente. Al mismo tiempo, cabe anotar que para otros profesionales si no existe la tecnología, es necesario actuar frente a las situaciones con recursos manuales, dado el carácter irremplazable del profesional.

La caracterización del mundo material se construyó con los aportes de los participantes, pero está lejos de ser exhaustiva, por un lado, y por otro, también está lejos de verse en todos los componentes de la práctica. La tecnología más visible por parte de los participantes fue la más reciente, solo después de una reflexión reconocían que otros elementos del mundo material también son elementos tecnológicos.

Los participantes reconocieron la precisión y la rapidez que dan los elementos tecnológicos, como los atributos más apreciados de la tecnología, características que permiten al profesional de enfermería planear los cuidados que deben brindarse a los pacientes mediante el control y monitoreo y hacer más seguras las intervenciones y la toma de decisiones. M. Cooper (14) ya se refería a la tecnología en el sentido de mejorar el conocimiento de la persona cuidada, tal como se refirió en el planteamiento del problema.

A través de los resultados se ve más clara la existencia de un proceso de cuidado de los equipos, ejercido por los profesionales de enfermería que el cual consiste en manejar stock, surtir, revisar, hacer pruebas, contar, recontar, verificar su funcionamiento, supervisar y vigilar; es tal el compromiso con dicho proceso que los profesionales cuidan a los equipos como si fueran pacientes.

El mundo material en forma medianamente consciente fue comprendido por los participantes como instrumental, pero se debe reconocer que para los participantes la tecnología es herramienta para la clínica y la práctica, es decir tal como dice Harding (26) y Barnad (27).

El cuidado que brinda el profesional de enfermería se caracterizó en tres dimensiones: la primera un cuidado directo, que permite mayor interacción, traducido como asistencial; la segunda como cuidado medianamente directo, no mencionando en la literatura, pero que esta investigación precisa como las labores conjuntas entre el profesional de enfermería y las auxiliares de enfermería a favor de la resolución de las necesidades del paciente, es el cuidado a través de otros pero supervisado por la enfermera –entrega de turnos, asignación de pacientes y cumplimiento de órdenes medico-delegadas-; y en la tercera un cuidado de tipo indirecto, relacionado con la gestión de procesos y con la organización de la institución.

Existen equipos de atención directa que ayudan en la reanimación y otros que permiten la agilización de procesos en la atención indirecta. Diariamente el profesional de enfermería utiliza elementos tecnológicos que le ayudan en su quehacer diario, en las funciones asistenciales y administrativas. Una de ellas fue mantener “*calmado al paciente...*” (Liliana: E8P6PAR32-35), lo que forja en él, su familia y el personal de enfermería la capacidad de “afrontamiento” (107) y facilita una apropiada comunicación, relación e interacción entre los participantes.

Al utilizar la historia clínica electrónica, el contacto con el paciente se pierde o no es el adecuado al invertir tiempo en la digitación, ya sea por falta de pericia en ello o por falta de computadores en el servicio. Las mayores pérdidas de tiempo se observan cuando existen fallas en los sistemas lo cual constituye una verdadera trampa de la tecnología; debería existir un soporte y un plan alternativo de manera que su funcionamiento se asegure en forma permanente.

Una de las ventajas encontradas en esta investigación con respecto al uso de la tecnología, es la verificación escrita de las órdenes médicas, con lo cual se da solución a un problema de vieja data, evitando al máximo los errores que anteriormente se podían cometer en la interpretación de las mismas.

Se obtuvieron algunos significados para los pacientes frente a la tecnología. Cuando un paciente tiene venoclisis tanto él como las personas que lo cuidan sienten que él está conectado a la institución y por ende a nosotros. Estar conectado es “estar atendido”. La metáfora de conectar se vincula en forma rápida con la conexión a la tecnología.

La interacción de la enfermera – paciente también se puede establecer a través de la gravedad o criticidad que presenta el paciente al llegar al servicio de urgencias; es decir, pacientes clasificados como triage uno (en peligro de muerte), son los que tienen mayor atención y cuidado directo por parte del profesional en enfermería.

Las condiciones de la enfermera, mencionadas en este estudio en la subcategoría mínima interacción, van enfocadas hacia la ignorancia del paciente no deberían ser tomadas como una excusa para no brindar educación, así se pierde una oportunidad valiosa de interacción al solucionar las dudas del paciente y su familia. Además de las condiciones que se viven en los servicios de urgencias en hospital, la rapidez con la cual se debe actuar y lo inesperado de las situaciones que igualmente provocan el estrés y la tensión de los involucrados.

Tal como plantearon los autores, Ray (16), Allan y Hall (44), Barnard y Sandelowski (28), esta investigación avanzó en la comprensión de las relaciones entre la tecnología y las experiencias de los individuos, los grupos de enfermería y el aporte fundamental de los significados.

Podemos decir que, las teorías no sugieren cómo la tecnología se sitúa como un medio, es por ello que se hace relevante mencionar a la tecnología como mediadora; nos da elementos para seguir luchando desde la cátedra por que la interacción enfermera - pacientes sea un pilar del cuidado y evitar la mecanización de la profesión y el viraje profesional hacia una mentalidad meramente tecnológica.

## 9. RECOMENDACIONES

Hay conciencia del contexto que se vive en los servicios de emergencia en cuanto a las implicaciones de tiempo, las múltiples actividades, las funciones administrativas, el flujo aumentado de pacientes, la cantidad de pacientes demandantes, el estrés que generan estos servicios, los diferentes estratos socioeconómicos de los pacientes y el que otros realicen las labores propias del enfermero profesional, representan grandes limitantes para generar y mantener la interacción enfermera - paciente (permite cuidado indirecto, sin contacto). Una de las recomendaciones es tratar estos asuntos en comités por ejemplo de salud mental y de ética con el fin de evitar que este tipo de trabajo se convierta en justificación para disminuir la calidad de interacción enfermera-paciente.

Mediante grupos focales, capacitaciones, comités, entre otros, permitir al profesional de enfermería adquirir la conciencia de diferenciar el actuar del interactuar: la primera puede tener menos validez teórica y práctica; y, la segunda, requiere tiempo y presencia del profesional de enfermería para lograr la retroalimentación y llegar a la empatía con el paciente.

Según lo establecido por los participantes en la investigación, si no existiera la carga de actividades administrativas, mejoraría la interacción y por ende, el cuidado directo al paciente, ya que el tiempo que se dedica a administrar podría dedicarse más a las funciones asistenciales. Por lo tanto, sería necesario someter la discusión de las posibles soluciones a las asociaciones de enfermeras u otros órganos competentes puesto que están implicadas labores de responsabilidad administrativa. La disminución de las labores administrativas no tiene consenso y la discusión está lejos de resolverse: hay un grupo de profesionales que aseveran que la razón de ser del profesional de enfermería es el cuidado al paciente y no

las funciones administrativas; mientras, para otros, la función administrativa es más relevante para el profesional de enfermería que la dedicación que debe brindarse a la parte asistencial. Esta dualidad entre los pensamientos de los participantes de la investigación bien podría superarse si se hiciera una reflexión sobre la proporcionalidad en el ejercicio de estos dos grandes grupos de funciones. Más contundentes fueron los resultados frente al el proceso de cuidado de los equipos. Si éste no fuera de la incumbencia del profesional, sería un aporte al tiempo de interacción directa con el paciente. Las enfermeras deberían contar con profesionales o técnicos que realizaran esta labor en forma responsable y eficiente. Igual ocurre con el computador y el teléfono que desgasta el tiempo, pero a través de los cuales se realizan funciones administrativas. Las anteriores son algunas recomendaciones, se espera que en la socialización de resultados con los participantes, surjan mejores y más apropiadas contribuciones frente a los aspectos encontrados que desfavorecen la interacción enfermera - paciente.

Se sugiere abogar por el apoyo de las secretarias de sala cualificadas para que sean ellas, quienes realicen algunas labores administrativas: consecución de citas, llamados a especialistas, tramite de órdenes, pedido de material, entre otros, siempre bajo la supervisión del personal de enfermería, quien tiene la responsabilidad de mantener el servicio con todas las condiciones adecuadas en pro del paciente y de su labor como profesional.

Urge una reflexión que motive la delegación del cuidado de los equipos en personal calificado, es decir, con entrenamiento específico para ello; incluso se recomienda que este personal sea quien entrene a los profesionales de salud en cuanto al manejo y cuidado de los equipos, evitando errores en la utilización de los mismos y daños prevenibles en su uso diario.

Disminuir en la medida de lo posible las posiciones extremas antagónicas, es decir, agregarle humanización a la mentalidad tecnológica y aumentar el apoyo



tecnológico a las personas con mentalidad primordialmente clínica que desconfían en su utilización, la idea es buscar en los profesionales un mejor equilibrio que permita el acercamiento clínico y el apoyo tecnológico para beneficio del paciente.

Referente al contacto, se enfatiza que el trato amable fue significativo para la interacción que se le brinda a los pacientes relacionado con las acciones conocidas como formalismos para las enfermeras, tales como: presentación, saludo, diálogo, anamnesis, comunicación verbal y no verbal. Lo anterior muestra cómo lo que se conoce como formalismos convencionales hace sentir al paciente atendido, por tanto, es necesario insistir en la cualificación de los formalismos como parte de la normalización del trato para todas las personas.

Se recomienda seguir la línea de indagaciones sobre la interacción y la tecnología en sus relaciones complejas para, al mismo tiempo, mejorar en forma técnica y hacer más humana la atención; estos dos aspectos no tienen por qué ser incompatibles. Sería bueno hacer investigación en esta línea en unidades en las cuales el paciente comparta características con los pacientes de urgencias; un ejemplo sería en unidades con el mismo nivel de estrés, como el caso de los servicios de maternidad, sala de partos. De la misma manera, levantar el punto de vista de los pacientes sería altamente relevante.

Podemos decir que las teorías no sugieren cómo la tecnología se sitúa como un medio, es por ello que se hace relevante mencionar a la tecnología como mediadora; nos da elementos para seguir luchando desde la cátedra por que la interacción enfermera - pacientes sea un pilar del cuidado y evitar la mecanización de la profesión y el viraje profesional hacia una mentalidad meramente tecnológica.

Es muy satisfactoria la conclusión del carácter irremplazable del profesional de enfermería frente a la tecnología y la lucha descrita por los participantes para estar

“al frente del paciente”. De igual forma, éstos fueron contundentes en afirmar que los elementos tecnológicos no tienen la potestad de cuidar del paciente. Por tanto, se deben estimular todos los elementos personales y profesionales de enfermería para que esta postura de considerar como el valor máximo “estar al frente” se cultive puesto que también encierra un gran sentido de responsabilidad que es altamente significativo tanto para los pacientes como para los profesionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopera MM. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm.* 2006;15(54):48-52.
2. Agudelo MCC. Perspectiva del cuidado profesional de enfermería. *Enf Neurol.* 2008;7(3):89-95.
3. Dancausse F, Chaumat É. La información en enfermería: Transmisiones diana: guía metodológica. Barcelona: Masson; 2004. 5 p.
4. Raya DAA. Fundamentos de la relacion enfermera-persona sana o enferma. *Rev Cubana Salud Publica.* 2004;30(4).
5. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.* New York: Springer Publishing Company; 1991. 17 - 42 p.
6. Vásquez D. *Diccionario de enfermería.* 3 ed. Madrid: Editorial Complutense; 2001. 420 p.
7. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development & Progress.* fifth ed: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams and Wilkins; 2012. 259 p.
8. Orlando IJ. *The dynamic nurse-patient relationship : function, process, and principles professional nursing pratice.* New York: G,P putnam's Sons; 1962.
9. Bellak L, Small L. *Psicoterapia breve y de emergencia.* 2 ed. Cuauhtémoc: Pax México 2006. 243 p.
10. Pinho LBD, Santos SMAD. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Index de Enferm.* 2006;15(54):20-4.
11. Salazar OAB. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Invest Educ Enferm.* 2006;24(2):144-50.

12. Sandelowski M. (Ir) Reconcilable Differences? The Debate Concerning Nursing and Technology. *J Nurs Scholarship* 1997;29(2):169-74.
13. Sandelowski M. *Devices & desires : gender, technology, and American nursing*. Chapel Hill: University of North Carolina Press; 2000.
14. Cooper MC. The intersection of technology and care in the ICU. *Adv Nurs Sci*. 1993;15(3):23-32.
15. Jones C, JW A. The technology of caring: A synthesis of technology and caring for nursing administration. *Nurs Adm Q*. 1993;17(2):11-20.
16. Ray M. Technological caring: a new model in critical care. *Dimens Crit Care Nurs*. 1987;6(3):166-73.
17. Sandelowski M. Toward a theory of technology dependency. *Nurs Outlook*. 1993;41(1):36-42.
18. Locsin R. Machine technologies and caring in nursing. *J Nurs Scholarship*. 1995;27(3):201-3.
19. Neto ER, Carrillo G, Souza AMDA. Tecnología educacional en enfermería: marco conceptual y experiencias de los centros latinoamericanos. *Educ Méd Salud*. 1979;13(4):401-16.
20. McGrath M. The challenges of caring in a technological environment: Critical care nurses' experiences. *J Clin Nurs*. 2008;17(8):1096-104.
21. Senaris JL. Innovación tecnológica y bienestar social. *Humanitas*. 2003;1(13):215-20.
22. Kiekkas P, Karga M, Pouloupoulou M, Karpouhtsi I, Papadoulas V, Koutsojannis C. Use of technological equipment in critical care units: nurses' perceptions in Greece. *J Clin Nurs*. 2006;15(2):178-87.
23. Haghenbeck K. Critical care nurses' experiences when technology malfunctions. *JNY State Nurses Assoc*. 2005;36(1):13-9.

24. Barnard A. Alteration to will as an experience of technology and nursing. *J Adv Nurs*. 2000;31(5):1136-44.
25. Barnard A. Philosophy of technology and nursing. *Nurs Philos*. 2002;3(1):5-26.
26. Harding S. *Value-laden technologies and the politics of nursing*. New York: Springer; 1980.
27. Barnard A. Technology and nursing: an anatomy of definition. *Int J Nur Stud*. 1996;33(5):433-41.
28. Barnard A, Sandelowski M. Technology and humane nursing care:(ir) reconcilable or invented difference? *J Adv Nurs*. 2001;34(3):367-75.
29. Fairman J, D'Antonio P. Virtual power: gendering the nurse–technology relationship. *Nurs Inq*. 1999;6(3):178-86.
30. Sandelowski M. Nursing, technology and the millennium. *Nurs Inq*. 1999;6(3):145.
31. Fry S. The philosophy of nursing. *Sch inq Nurs Pract*. 1999;13(1):5-15.
32. Purkis M. Embracing technology: an exploration of the effects of writing nursing. *Nurs Inq*. 1999;6(3):147-56.
33. Marck P. Recovering ethics after 'technics': developing critical text on technology. *Nurs Ethics*. 2000;7(1):5-14.
34. Locsin R. The Culture of Technology: Defining Transformation in Nursing, from "The Lady with a Lamp" to "Robonurse"? *Holist Nurs Pract*. 2001;16(1):1-4.
35. Simpson R. No-borders nursing: how technology heals global ills. *Admin Nurs Q*. 2004;28(1):55-9.
36. Dolors G. *Atlas básico de exploraciones y descubrimientos*. 2 ed. Barcelona: Parramón; 2005. 9 p.

37. Núñez FC. Humanizar la tecnología: la asignatura enfermera. *Index Enferm.* 2005;14(48-49):69-70.
38. Jiménez AP. Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención. Palma Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2003.
39. Caramés JC. De la tecnología blanda a la tecnología dura. *Rev entorno-empresarial.com* [internet]. Junio 2006. [consultado 2010 mar 9]: Disponible en: <http://www.entorno-empresarial.com>.
40. Benítez IRH. Impacto de las transformaciones tecnológicas producidas en las transformaciones sociales de la humanidad. *Revista Electrónica Facultad de Enfermería UVM.* 2009;3(2):1-16.
41. Zsögön Sjd, Martínez SSJ. Concepto, caracteres y principios rectores del Derecho ambiental. 2 ed. Madrid: Dykinson; 2004. 156 p.
42. Londoño M, Morera G, LaVerde P. Garantía de Calidad en Salud. 2 ed. Bogotá DC: Panamericana; 2006. 177 p.
43. Bettinelli L. Demonstrando consciência solidária nas relações do cuidado hospitalar: fazendo emergir o sentido da vida. [Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
44. Allan J, Hall B. Challenging the focus on technology: a critique of the medical model in a changing health care system. *Adv Nurs Sci.* 1988;10(3):22-34.
45. Fairman J. Watchful vigilance: nursing care, technology, and the development of intensive care units. *Nurs Res.* 1992;41(1):56-60.
46. Walters A. Technology and the lifeworld of critical care nursing. *J Adv Nurs.* 1995;22(2):338-46.
47. Rudge T. Situating wound management: technoscience, dressings and 'other' skins. *Nursing Inq.* 1999;6(3):167-77.
48. Hodge B, Anthony W, Gales L. *Organizational Theory.* 5, editor. Canada: Pearson Education Canada; 1988.

49. González BC, Lorenzo LC. Evaluación de la Gestión de la Tecnología y la Innovación en una Unidad de Información. *Revista de Arquitectura e Ingeniería*. 2009;3 (2): 1 - 3.
50. Rios MC, Marcon DSG. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):15-6.
51. Corsi G, Esposito E, Baraldi C. Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhman. México D.F: Universidad Iberoamericana; 1996. 96 p.
52. Suárez Z. Del homo sapiens al hombre-máquina: un debate de determinismo. *Episteme*. 2005;6(2):1-7.
53. Eroles A, Barns J, Lapuente L, Estivill V. Su empresa, de clase mundial: un enfoque latinoamericano. México D.F: Panorama; 1998.
54. Glowka L, Burhenne-Guilmin F, Synge H, International Union for Conservation of N, Natural R. Guía del Convenio sobre la Diversidad Biológica. Gland [Switzerland]; Cambridge [England]; IUNC1996.
55. Calvache Pérez M. La enfermería Sistémica. Propuesta de un modelo ecológico. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
56. Ceberio MR. La buena comunicación : las posibilidades de la interacción humana. Barcelona: Paidós; 2006.
57. Cibanal JL, Sánchez MDCA, Balsa MDCC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. 2 ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
58. Sánchez ZM. Aprendizaje y cognición. San José, costa Rica: EUNED; 1995.
59. Enfermeros. Del Consorcio Sanitario de Tenerife Temario. Alcalá de Guadaira (Sevilla): MAD; 2004.
60. King IM. Enfermería como profesión : filosofía, principios y objetivos. México; España: Editorial Limusa; 1984.
61. Martí GN, Canut MTL, Vergara MDMLd. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Elsevier Poyma; 2000. 4 - 5 p.

62. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. 2 ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1971. 121 -6 p.
63. Riehl-Sisca J, Roy C. Conceptual models for nursing practice. Michigan: Appleton-Century-Crofts; 1974. 34 p.
64. Palacios-Ceña D. Modernidad, positivismo y tecnología: Influencia en la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico. *Index Enferm.* 2008;17(3):188-92.
65. Locsin RC, Purnell MJ. A contemporary nursing process: the (un) bearable weight of knowing in nursing. New York: Springer Publishing company; 2009.
66. Xiaoping W. La segunda declaración: El desafío chino a la visión futurista de Toffler. Madrid: Nowtilus; 2010.
67. Ibáñez MH, Calvo RG. Humanización y tecnología sanitaria: ante el proceso final de la vida. *Index de Enferm.* 2004;13(46):49-53.
68. Bunge M. Epistemología: Curso de actualización. 4 ed. México D.F.: Siglo Veintiuno; 2000.
69. Mendes IAC, Marziale MHP. El camino innovador y emprendedor de la revista Latino-Americana de Enfermería en la adopción de políticas Internacionales. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(2):189-90.
70. Eslava D. Enfermería, Informática e Internet: Rompiendo paradigmas, abriendo caminos; Nursing, informatics and internet. *Actual Enferm.* 2004;7(2):17-24.
71. Dias L, Monticelli M, Reibnitz K, Lima L. Possibilidade de conhecimento e arte na producto de inventos de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 1996;5(1):92-110.
72. Rodríguez BE. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enferm clín.* 2003;13(3):164-70.



73. Bastos M. O saber ea tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(2):131-36.
74. Mahon M. Technology in hospice: Is it a contradiction? *Home Healthc nurse*. 2006;24(8):527-31.
75. Dragon N. Patient care in a technological age. *Aust Nurs J* 2006;14(1):16-9.
76. Barra D, Nascimento E, Martins J, Albuquerque G, Erdmann A. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletr Enf*. 2009;8(3):30.
77. Heidegger M. *The Question concerning Technology and Other Essays*. Michigan: Harper and Row; 1977.
78. Overton P, Schneck R, Hazlett C. An empirical study of the technology of nursing subunits. *Adm Sci q*. 1977;22(2):19.
79. Cabal M. Reguladores y tendencias de las tecnologías al servicio de la medicina moderna. *Rev Cubana salud pública*. 2008;34(3):5.
80. Vilora N. Tecnología de la información para la educación, investigación y aplicación en el área de la salud. *Salud Uninorte*. 2009;25(2):49.
81. Alvarez AP. *Influencia de la tecnología de la información en los procesos de información y toma de decisiones de las empresas*. Murcia: Universidad de Murcia; 2000. 605-23 p.
82. Llanusa R, Rojo P, HMCaraballo, Capote M, Pérez P. Las tecnologías de información y comunicación: la gestión del conocimiento en el sector salud. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2005;31(1):32.
83. Wikström A. Technology – an actor in the ICU: a study in workplace research tradition. *J Clin Nurs*. 2004;31(5):555-61.
84. Rocha P, Prado L, Lowen M, Carraro E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):113-6.

85. Olaya A. Enfermería básica. Piura: Escuela Profesional de enfermería ULADECH; 2007.
86. Orlando I. The discipline and teaching of nursing process: An evaluative study. New York: G,P Putnam's Sons; 1972.
87. Lamata F, Conde J, Martinez B, Horno M. Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santo; 1994.
88. Cisneros G. Introducción a los modelos y teorías en enfermería. Popayán: Universidad del Cauca, Programa de Enfermería; 2002.
89. Sitzman K, Eichelberger LW. Understanding The Work Of Nurse Theorists: A Creative Beginning. Subbury: Jones and Bartlett; 2004.
90. Pearson A, Vaughn B, Fitzgerald M. Nursing models for practice. Edimburgh: Elsevier; 2005.
91. Parsons T. The social system. New York: Free Press; 1951.
92. Basavanthappa B. Nursing theories. New Delhi: Jaypee Brother Medical; 2007.
93. Glasser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing. 1967.
94. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
95. Báez J, Tudela PD. Investigación cualitativa. Madrid: ESIC; 2007.
96. Guzman SR. TCAE en urgencias pediátricas. Málaga: Vértice; 2009.
97. Pérez ML. Introducción a la enfermería. México D.F: Limusa 2004.
98. López G, Rovira G. Enfermería en urgencias: una visión global. Sevilla: MAD. 2004.

99. Desler G. Administración de personal. Naucalpan de Juárez: Person Educación de México; 2001.
100. Nuñez RV. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería actual. Memorias del VI simposio: actualizaciones en enfermería [Internet]. [Consultado 2010 sep 6]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria4101-sindrome.htm>.
101. Benjamín S. El estrés: ¿qué es? México D.F: Publicaciones Cruz 2000.
102. Gallego F. El pensamiento crítico. Barcelona: Paidós Plural Ibérica; 2004.
103. Newberry L. Sheehy, Manual de Atención de Urgencias. Madrid: Elsevier; 2007.
104. García MA. [C]Evaluación de los componentes de los sistemas de recuperación de la información. Valencia: Universitat de Valencia; 1997.
105. Glaser B. Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. New York: sociology Press; 1978.
106. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med. 2003;34(3):67.
107. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
108. Benner P, Tanner C, Chesla C. Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics. 2 ed. New York: Springer 2009. 137 p.
109. Pinch T. The invisible technologies of Goffman's sociology from the Merry-go-round to the internet. Technol Cult. 2010;51(2):409-24.
110. Maerk J, Cabrolíé M. ¿Existe una epistemología latinoamericana? México, DF: Universidad de Quintana Roo; 2000.
111. Zemelman H, Merino HZ, León E. Los horizontes de la razón I. Dialéctica y apropiación del presente. Barcelona: Antrhopos; 1992.

112. Zemelman H. Necesidad de conciencia: Un modo de construir conocimiento: Barcelona: Anthropos; 2002.

## ANEXOS

### Anexo 1. Entrevista semiestructurada

PREGUNTAS BÁSICAS
Por favor, ¿Podría describir las actividades realizadas por usted durante un día de trabajo?
Dentro de estas actividades ¿puede describir el uso que hace de la tecnología para el cuidado de enfermería?
¿Qué significado le da usted a la tecnología en enfermería?
¿Puede describir cómo la tecnología interviene en el cuidado que usted brinda en el servicio de urgencias?

## **Anexo 2. Consentimiento informado**

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que se me aplique una entrevista grabada, realizada por la estudiante de la Maestría en Enfermería Yeimy Granados Pemberty, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia de la ciudad de Medellín.

Comprendo que la entrevista formará parte de una investigación cuyo objetivo es Conocer el significado atribuido por las enfermeras en cómo el uso de la tecnología interviene en la interacción enfermera-paciente en los servicios de urgencias.

Seré entrevistada (o) en el lugar que yo estime conveniente y teniendo en cuenta los horarios establecidos por mí. Se me harán algunas preguntas sobre mi experiencia con la tecnología en el servicio de urgencias y mis respuestas serán anónimas. Es también de mi conocimiento que la investigadora podrá ponerse en contacto nuevamente conmigo en el futuro, a fin de obtener más información.

Entiendo que fui elegido (a) para participar en este estudio porque soy enfermera (o) profesional y laboro actualmente en un servicio de urgencias; además participaré en el estudio con otras enfermeras (os), que reúnan las mismas condiciones. Concedo libremente esta entrevista; se me ha notificado que es voluntaria y que, aún después de ser iniciada, puedo rehusarme a responder alguna pregunta, decidir darla por terminada en cualquier momento o resolver no querer participar. También se me ha informado que tanto si participo como si no lo hago, no tendré represalias en de la Institución que laboro.

Entiendo, además, que no recibiré beneficios personales como resultado de la investigación: no recibiré remuneración económica, ni en especie por mi participación en esta entrevista grabada.

Entiendo que los resultados de esta investigación me serán proporcionados si los solicito y que la estudiante de la Maestría en Enfermería de la Universidad de Antioquia es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna inquietud acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo y la puedo localizar en el número 315 524 67 90.

Firma Profesional de enfermería \_\_\_\_\_

Cédula Número \_\_\_\_\_

Fecha diligenciamiento \_\_\_\_\_

**Anexo 3. Datos básicos de los participantes**

Entrevista Número \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estrato socioeconómico: 1\_\_\_ 2\_\_\_ 3\_\_\_ 4\_\_\_ 5\_\_\_ 6\_\_\_

Sexo: Femenino\_\_\_ Masculino\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo es usted profesional de enfermería? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva laborando en el servicio de urgencias? \_\_\_\_\_

¿Ha realizado otros estudios?: Si\_\_\_ No\_\_\_

Si su respuesta es sí ¿cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

---

¿Cuál desea que sea su seudónimo?

---

Hora Inicio \_\_\_\_\_

Hora Culminación \_\_\_\_\_