



**Retrasar u omitir el cuidado de enfermería:  
la experiencia de enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo en Medellín  
Delaying or omitting nursing care:  
the experience of nurses in adult Intensive Care Units in Medellin**

Esteban Gil Vidal

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Enfermería

Tutor

William Iván López Cárdenas, Magíster (MSc) en Salud Pública

Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Enfermería  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2023

<b>Cita</b>	(Gil Vidal, 2023)
<b>Referencia</b>	Gil Vidal, E. (2023). <i>Retrasar u omitir el cuidado de enfermería: la experiencia de enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo en Medellín, 2020 - 2003</i> [Tesis de maestría]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	



Maestría en Enfermería, Cohorte VI.

Grupo de Investigación Promoción de la Salud.

Centro de Investigación Facultad de Enfermería (CIFE).



Biblioteca Enfermería

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** Jhon Jairo Arboleda Céspedes.

**Decano/Director:** Juan Guillermo Rojas Grisales.

**Jefe departamento:** Sandra Catalina Ochoa Marín.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

Dedicado a mis colegas enfermeras, quienes, desde mi perspectiva, han sufrido de manera avasallante los efectos de fuerzas superiores que siempre intentan dominarlas, limitarlas y reducirlas a su más mínima expresión, esa en la que ya no son dueñas del cuidado para el otro y sin embargo, en una demostración de resistencia, combaten con valentía para no perder lo que les pertenece, lo cual me recuerda que hay una parte de nosotros que se sobrepone a la adversidad, esa que es resiliente, que contiene lo mejor de cada uno y que mantiene su pureza intacta, pues nada la contamina.

## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios, quien siempre me puso las situaciones que necesitaba vivir para construirme como un mejor ser humano.

A mi madre, por su ejemplo, amor, acompañamiento y solidaridad, atributos que me ayudaron no solo a comprender cómo debía afrontar las diversas situaciones que me acompañaron en este camino sino también a lograr cada objetivo trazado.

A mi padre, que, en ocasiones de manera un poco fantasiosa, me mostraba lo positivo que había que ser ante la vida, así la realidad se sintiera intimidante.

A mi negrita, quien a través del amor me transmitió alegría, esperanza y calma, aspectos esenciales para dejar de temer y superar un camino que no fue fácil, pero que me dio todo lo que tenía, haciéndome más rico, más sabio.

A mi asesor de tesis, por llevarme a altos niveles de exigencia que me devolvieron la confianza en mí mismo, en mis habilidades, y me demostraron lo que puedo lograr.

A las participantes de esta investigación que, con sus enriquecedoras experiencias, me enseñaron que el cuidado es ese hijo al que hay que proteger de los peligros, las adversidades y las fuerzas que nos lo quieren arrebatar de las manos.

A cada una de las personas que en algún momento estuvo ahí, desde la cercanía o la distancia deseando que cumpliera esta meta.

A mí mismo, por mantenerme congruente con mis ideales y valiente para no rendirme ante las adversidades.

## Tabla de contenido

Resumen .....	9
Abstract .....	10
1. Problema de investigación .....	11
2. Objetivos .....	16
2.1. Objetivo general .....	16
2.2. Objetivos específicos .....	16
3. Justificación .....	17
4. Marco conceptual.....	21
4.1. Relación enfermera paciente .....	21
4.2. Omisión de cuidados.....	28
4.3. Modelos de provisión de cuidados de enfermería .....	31
4.4. Aspectos normativos para el cuidado de enfermería en Colombia .....	35
5. Artesanía del método.....	38
5.1. Fenomenología Hermenéutica de Max Van Manen .....	38
5.1.1. La pregunta fenomenológica centrada en la experiencia vivida.....	40
5.1.2. Conversaciones fenomenológicas .....	43
5.1.3. Reflexión fenomenológica hermenéutica y escritura fenomenológica .....	49
5.2. Criterios de rigor metodológico.....	59
5.2.1. La credibilidad.....	60
5.2.2. La auditabilidad.....	60
5.2.3. La transferibilidad o aplicabilidad .....	61
5.3. Aspectos éticos .....	61
6. Las experiencias vividas .....	64

6.1.	Nunca me he sentido completa, tranquila, no soy capaz de repartirme entre tantas cosas.....	66
6.2.	Me siento frustrado por el cuidado mediocre que estamos dando. ....	69
6.3.	Ver que yo también lo descuidé me dio mucha tristeza e impotencia.....	72
6.4.	El sistema de salud llevó al enfermero a desligarse del contacto con el paciente. ....	75
6.5.	Hay cosas que nos han quitado como profesión.....	78
6.6.	Vos haces lo que medianamente o humanamente te da para hacer. ....	81
7.	La experiencia intersubjetiva.....	84
7.1.	Cuidando a las carreras .....	86
7.2.	Omisión de los cuidados: una experiencia de culpa y frustración .....	87
7.3.	El cuidado expropiado en los entornos de trabajo.....	88
8.	Discusión .....	90
8.1.	Brindar cuidados en la adversidad: la enfermería despojada de su esencia y de su sujeto.....	90
9.	Conclusiones .....	106
10.	Referencias bibliográficas.....	109
11.	Anexos.....	118

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de los participantes .....	64
<b>Tabla 2.</b> Significados intratextuales e intertextuales de la experiencia .....	85

## Lista de figuras

<b>Figura 1.</b> Esquema intratextual de temas fenomenológicos. Participante María .....	55
<b>Figura 2.</b> Plan de escritura fenomenológica. Participante María .....	56
<b>Figura 3.</b> Esquema intertextual con algunos temas fenomenológicos .....	58
<b>Figura 4.</b> Nube de palabras con algunos temas esenciales de las participantes .....	59

## Tabla de anexos

<b>Anexo 1.</b> Primer escrito reflexivo .....	118
<b>Anexo 2.</b> Segundo escrito reflexivo .....	121
<b>Anexo 3.</b> Narrativa “Desnudando mi conciencia” .....	130
<b>Anexo 4.</b> Aproximación holística, de marcaje y línea a línea .....	131
<b>Anexo 5.</b> Esquemas visuales con los temas fenomenológicos de cada participante...	132
<b>Anexo 6.</b> Aval ético concedido por el Comité de Ética de Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia (CEI-FE) .....	134
<b>Anexo 7.</b> Consentimiento informado .....	137

## Resumen

La investigación surgió a partir del cuestionamiento propio del investigador sobre su vivencia frente a la omisión de cuidados en UCI y del reconocimiento del fenómeno como campo emergente en el ámbito internacional con escasos desarrollos investigativos a nivel local. **Objetivo.** Comprender los significados de la experiencia vivida por enfermeras de UCI adultos frente al retraso u omisión de los cuidados requeridos por sus pacientes. **Metodología.** Estudio fenomenológico hermenéutico realizado con seis enfermeras de UCI adultos en Medellín-Colombia a partir de tres momentos propuestos por Max Van Manen: i) pregunta, ii) conversación, iii) reflexión y escritura fenomenológicas. **Resultados.** Del análisis intertextual emergieron tres temas centrales que configuran los significados intersubjetivos de la experiencia: 1) Cuidando a las carreras, 2) Omisión de los cuidados: una experiencia de culpa y frustración y 3) El cuidado expropiado en los entornos de trabajo. **Conclusión.** El retraso u omisión de los cuidados se da en un contexto de adversidad en el que la enfermera es despojada del cuidado y del paciente, lo cual desvirtúa su rol profesional, causando sufrimiento moral, falta de plenitud y pérdida de autonomía e identidad.

*Palabras clave:* Enfermería de Cuidados Críticos, Atención de Enfermería, Investigación Cualitativa, Asignación de Recursos para la Atención de Salud, Cuidado perdido de Enfermería, Relación Enfermera Paciente.

### **Abstract**

The research arose from the researcher's own questioning of his own experience of the omission of care in the ICU and the recognition of the phenomenon as an emerging field at the international level with little research development at the local level. **Objective.** To understand the meanings of the experience lived by adult ICU nurses in the face of the delay or omission of the care required by their patients. **Methodology.** Hermeneutic phenomenological study carried out with six adult ICU nurses in Medellín-Colombia based on three moments proposed by Max Van Manen: i) question, ii) conversation, iii) phenomenological reflection and writing. **Results.** Three central themes emerged from the intertextual analysis that configure the intersubjective meanings of the experience: 1) Caring careers, 2) Omission of care: an experience of guilt and frustration and 3) Expropriated care in work environments. **Conclusion.** The delay or omission of care occurs in a context of adversity in which the nurse is stripped of care and the patient, which detracts from her professional role, causing moral suffering, lack of fulfillment and loss of autonomy and identity.

*Keywords:* Critical Care Nursing; Nursing Care; Qualitative Research; Health Care Resource Allocation; Missed Nursing Care, Nurse Patient Relations.

## 1. Problema de investigación

*“Tenemos que darles medicamentos para mantenerlos con vida, debemos asegurarnos de que puedan respirar, y tenemos que mantener su corazón en marcha. Las cosas después de eso se pierden”* (B. Kalisch, 2006).

La omisión del cuidado de enfermería es un fenómeno que hace referencia al retraso, omisión parcial o total del cuidado planeado por los equipos de enfermería para la atención de los pacientes (Kalisch, 2006). Se ha denominado en la literatura como cuidado omitido, cuidado no terminado, cuidado de enfermería no realizado, omisión de cuidados de enfermería, tareas de enfermería no realizadas, tareas de enfermería incompletas, necesidades de cuidado de enfermería insatisfechas o racionamiento del cuidado de enfermería, denominaciones que apuntan al mismo significado (Mandal et al., 2019). En adelante se utilizará el término omisión de los cuidados para hacer referencia al fenómeno.

La omisión de los cuidados está vinculada tanto a la escasez de recurso humano que dificulta la organización del trabajo de enfermería y disminuye el tiempo para proveer los cuidados, como al criterio individual en la toma de decisiones, que es condicionado por el juicio moral y clínico de las enfermeras<sup>1</sup> para determinar los cuidados que pueden ser dados, el orden en que se llevarán a cabo y aquellos que no serán realizados (de Lima et al., 2020; Jones et al., 2015; B. Kalisch, 2006; Mandal et al., 2019; Papastavrou et al., 2014; Suhonen & Scott, 2018; Vryonides et al., 2015).

En 2006, Beatrice Kalisch realizó una investigación cualitativa pionera, en la que identificó que las actividades de enfermería que se retrasaban o perdían regularmente en el área asistencial de varios hospitales de Estados Unidos eran la deambulación, los cambios de posición, la alimentación, educación al paciente, planificación del alta, soporte emocional, higiene, documentación de ingreso y egreso, además de la vigilancia de complicaciones. Así mismo, determinó que los cuidados que se relacionan con la esfera biológica son los de mayor prioridad mientras que la satisfacción de necesidades

---

<sup>1</sup> Se utiliza durante todo el texto la denominación de enfermera, pues es mundialmente reconocido el predominio del género femenino en esta profesión.

emocionales, psicológicas y de confort se retrasan o se pierden con frecuencia porque requieren más tiempo para su ejecución, hay menor probabilidad de que sean auditados y su efecto para la salud del paciente es menos inmediato.

Las causas de esta atención perdida según Kalisch, (2006) fueron la escasez de recurso humano en enfermería, los problemas relacionados con el trabajo en equipo, la cantidad de tiempo requerido en algunas intervenciones como los cambios de posición o la alimentación, además de la frecuencia con la que se deben realizar dichos cuidados durante el día, la delegación ineficaz, es decir, el cuidado que se delega al personal auxiliar y no es posible supervisar desconociendo si se llevó a cabo, y finalmente, el hábito que se adquiere cuando se omite una actividad cotidianamente, que llevará a no realizarla en próximas oportunidades.

Estudios complementarios señalaron que la planificación, actualización y desarrollo de planes de cuidado de enfermería, la protección de la piel y la evaluación de la efectividad de los medicamentos, son otros aspectos del cuidado de enfermería que se retrasan u omiten con frecuencia y factores como la comunicación poco asertiva, el aumento inesperado de ingresos hospitalarios, complicaciones del paciente y funciones adicionales al cuidado que generan sobrecarga laboral también influyen en su aparición (Jones et al., 2015; Kalánková et al., 2019; B. J. Kalisch et al., 2012; Papastavrou et al., 2014).

Ahora bien, en la última década la producción científica frente a la omisión de cuidados se ha intensificado principalmente en Europa y Estados Unidos demostrando que es un fenómeno de interés. Este crecimiento se ha facilitado gracias al diseño de indicadores empíricos que han permitido medir su prevalencia e identificar sus causas. Entre ellos, el instrumento de mayor uso es el MISSCARE (B. Kalisch & Williams, 2009), que ha ayudado a medir la prevalencia de la omisión de los cuidados dentro de esos contextos, la cual, según autores como Jones et al., 2015 y Mandal et al., (2019), oscila entre el 55 y 98%.

Además, se ha podido confirmar la relación que existe entre el cuidado de enfermería, la seguridad del paciente y los resultados en salud, pues, a pesar de que las enfermeras son el recurso humano más numeroso de los hospitales y representan la primera línea de atención a los pacientes, siguen siendo un recurso humano insuficiente

para las actuales necesidades sanitarias, con lo cual la atención del paciente se ve comprometida (Kalánková et al., 2019).

La producción científica ha mostrado la asociación entre la omisión de cuidados y resultados de salud negativos de los pacientes, como aumento de la probabilidad de muerte en 51% (OR: 1.51, IC:1.34 -1.70), insatisfacción frente a la atención recibida (OR: 0.63, IC:0.38 - 1.05,  $P < 0.05$ ), aumento de eventos adversos ( $r: 0.34 / \beta : 0.29$ ), de errores asociados a medicamentos (OR:2.5, IC:1.11 - 5.6), infecciones nosocomiales (OR:4.44, IC:1.55 - 12,75,  $p: 0.006$ ), úlceras por presión (OR: 3.43 – IC:0.9 -11.9), y disminución de la calidad del cuidado ( $r: 0.63 - p: <0.001$ ) (Jones et al., 2015; B. J. Kalisch et al., 2012). Así mismo, la alta proporción de pacientes por enfermera (10: 1) aumenta la omisión de los cuidados ( $P < 0.01$ ) y el riesgo de muerte hospitalaria en 37% (OR: 1,37, IC: 1,24 a 1,52) (Jones et al., 2015; B. J. Kalisch et al., 2012; Schubert et al., 2012).

Por su parte, a partir de una revisión sistemática, Mandal et al., 2019, comentaron que los equipos de enfermería también se ven afectados pues existe una relación entre la omisión de cuidados y los deseos de abandonar el trabajo ( $r: 0.40$ ), ser reubicados a otros servicios ( $r:0.23$ ) y una relación inversa con la satisfacción laboral (OR: 0.6), ( $r: -0.48/\beta: -0.48$ ). Además, otros autores como Chiappinotto et al., (2022) y Papastavrou et al., (2014) mencionan la aparición del síndrome de Burnout, angustia y sufrimiento debido al retraso u omisión del cuidado

Adicionalmente, Vryonides et al., (2015), exponen que las enfermeras poseen dilemas morales al no poder cumplir integralmente con su rol de cuidador, priorizando solo el componente fisiológico derivado del campo médico, con lo que traicionan sus ideales y expectativas profesionales. Además, hay preocupación por no brindar una atención humanizada, lo cual se traduce en sufrimiento moral, puesto que los cuidados que no son de vida o muerte tienen que posponerse, lo que genera una sensación de culpa al no tener la posibilidad de cuidar de manera justa, digna e integral.

Respecto al contexto latinoamericano se han desarrollado estudios que abordan la omisión de los cuidados, principalmente en Brasil, aunque la producción científica es inferior en comparación con los lugares mencionados. Autores como de Lima et al., (2020) realizaron un estudio en hospitales brasileños utilizando el instrumento MISSCARE, concluyendo que las enfermeras omiten más cuidados que los técnicos en

enfermería. Entre las razones referidas para la omisión se encontraron la inadecuación de recursos humanos y el aumento inesperado en el volumen o gravedad de los pacientes.

En Colombia no se han encontrado investigaciones que exploren de manera directa este fenómeno. No obstante, existen autores que han explorado las condiciones laborales de la enfermería en Colombia y han señalado la existencia de factores contextuales, los cuales guardan relación con los entornos de escasez donde se presenta la omisión de cuidados descritos en la literatura internacional. Por ejemplo, Velásquez et al., (2020), realizaron un diagnóstico nacional de las problemáticas que como profesión afronta la enfermería a través de la Política Nacional de Enfermería y plan estratégico 2020-2030, concluyendo que existe escasez de talento humano, inadecuadas condiciones laborales, pérdida de identidad y autonomía, aumento de carga laboral, exceso de funciones tanto administrativas como de gestión de la sala y falta de regulación sobre la razón enfermera paciente y la delegación del cuidado al personal auxiliar de enfermería.

Otros autores han señalado como problemáticas del contexto colombiano la mercantilización de los sistemas de salud (López et al., 2017), la precariedad en la contratación, en las condiciones laborales y en la remuneración de profesionales del sector salud (Ortega & Jiménez, 2020; Zapata & Zapata, 2015), la escasez de talento humano en el país reflejada en una proporción de 13 enfermeras por cada 10.000 habitantes (Banco Mundial, 2018) junto a una distribución inequitativa por regiones (Velásquez et al., 2020), la relación entre el número de pacientes por enfermera en UCI y la mortalidad hospitalaria, teniendo en cuenta que aumentar el número de pacientes a cargo de 1:4 a 1:5 aumenta la probabilidad de muerte en 9% (OR: 1.1) (Lombo Caicedo, 2013).

Por lo tanto, se concluye que la omisión de los cuidados es un tema de interés emergente en la esfera internacional, nivel en que la producción científica ha permitido establecer algunos efectos en la calidad de la atención, en los resultados de salud de los pacientes y sus repercusiones éticas. Las exploraciones de este fenómeno en el contexto colombiano son escasas, por tanto, se encuentra la necesidad de realizar estudios exploratorios que permitan aproximaciones a la comprensión de la omisión de cuidados

en los escenarios de atención hospitalaria. Esta oportunidad para la búsqueda de conocimiento se conjugó con una inquietud particular del investigador principal, que partió de la incomodidad que le generaba experimentar la omisión de cuidados de manera cotidiana en sus turnos como enfermero de UCI, expresada en dilemas éticos, sentimientos como tristeza e incertidumbre, además de sufrimiento moral. De allí surgió el interés de aproximarse comprensivamente a las experiencias, los sentires, percepciones y vivencias que tenían las enfermeras de UCI adultos en Medellín respecto al retraso u omisión de los cuidados. Para ello se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los significados que las enfermeras de UCI atribuyen a la experiencia de retrasar u omitir los cuidados requeridos por sus pacientes?

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Comprender los significados de la experiencia vivida por enfermeras de UCI adultos frente al retraso u omisión de los cuidados requeridos por sus pacientes.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Identificar los significados que emergen en la experiencia vivida de las participantes frente al retraso u omisión de los cuidados requeridos por sus pacientes.
2. Interpretar los significados que residen en la experiencia de las enfermeras respecto al retraso u omisión de los cuidados requeridos por sus pacientes

### 3. Justificación

Plantear una pregunta de investigación que permita explorar la experiencia frente a la omisión de cuidados en el contexto local resulta importante en primer lugar porque permitirá que el investigador del estudio resuelva aquellos cuestionamientos que hicieron parte de su vivencia personal motivándolo a desarrollar este estudio, y segundo, por la relevancia social y teórico disciplinar en enfermería que implica su elaboración.

Concretamente, explorar esa experiencia que ha pasado por la piel de las enfermeras, permitirá comprender aspectos sensibles y profundos del fenómeno respecto a cómo surge, qué aspectos lo precipitan, cómo lo experimenta la enfermera, qué dilemas y conflictos enfrenta, cuales sentimientos, emociones u opiniones emergen, qué elementos considera necesarios para mejorar sus posibilidades de cuidado, cómo actúa en caso de perder autonomía e identidad y cómo vivencia la imposibilidad para brindar un cuidado directo, entendiendo que se delega. Esto traerá un beneficio social porque al no encontrarse estudios sobre la omisión de cuidados en Colombia, este texto permitirá darle una adecuación cultural al fenómeno, es decir, caracterizarlo a nivel local porque podría tener diferentes matices en Colombia respecto a otros países donde ya se ha explorado. Esto representará la oportunidad de ser un estudio pionero para otros investigadores que quieran explorar el fenómeno tanto desde diseños cualitativos como cuantitativos.

En este sentido, los resultados del presente proyecto generarán nuevas preguntas, es decir, una futura agenda con temas de investigación que enriquecen aún más la comprensión del fenómeno de estudio. En este sentido, aspectos como las implicaciones éticas y morales relacionadas no solo con la omisión de cuidados sino también con el distanciamiento frente a los ideales de cuidado; la creación o validación transcultural de instrumentos de medición que permitan entender de manera cuantitativa el fenómeno, su incidencia, su correlación con indicadores hospitalarios como eventos adversos, satisfacción o mortalidad; o la exploración de un tema problemático para la disciplina, pues la omisión del cuidado va en contravía de la autonomía e identidad profesional, lo cual distorsiona la visión holística y humanista que hace parte de la filosofía de enfermería, son aspectos que permitirán abordar de manera más integral el fenómeno.

Así mismo, los hallazgos de esta investigación pueden ayudar a entender si el retraso u omisión de cuidados es producto del incumplimiento del marco normativo relacionado con el ejercicio laboral de enfermería en Colombia, es decir, la ley 911 del 2004 y la ley 266 de 1996 (Leyes descritas más adelante), o de acuerdos internacionales como el convenio 149 sobre el personal de enfermería, dado a conocer en Ginebra, Suiza, por la Organización Internacional del Trabajo, (1977), el cual reconoce como garante para el desarrollo de la profesión unas condiciones de empleo dignas, la oportunidad de no solo de acceder a educación continua con justa remuneración sino también de hacer procesos de carrera laboral que permitan un ascenso profesional (elementos que deben estar incluidos en la legislación de cada país), aspectos que retienen al personal en la profesión y el país.

A su vez, este proyecto se puede tomar como base para abordar otras necesidades de la profesión como la planificación del talento humano en enfermería, pues tampoco hay un análisis frente al Skillmix, concepto que Simonetti et al., (2020) definen como la cantidad de enfermeras necesarias para ofrecer una atención segura respecto al total del personal de enfermería. Esto se hace importante porque en el contexto colombiano predomina la contratación de un número menor de enfermeras y mayor cantidad de auxiliares de enfermería que se encargan del cuidado directo (Velásquez et al., 2019).

Otro aporte concreto está relacionado con la generación de resultados que permitan la toma de decisiones en política pública, pues desde la Política Nacional de Enfermería y plan estratégico 2020 -2030 (Velásquez et al., 2020) se describe que la falta de evidencia científica actualizada respecto a las necesidades en el cuidado de la salud es un factor que impide tomar acciones políticas para mejorar la práctica de enfermería.

Adicionalmente, comprender la experiencia frente a la omisión de los cuidados será vital para abordar una necesidad latente: favorecer una práctica en la que el verdadero rol profesional de la enfermera se relacione con brindar cuidado directo desde la perspectiva humanista y holística para la cual se ha formado. Esto beneficiará directamente la práctica del cuidado, pues como expresan Cifuentes & Manrique, (2014), contar con condiciones adecuadas para el ejercicio laboral de la enfermera puede aumentar la satisfacción laboral, que ha sido identificada como un indicador clave del buen desempeño laboral, que mejora el compromiso con la institución, la calidad del

cuidado y ahorra costos hospitalarios, disminuyendo la rotación a otros servicios, absentismo laboral, la intención de abandonar el trabajo y el Burnout.

Además, las instituciones de salud se beneficiarán con el mejoramiento de la práctica del cuidado dado que la disminución de la omisión de los cuidados mejorará la calidad de la atención, pues será oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente; se mejorará la comunicación, educación y relación intersubjetiva enfermera-paciente; se reducirá la estancia hospitalaria y los gastos para el paciente y su familia; se fortalecerá la imagen institucional aumentando la productividad, eficiencia y eficacia y se incrementará la satisfacción frente a la atención (Zarate Grajales, 2004).

Del mismo modo, las instituciones universitarias también podrán aprovechar esta investigación que surge desde un problema real en la práctica clínica y que afecta tanto al paciente como al profesional, para generar un pensamiento crítico en los estudiantes que les permita comprender el modo en que las enfermeras manejan situaciones complejas de su quehacer a través de un proceso cíclico de práctica-reflexión-práctica.

Ahora bien, es necesario sustentar la importancia teórico-disciplinar que tiene el proyecto. Para esto, se debe comenzar exponiendo que el componente filosófico que ha guiado constantemente el desarrollo de las teorías de enfermería encaminadas al cuidado de la persona está relacionado con la dimensión de la totalidad o el holismo. Benner, P, (1984); Newman, M, (1991); Rogers, M, (1970) y Travelbee, J, (1996) son ejemplos de enfermeras académicas cuyas ideas teóricas sobre el individuo reflejan esta dimensión.

La omisión de cuidados emerge de un contexto que impide proporcionar todas las intervenciones que se perciben como necesarias, y se pueden llegar a generar sentimientos e imaginarios de que la atención integral y humanizada, aunque deseable, no es un objetivo realista dentro de las limitaciones y escasez presentes durante la atención del paciente, lo cual devela una fractura entre la filosofía y la práctica de enfermería (Mandal et al., 2019; Vryonides et al., 2015). Esto genera preocupación, si se tiene en cuenta lo expuesto por Suhonen & Scott, (2018), quienes plantean la posibilidad de que la profesión se esté moviendo hacia una conceptualización y modelo de atención de enfermería menos holísticos y más arcaicos gracias a la presencia constante de la omisión de cuidados y su influencia sobre la praxis.

Esta realidad, resuena de manera negativa y lleva a reflexionar detenidamente acerca de las implicaciones de la omisión de cuidados para la profesión de enfermería, principalmente porque en Colombia no se han encontrado estudios relacionados. Por esto, la profundidad, los rasgos y los matices que surgen al investigar la experiencia vivida, permitirá establecer interrogantes frente a la necesidad de disminuir la brecha teórico práctica existente y de crear teorías de enfermería situadas en el contexto y momento histórico del país.

## **4. Marco conceptual**

La base conceptual de esta investigación se elaboró a partir de cuatro temas que permiten entender de una manera más global el fenómeno: i) relación enfermera paciente, dado que durante la omisión de cuidados se pierden posibilidades de encuentro intersubjetivo con el otro, ii) omisión de cuidados, concepto que ya se abordó durante el planteamiento del problema por lo que en este momento solo será complementado, iii) modelos de atención de enfermería, que son referentes desde los cuales las instituciones de salud organizan el recurso humano en enfermería y definen sus funciones asistenciales y iv) marco normativo para el cuidado de enfermería en Colombia, tema necesario para comprender en qué medida las leyes que orientan el ejercicio de la profesión se cumplen en contextos de omisión de cuidados.

### **4.1. Relación enfermera paciente**

Autoras como Allande et al., (2019) expresan que durante el cuidado la enfermera ayuda al paciente a identificar una situación de salud determinada y si cabe, seleccionar la mejor estrategia para solucionarla. En este sentido, el acto de cuidar se da mediante una relación entre la enfermera y su paciente, gracias a un proceso interpersonal basado en la confianza mutua. Por lo tanto, para entender cómo se llega a esta relación, se considera importante tener previamente una claridad sobre el concepto de cuidado y de intersubjetividad, que serán desarrollados a continuación.

Leonardo Boff define el cuidado como una actitud mediante la cual la persona es capaz de salirse de sí para centrarse en el otro con desvelo y solicitud. Esto representa la necesidad de desplazar al yo por el otro, quien pasa a ser el protagonista de las preguntas y preocupaciones propias a través de una relación interpersonal sujeto-sujeto, cara a cara, evitando que aparezca el valor utilitarista de la relación sujeto-objeto (Álamo, 2011; Boff, 2002). Este autor propone ver el cuidado no solo como la eliminación de la enfermedad sino como un acto global, de totalidad del ser humano. Es decir, como un equilibrio físico, psíquico y espiritual, haciendo un esfuerzo por superar la visión

instrumentalizada que predomina en el mundo de hoy y que lleva a dividir al ser humano por partes (Boff, 2002).

Por su parte, Tronto, (1998) expresa que el cuidado es una actividad de la especie que incluye todo lo que se hace para mantener, continuar y reparar el mundo para que se pueda vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye los propios cuerpos, el propio ser, el propio entorno. Dos aspectos de esta definición de cuidado se deben resaltar: primero, el cuidado es una actividad de especie porque la forma en que las personas se preocupan unas por otras es una de las características que las hace humanas. Segundo, el cuidado se toma como una práctica flexible y no como un conjunto rígido de principios o reglas, es decir, se cuida para poder vivir en el mundo lo mejor posible, pero, esta posibilidad depende de la forma de vida, del conjunto de valores y de las personas involucradas, por lo que el acto de cuidar tiene múltiples posibilidades.

La idea de flexibilidad toma aún mayor fuerza si se tiene en cuenta que el cuidado puede ocurrir en una variedad de entornos pues impregna los espacios de la vida. Se encuentra, por ejemplo, en el hogar, en los servicios de salud o en diferentes organizaciones, y no se limita solo al ámbito tradicional del trabajo que realiza por ejemplo la madre, las agencias de asistencia social o a las empleadas domésticas. Sin embargo, culturalmente el cuidado se relaciona con una actividad de hogar, lo cual hace que se considere como una acción infravalorada por la suposición de que es de alguna manera un trabajo de mujeres, y esto se refleja en las percepciones de las personas sobre las profesiones que cuidan y en los salarios pagados, pues el cuidado es servil o incluso caritativo. Por lo tanto, una tarea primordial que deben hacer las personas que cuidan es asignarle un valor público general a esta práctica (Tronto, 1998).

Tronto (1998) propone un proceso estructurado de cuidado que consta de cuatro fases, además de unos elementos morales a tener en cuenta durante el acto de cuidar:

- i) cuidar de: implica tomar conciencia de que alguien tiene necesidad de ser cuidado. Para preocuparse por alguien de manera genuina, se requiere percibir sus necesidades explícitas o tácitas, es decir, es vital escuchar y prestar atención para poder identificar. La atención es aquí la cualidad moral.
- ii) tomando cuidado de: es la fase del cuidado en la que alguien asume la responsabilidad de satisfacer una necesidad que ha sido identificada. La dimensión moral del cuidado es asumir y tomar en serio la

responsabilidad. iii) brindando cuidado: Implica realizar la tarea de cuidado necesaria, por lo que se debe saber cómo cuidar. La competencia es en este caso la cualidad moral y iv) recibiendo cuidados: es la respuesta de la cosa, persona o grupo que recibió el cuidado, ya sea que se hayan logrado resolver sus necesidades o no. Aquí la dimensión moral es la receptividad y es compleja, porque involucra a la persona que cuida como al paciente que recibe la atención.

La aplicación de estas cuatro fases del cuidado brinda una imagen de lo que será un buen cuidado. Se comprende que el cuidado del otro se da necesariamente a través de una interacción humana, es decir, un contacto recíproco entre individuos. Cibanal, (2009) tiene una noción similar, pues considera que el cuidado se da necesariamente a través de una relación entre humanos, quienes interactúan entre sí y realizan intercambios personales mediante una comunicación interpersonal, en este caso, la de la enfermera y su paciente.

Pero, ¿qué es una relación interpersonal? Alfred Schütz trabaja el concepto de intersubjetividad y lo encasilla en ese lugar donde transcurre el diario vivir, en el que se da una relación con los otros y se construye un significado de ese compartir, es decir, es un encuentro entre dos sujetos con formas de ver el mundo y hacer las cosas, con subjetividades, que se vinculan y comparten valores y creencias por medio de la interacción, haciendo que la acción compartida se vuelva intersubjetiva. En enfermería, la intersubjetividad ha sido tomada como una estrategia con poder curativo por lo que se le ha considerado un proceso esencial para cuidar de manera holística, ayudando a comprender el significado que cada persona le da a su propia experiencia (Chocarro, 2013).

Autoras como Salazar & Martínez, (2008) y Allande et al., (2019), mencionan que, en la disciplina de enfermería, existe una corriente llamada “escuela de las interacciones” que emergió en el siglo XX, y se enriqueció con la teoría psicoanalítica, la fenomenología existencialista y la teoría humanista. Estas autoras mencionan que diversas académicas de enfermería han trabajado a partir de esta corriente, caracterizando el cuidado como una relación humana, social e intersubjetiva en la que, necesariamente, tiene que existir una interacción recíproca entre la enfermera, quien es un instrumento terapéutico y el

paciente, basada en la comunicación verbal, gestual, actitudinal y afectiva que permite construir un encuentro con el otro.

Esta escuela está situada en la visión del mundo de enfermería interactiva-integrativa descrita por Newman et al., (1991), que tiene en cuenta el contexto y las múltiples dimensiones del ser humano, a saber, la biológica, psicosocial, social y espiritual, considerándolo como un sujeto holístico que interactúa de manera recíproca con el ambiente y que no puede ser víctima del reduccionismo. Con esta perspectiva, se buscó superar la visión particular determinista que tiene una fuerte influencia biomédica, pues el ser humano es dividido en partes que deben ser abordadas de manera separada en términos de respuestas medibles, instrumentalizando la atención, lo cual rompe inevitablemente con el concepto de holismo (Newman et al., 1991).

Dentro de esta escuela destacan autoras como Travelbee, J, (1996), quien ha apostado por centrar los cuidados de enfermería en la relación con el paciente desde su teoría de relación persona-persona, en la que se contempla a la enfermera como un ser humano con conocimientos especializados que puede aplicar en un proceso interpersonal con el propósito de ayudar a otro; la persona o paciente es concebido como un ser humano único e irremplazable; la salud se define según criterios objetivos como la ausencia de la enfermedad y subjetivos como el estado de bienestar individual en equilibrio con la autoestima física, emocional y espiritual; y el entorno se relaciona con la condición humana dentro de las que se padece sufrimiento, esperanza, dolor y enfermedad.

Para Travelbee, J, (1996, 1971), la relación enfermera paciente se presenta a partir de cinco fases: i) fase del encuentro original en la cual se tienen las primeras impresiones, sentimientos y percepciones tanto de la enfermera como del paciente, las cuales están condicionados por sus roles estereotipados. ii) fase de emergencia de identidades en la que ya se ha superado la primera impresión y mutuamente se ven como individuos únicos. iii) fase de empatía, que permite compartir la experiencia de la otra persona. iv) fase de simpatía que va más allá de la empatía, pues la enfermera presenta una preocupación genuina por el paciente, ya que desea aliviar su sufrimiento utilizando de forma consciente su propia personalidad. v) fase de rapport: la enfermera y el paciente

se perciben como seres humanos en un proceso de interrelación cercana de sentimientos o pensamientos que se pueden comunicar con confianza y tranquilidad.

De esta teoría se debe concluir que está basada en la metodología del encuentro y la comunicación con el otro, y esto le permite tener un potencial transformador de las situaciones y de las personas. Así mismo, el profesional requiere tener capacidades para el cuidado no solo científicas, sino también pautadas en el amor, la afectividad, la comprensión, la escucha, la comunicación, estando disponible para el otro. Así mismo, se entiende que, en su unicidad, cada paciente tiene experiencias y reacciones diferentes, lo cual pone de manifiesto que el cuidado debe ser individualizado.

Por su parte, Watson, J, (1996), enfermera y teórica de enfermería, se ha basado en un corte existencialista y humanista para crear su propia teoría de enfermería, reconociendo que cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza a través de un llamado desde el otro para atender sus necesidades humanas con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Watson es la máxima exponente de los cuidados humanizados en enfermería a través de su teoría del “cuidado transpersonal” (Watson, 1996).

Dentro de su teoría, Watson, J, (1996, 2005) deja claro que el cuidado solo se da si existe una relación interpersonal entre dos personas que involucra valores, conocimientos y voluntad de cuidar, aspectos que promueven la satisfacción de las necesidades del paciente, a quién se le considera como un ser único, perteneciente a un ambiente y que requiere no solo del conocimiento biomédico, sino también del comportamiento humano para su bienestar. Esta teoría, creada en un momento de la historia que denominaba “clinicalización” o control terapéutico y manipulación del paciente, permitió la conexión con el espíritu del otro a través de la presencia genuina. Las acciones, las palabras, las conductas, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos y el campo de energía, contribuyen a la conexión del cuidado.

Su teoría pide a las enfermeras ir más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, a los que denomina “estado” de la enfermería, para alcanzar “la esencia” de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-

paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal (Watson, 1996).

Hasta aquí es importante decir que estas teorías, planteadas por académicas de la disciplina de enfermería y que giran en torno a un cuidado que debe contemplar ineludiblemente la interacción de la enfermera con el paciente, pueden situarse dentro de los patrones de conocimiento de enfermería propuestos por Carper, B (1978), los cuales son un marco de referencia útil para comprender el conocimiento de enfermería a partir de un encuentro cara a cara con el otro, es decir, una interacción y vínculo con la persona que requiere de los cuidados. Estos patrones serán presentados a continuación.

El patrón empírico tiene relación con el cuerpo propio de conocimientos de la profesión. Se fundamenta en los conocimientos de otras ciencias básicas como la biología, las ciencias humanas, las ciencias sociales y en el conocimiento propio expresado en teorías empíricas (Moreno et al., 2014, Durán, 2005).

El patrón de conocimiento personal hace referencia al autoconocimiento, es decir, a la manera particular que tiene cada enfermera de ver e interpretar el mundo, de establecer relaciones y de reaccionar ante diferentes situaciones, por lo que se considera indispensable para el desarrollo de los demás patrones (Wilches & Wilches, 2016). Para Carper, solamente a través del conocimiento propio es que se puede conocer al otro, tener con él una interacción significativa y servir como instrumento terapéutico para el cuidado a través de una relación cálida y respetuosa, teniendo en cuenta la individualidad del ser humano (Carper, 1978; Durán, 2005; Moreno et al., 2014; Wilches & Wilches, 2016).

El patrón estético refleja el arte de la enfermería. Significa que ante las diferentes situaciones que el profesional de enfermería vive durante su práctica, saca recursos creativos propios, particulares, innovadores, alegres y artísticos que transforman la experiencia que se está viviendo (Durán, 2005). En este sentido, se habla de conductas, actitudes, palabras, movimientos, expresiones no verbales e interacciones que sirven para transformar la experiencia vivida durante un encuentro con el otro creando experiencias de cuidado benéficas para el paciente. Por eso se dice que en el arte hay un acto transformativo (Moreno et al., 2014).

El último patrón, el ético, importante para el ejercicio profesional porque los resultados de la práctica dependen de la ética, relacionada con una disciplina que trata sobre lo correcto o incorrecto y la moral que se refiere al comportamiento basado en los propios valores, cultura y carácter (Durán, 2005). Este patrón exige un deber hacer de la mejor manera como un compromiso por el bienestar del otro y va más allá de las normas legales obligatorias pues incluye el juicio de lo que es bueno o malo, es decir, la moral (Suhonen & Scott, 2018).

En este punto, se hace énfasis en que para cuidar debe existir un verdadero y significativo encuentro con el otro. Por lo tanto, otros aspectos adicionales que se deben tener en cuenta para que este proceso sea exitoso se relacionan con valores como la compasión, la competencia, la confidencia, la confianza y la consciencia, elementos denominados como constructos éticos del cuidar, que requieren ser articulados para proveer cuidados con excelencia. En este sentido, estos valores se relacionan con el deber ser, es decir, no son principios si no hábitos personales y profesionales ineludibles que se exigen en la tarea del cuidar (Torralba, 2000). Estos constructos serán descritos a continuación.

La compasión busca una acción en procura de mitigar el sufrimiento del otro; la competencia se relaciona con la formación académica necesaria para cuidar; la confidencialidad se toma como la posibilidad que tiene la enfermera de ser un confidente para sus pacientes, por lo que debe existir capacidad de escucha y discreción; la confianza es un vínculo presidido por la fe -Crear en la enfermera-, que solo se da cuando la interacción le permite al enfermo reconocer en su cuidador una autoridad profesional y moral; y la conciencia se relaciona con la capacidad de estar atento a lo que se hace sin olvidar que el otro vulnerable tiene una dignidad intrínseca (Torralba, 2000; Wilches & Wilches, 2016).

En síntesis, se puede decir el cuidado requiere de un encuentro entre personas y por eso, teóricas de enfermería se han centrado en la relación enfermera paciente y el humanismo como parte esencial del cuidado. Así mismo, para la interacción exitosa con el otro, autoras como Tronto, (1998) han propuesto unas fases que permiten una relación más genuina y sincera. Estas ideas de relacionamiento con el otro deberán ir acompañadas del propio conocimiento disciplinar, manifestado en constructos éticos del

cuidar y patrones de conocimiento de enfermería, los cuales solo son alcanzables en tanto se tenga contacto con el paciente.

#### **4.2. Omisión de cuidados**

Las enfermeras representan una garantía para la prestación de servicios de salud a través de su participación en la planificación, coordinación, provisión y evaluación del cuidado. Pocos procesos de atención llegan a los pacientes sin pasar primero por las manos de las enfermeras, siendo fundamentales para lograr resultados de calidad. Esto sugiere que cuando la práctica profesional de enfermería se afecta, es decir, cuando se le limita, ya sea por falta de contratación de recurso humano, sobrecarga laboral o algún otro aspecto que le impida a la enfermera ejercer con libertad y autonomía su rol, los usuarios no logran obtener todos los servicios que requieren, dejando procesos de la atención sin terminar (Mandal et al., 2019).

Precisamente, estas limitantes llevan al retraso, omisión parcial o total del cuidado planeado por los equipos de enfermería para la atención de los pacientes. Autores como Mandal et al., (2019) y Vryonides et al., (2015), explican de manera más detallada esta situación puntualizando que la omisión de cuidados está determinada por diversos factores que operan en los niveles macro, meso y micro de la atención sanitaria, los cuales se describen a continuación.

A nivel macro se identifican las directrices y políticas que guían la organización de los sistemas de salud, la formación de recurso humano en enfermería y las condiciones de su ejercicio laboral. Las políticas de orden macroeconómico en el contexto colombiano se orientan a la mercantilización del sistema de salud y se expresan en precarias condiciones salariales, sobrecarga laboral, contratación de un mínimo de enfermeras universitarias y el reemplazo de esta fuerza de trabajo con personal de nivel técnico para ahorrar costos (Ortega & Jiménez, 2020).

Otras situaciones problemáticas para el ejercicio de la enfermería en Colombia se relacionan con la distribución inequitativa de recursos humanos y de la oferta de servicios de salud en las regiones, sumado a la alta demanda poblacional, baja capacidad

resolutiva de hospitales en municipios de pequeño porte y la crisis financiera de instituciones prestadoras de servicios de salud (Zapata & Zapata, 2015).

El nivel meso u organizacional se expresa en las políticas y modelos institucionales de organización del cuidado de enfermería, caracterizados por la austeridad del gasto (bajas asignaciones salariales, poco reconocimiento por estudios de posgrado, precarización de condiciones laborales, poca disponibilidad de recursos materiales para el cuidado), el aumento inesperado en el número o en la complejidad del estado de salud del paciente, la contratación de una cantidad insuficiente de enfermeras a quienes se asigna un gran volumen de pacientes y de funciones administrativas (incluso no relacionadas con el cuidado de enfermería) llevando a la sobrecarga laboral y agotamiento, además de la delegación del cuidado en el personal auxiliar de enfermería, cuyo nivel de formación y competencias no están dimensionados para asumir estas funciones (Twigg et al., 2016; de Lima et al., 2020; Jones et al., 2015; Kalánková et al., 2019; Papastavrou et al., 2014; Scott et al., 2018; Vryonides et al., 2015).

Respecto a los factores que hacen parte del nivel micro (factores del personal encargado del cuidado directo de los pacientes) se identifican aspectos de la enfermera como: el bajo nivel de formación académica, los valores personales y principios éticos profesionales, inherentes a su ser, que sumado a limitaciones de tiempo y apoyo organizacional, afectan la toma de decisiones y restan autonomía profesional sobre el cuidado del paciente; la cantidad elevada de enfermeras con poca experiencia profesional en el mismo turno, cuya destreza práctica limitada aumenta el tiempo de las intervenciones; las problemáticas en la delegación de actividades entre enfermeras y auxiliares; y la falta de motivación para el trabajo (de Lima et al., 2020; Jones et al., 2015; Kalánková et al., 2019; B. Kalisch, 2006; Papastavrou et al., 2014; Scott et al., 2018; Vryonides et al., 2015).

Diversos estudios sugieren la existencia de al menos 3 comportamientos de la enfermera que contribuyen a la omisión de cuidados en el nivel micro. El primero es la delegación ineficaz del cuidado, en la que la auxiliar de enfermería no cumple con la indicación dada por la enfermera; el segundo se da cuando se asume la omisión de cuidados como un hábito adquirido, que facilitará repetirlo al día siguiente; y el último, al suponer que el trabajo delegado se realizó en vez de confirmar si en verdad se hizo (de

Lima et al., 2020; Jones et al., 2015; Kalánková et al., 2019; B. Kalisch, 2006; Papastavrou et al., 2014; Scott et al., 2018; Vryonides et al., 2015). Así mismo, las características del paciente como la complejidad y sus expectativas individuales frente al cuidado determinan la omisión de los cuidados desde el nivel micro (Mandal et al., 2019).

Ciertas circunstancias difíciles a veces pueden limitar la capacidad de las enfermeras para actuar de acuerdo con sus valores y normas, lo que lleva a una brecha entre la decisión ética ideal y el comportamiento real. La práctica de enfermería no está influenciada únicamente por las decisiones de la enfermera (nivel micro), sino también por otros factores a nivel organizacional (meso) y político (macro) (Vryonides et al., 2015). Este contexto condiciona el actuar de la enfermera, e incluso la limita a tal punto de perder su esencia que es el cuidado y su sujeto o el paciente (Romero, 2007).

Datos publicados por el Consejo de Enfermería y Partería del Reino Unido mostraron que, por primera vez desde 2013, más enfermeras y parteras en el Reino Unido abandonaron la profesión de las que se unieron a ella, y dos de las razones que prevalecen fueron las condiciones de trabajo relacionadas a la falta de personal y carga de trabajo y desilusión pues la calidad de la atención que brindaban era inferior a la que ellas deseaban ofrecer (Morley et al., 2020).

Las enfermeras han expresado su incapacidad para cumplir adecuadamente con su rol profesional de manera integral, un rol que según Vryonides et al., (2015), se basa en sólidos fundamentos éticos con respecto a la humanidad, la vida y la salud, y por lo tanto sienten que están traicionando sus ideales y expectativas profesionales, principalmente porque perciben que la atención brindada es gobernada por el reloj y no por las necesidades individuales del paciente. Por lo tanto, a menudo se sienten obligadas a elegir cuales aspectos intervenir, lo que da como resultado una menor prioridad a las necesidades comunicativas, sociales, psicológicas y relacionales que son, incluso, de mayor importancia que las necesidades médicas y fisiológicas esenciales. Perder los aspectos humanos de la atención hace que las enfermeras sientan angustia, porque no pueden cumplir adecuadamente su papel holístico o en un sentido más profundo, su ideal de cuidado (Vryonides et al., 2015).

Diversos autores han asociado este comportamiento con angustia moral, que se manifiesta con sentimientos de ira, frustración, culpa, pérdida de autoestima, pena,

ansiedad, miseria, depresión y pesadillas. Adicionalmente, es un factor para que las enfermeras dejen o intenten dejar su lugar de trabajo y la profesión por completo (Morley et al., 2020), porque sienten que están siendo obligadas a ser injustas, prejuiciosas e incluso poco éticas en la práctica al poner en riesgo la salud de sus pacientes.

Es importante mencionar, a modo de conclusión, que fomentar una organización del trabajo de enfermería que promueva el cuidado al paciente y disminuya la omisión podría mitigar estos sentimientos, sensaciones y dilemas, precisamente porque habría mayor posibilidad para desarrollar un abordaje integral con el paciente (Vryonides et al., 2015).

#### **4.3. Modelos de provisión de cuidados de enfermería**

Un modelo según Shirey, (2008), es un diseño estructural o una representación de lo que se va a realizar, es decir, un marco representativo que sirve como base para establecer la manera en que se va a efectuar determinada actividad. Ahora bien, desde la enfermería, Fawcett, (2021), manifiesta que estos modelos son referentes en los que se basan las organizaciones, como por ejemplo un hospital, para definir la forma en que organizarán el recurso humano en enfermería para la atención de pacientes, definiendo aspectos como sus funciones, la cantidad de pacientes a cargo o si el equipo de enfermería está integrado por personal con diferente nivel de formación.

Se debe tener en cuenta que los modelos de atención difieren de los modelos conceptuales y las teorías de enfermería, que son diversas perspectivas del conocimiento específico de la disciplina de enfermería que se pueden utilizar para guiar lo que las enfermeras piensan sobre todas las actividades disciplinarias: investigación, mejora de la calidad, educación y práctica (Fawcett, 2017).

La historia de la enfermería cuenta con gran número de modelos de atención que se remontan a principios del siglo XX, siendo algunos de ellos bastante influyentes en la actualidad para el desarrollo de la práctica del cuidado, principalmente en áreas de atención complejas como UCI. Ahora bien, lo que determina la aplicación de un modelo es la efectividad institucional frente a la calidad, costos y desenlaces clínicos del paciente. Por lo tanto, implementar un modelo de atención reflejará los valores, la filosofía

administrativa y de gestión predominante, además de las consideraciones económicas que tiene la institución de salud (Shirey, 2008).

La literatura evidencia, en general, cinco modelos de atención usados con frecuencia. Cuatro de ellos han sido clasificados como tradicionales y uno como contemporáneo y cada uno tiene su propia distinción, ventajas y resultados (Shirey, 2008). Estos, se describirán a continuación contemplando los estudios de Fawcett, (2021a); Fawcett, (2021b); Shirey, (2008) y Tiedeman & Lookinland, (2004).

Respecto a los modelos de atención tradicionales, se encuentra la atención total al paciente, la enfermería funcional, la enfermería en equipo y la enfermería primaria. La atención total al paciente es el modelo más antiguo de atención de enfermería y se centra en la atención completa de la persona (cuerpo, mente y espíritu). Desde 1890 hasta 1929, las enfermeras graduadas que trabajaron en hogares privados en Estados Unidos brindaron un cuidado global utilizando el método de casos (cada paciente es un caso), en el que cada enfermera era responsable por la atención total de un solo paciente (Bernat & Fisher, 2008).

Según algunos autores (Fawcett, 2021a; Fawcett, 2021b; Shirey, 2008 y Tiedeman & Lookinland, 2004), la calidad asociada con este modelo es buena pero la atención a corto plazo puede parecer más costosa porque requiere un alto porcentaje de enfermeras para prestar atención. A largo plazo, sin embargo, la atención total del paciente puede ser más rentable y de calidad, ya que una atención con enfermeras calificadas se traduce en mayor seguridad para el paciente y mejores resultados en salud.

El segundo modelo tradicional es la enfermería funcional. Este es un modelo de atención que surge durante la segunda guerra mundial debido a que muchas enfermeras abandonaron Estados Unidos para servir en el extranjero durante el conflicto, al mismo tiempo que los hospitales del país se estaban expandiendo y buscaban contratar enfermeras, generando un desbalance entre la oferta y demanda de este personal, creando una escasez importante. Esto llevó a contratar una fuerza laboral variada que obligó a una división de tareas respecto a la atención del paciente. Es así como las tareas se delegaban y asignaban en función de los conocimientos y habilidades del personal de enfermería, es decir, las enfermeras se enfocaban en actividades complejas de atención

mientras que el personal de apoyo abordaba aspectos rutinarios (Fawcett, 2021; Shirey, 2008).

Esto lleva a reconocer que en este modelo se requieren menos enfermeras para la atención de los pacientes y, por lo tanto, puede ser más rentable a corto plazo. Sin embargo, tiende a fragmentarse la atención por lo que ninguna persona es responsable de la atención total del paciente, predisponiendo a pensamientos como "No es mi trabajo", además de llevar a errores y omisiones del cuidado, amenazando la seguridad del paciente. Por consiguiente, dada su orientación técnica, este modelo no fomenta la autonomía y el desarrollo profesional (Fawcett, 2021; Shirey, 2008).

El tercer modelo es la enfermería en equipo, que surgió después de la segunda guerra mundial como una forma de incorporar personal militar en la atención del paciente para suprimir la escasez de recurso humano en enfermería. Estas personas, que no tenían licencia ni conocimientos para realizar cuidados simples y procedimientos técnicos, recibieron capacitación en el trabajo para funcionar como auxiliares de enfermería en los hospitales (Shirey, 2008; Tiedeman & Lookinland, 2004).

Estos orígenes configuran en los equipos de enfermería actuales, conformados por una enfermera que lidera equipos de cuidado constituidos por enfermeras universitarias y auxiliares de enfermería, y su responsabilidad radica en asignar a cada grupo un conjunto de pacientes (pueden ser los mismos pacientes durante el tiempo de hospitalización) a los que se brindará un cuidado integral, supervisando la atención y favoreciendo la comunicación asertiva y el trabajo colaborativo (Tiedeman & Lookinland, 2004).

La principal ventaja del modelo en comparación con la enfermería funcional es evidenciada por una mejor calidad del servicio, principalmente porque la enfermera líder supervisa la actividad de su equipo y hay una mejor continuidad del cuidado al tener menor rotación en la asignación de pacientes. (Fawcett, 2021).

El último modelo de atención tradicional es la enfermería primaria, el cual surge a finales de la década de 1960 para suplir las limitaciones de la enfermería funcional y en equipo. El modelo emergió en un momento en que la profesión de enfermería empezó a alejarse de lo técnico para centrarse más en lo profesional y disciplinar (Shirey, 2008).

Aquí, a una enfermera se le asigna la responsabilidad de coordinar el cuidado de tres a cuatro pacientes desde el ingreso hasta el alta las 24 horas del día, y, durante este tiempo, se debe planificar, brindar y monitorear el cuidado de esas personas. En caso de que la enfermera no pueda llevar a cabo esta función, otra colega suplirá este rol siguiendo el plan de atención inicial de su compañera. La asignación de los pacientes contempla el tipo de necesidades que tiene, el tiempo requerido para sus intervenciones y las habilidades del personal. La toma de decisiones en este modelo es descentralizada y ocurre en la cabecera de la persona (Fawcet, 2021; Shirey, 2008).

Su principal ventaja es la continuidad en el cuidado, lo cual favorece el empoderamiento de la enfermera, la mirada holística y centrada en el paciente, además de la calidad en la atención. Además, el desarrollo de una relación de confianza enfermera-paciente es terapéutico tanto para pacientes como para enfermeras. Del mismo modo, permite maximizar aspectos de la profesión, como la autonomía, el juicio clínico y la toma de decisiones (Fawcet, 2021).

Por último, el modelo de atención contemporáneo es la atención centrada en el paciente, un modelo que se enfoca en las necesidades del paciente y la familia a través de un enfoque interdisciplinario, en el cual se provee todos los servicios necesarios (radiología, farmacia, laboratorio, fisioterapia), que están disponibles en el punto de atención o en una proximidad geográfica muy cercana al paciente. La atención se realiza mediante cualquiera de los modelos tradicionales solos o combinados y las decisiones de personal se toman en función de las necesidades del paciente (Tiedeman & Lookinland, 2004).

El modelo está altamente personalizado para satisfacer las necesidades del paciente, facilitando la comunicación interdisciplinaria, la colaboración y la coordinación de la atención. Sin embargo, en muchas instituciones, la implementación de la atención centrada en el paciente resultó en la reducción de los costos hospitalarios a través de la reducción del personal de enfermería. Esto aumentó su carga de trabajo, lo que amenaza la seguridad del paciente. Debido a que no existe una definición estándar de atención centrada en el paciente y puede incorporar una variedad de modelos de prestación de atención, la atención centrada en el paciente es poco conocida y difícil de articular para muchas enfermeras (Shirey, 2008).

A modo de conclusión, algunos modelos posibilitan el contacto con el paciente, estar cerca de él, desarrollar un plan de cuidados que contemple un enfoque más humanista e integral de la atención, lo cual tiene más cercanía con la formación profesional y los ideales de cuidado de las enfermeras. Por el contrario, existen otros modelos en los que el encuentro con el paciente es más limitado y el cuidado se delega al personal auxiliar de enfermería, lo cual desvirtúa el rol, la identidad y autonomía profesional. Estas formas de organización del trabajo en enfermería son extrapolables al contexto colombiano, donde se evidencian hibridaciones de los modelos funcional y de trabajo en equipo si se tiene en cuenta que algunas instituciones de salud conforman equipos con pocos profesionales, responsables de la supervisión del personal auxiliar de enfermería y que existe una división instrumental de las actividades de cuidado de los pacientes entre enfermeras y personal de apoyo.

#### **4.4. Aspectos normativos para el cuidado de enfermería en Colombia**

La práctica de enfermería en Colombia está regulada por dos leyes que enmarcan el ejercicio de la profesión. Una es la ley 266 (Congreso de la República de Colombia, 1996), que reglamenta la profesión de enfermería en el país y la ley 911 del 2004 (Congreso de la República de Colombia, 2004), que contiene la responsabilidad deontológica o ética para el ejercicio de la profesión de enfermería. A continuación se presentarán los puntos más relevantes de ambos textos con el ánimo de identificar cómo está estipulado el desarrollo de la práctica de enfermería en Colombia y cuáles son las responsabilidades que tiene la enfermera como profesional del cuidado humano.

La ley 266 de 1996 reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. En ella, se define la naturaleza y el propósito de la profesión, se determina el ámbito del ejercicio profesional, se describen los principios que la rigen y se mencionan los entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional, además de las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

En esta misma ley, se plantean unos principios que hacen parte de la práctica profesional. Ellos son la integralidad con la que se debe atender al paciente, teniendo en cuenta sus dimensiones física, social, mental y espiritual. La individualidad, entendiendo

que cada ser es único y que sus necesidades se deben abordar teniendo en cuenta sus características socioculturales, creencias y valores. La dialogicidad, que fundamenta la interrelación enfermera paciente a partir de una comunicación efectiva que permita el diálogo participativo en el que las personas expresan sus necesidades de cuidado. La calidad, orientada a proveer una atención eficiente, fundamentada en valores y estándares técnicos, sociales, humanos y éticos y finalmente, la continuidad, relacionada a cuidar sin interrupción temporal, o contemplando la oportunidad, es decir, intervenir cuando las personas, la familia y las comunidades lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

En la ley 266 también se plantean los derechos que tiene la enfermera en su ejercicio profesional. Disfrutar de un ambiente de trabajo sano y seguro para su salud física, mental e integridad personal, contar con los recursos humanos y materiales necesarios para atender dignamente a quien recibe sus servicios, cumpliendo con sus funciones de manera segura y eficaz, además de tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana, son algunos de estos derechos. Así mismo, también existen deberes como brindar atención integral y de calidad a todas las personas, actuando con base en el código deontológico que a continuación se presenta.

La ley 911 del 2004, contempla unos principios y valores éticos relacionados con el acto de cuidado en enfermería, tales como el respeto a la vida, a la dignidad, a la integridad genética, física, espiritual y psíquica de los seres humanos y a sus derechos, además de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, los cuales orientan la responsabilidad deontológica de la profesión.

Así mismo, el acto de cuidado se considera la esencia de la profesión, la cual se debe fundamentar en los propios conocimientos derivados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Debe partir de una relación interpersonal humanizada entre la enfermera y el paciente, familia o grupo social a través la comunicación y el respeto con el ánimo de desarrollar las potencialidades individuales y colectivas. Esto se logra, según la ley, a partir de la autonomía profesional, calidad e independencia con el fin de dar garantía del cuidado, y por esto, la enfermera tiene el derecho a exigir, cuando crea

conveniente, en aquellas situaciones que deterioren la calidad técnica y humana de la atención ante las instancias de enfermería correspondientes.

Respecto al trabajo en los equipos de enfermería, la enfermera solo podrá responder por el cuidado cuando el número de pacientes asignados sea adecuado respecto a su complejidad, y puede delegar actividades de cuidado al personal auxiliar de enfermería siempre y cuando pueda ejercer la supervisión de dichas actividades.

Para concluir, ambas leyes orientan la práctica de enfermería hacia el cuidado integral y digno del paciente a partir de una relación intersubjetiva, reconociendo que cada ser humano tiene necesidades físicas, psicológicas y espirituales. Así mismo, plantean unos principios y valores que deben regir durante el ejercicio laboral, los cuales procuran disminuir el daño y el sufrimiento en los pacientes y brindarle autonomía profesional a la enfermera para actuar de acuerdo con sus conocimientos disciplinares, los cuales provienen de las ciencias biológicas, humanas y sociales. También se da la facultad de delegar el cuidado solo si mantiene relación con las competencias del personal auxiliar de enfermería y si es posible supervisarlos. Es importante decir que la ley le otorga a la enfermera el derecho de reclamar ante los entes competentes cuando crea que su práctica profesional esté siendo vulnerada.

## 5. Artesanía del método

### 5.1. Fenomenología Hermenéutica de Max Van Manen

Esta investigación se enmarcó en el paradigma interpretativo, que permite comprender las experiencias y mundo subjetivo de personas y colectivos (Alligood & Tomey, 2010). Desde luego, se realizó una investigación cualitativa la cual se interesa por la forma en que el mundo es comprendido y experimentado, es decir, explora la perspectiva, los sentidos, los significados, la experiencia, los comportamientos y demás fenómenos sociales que pertenecen al ser humano (Vasilachis, 2006). Existen algunas corrientes metodológicas que permiten abordar desde diferentes enfoques los temas de interés. En este sentido, se optó por un enfoque fenomenológico que sirvió como guía para abordar la experiencia, apropiando, específicamente, el método Fenomenológico Hermenéutico (FH) propuesto por Max Van Manen que se centra en explorar la naturaleza de la experiencia vivida por las personas y comprender su significado (Van Manen, 2003).

Para Van Manen, (2014), la experiencia vivida es la vida activa y pasiva, lo ordinario y extraordinario, lo cotidiano y lo exótico, lo rutinario y lo sorprendente, aspectos todos que se viven a través de la experiencia humana, la cual, recibe influencia del mundo de la que hace parte. Acceder a ella implica un conocimiento pre reflexivo, es decir, premeditado, porque cuando se reflexiona sobre algún suceso que ha acontecido, se tiende a ofrecer generalizaciones, explicaciones o interpretaciones abstractas, pero a lo que realmente se apunta es a conocer ese suceso desde adentro, hablando sobre lo que se pensaba y se sentía en ese momento. Lo anterior deja claro que en las vivencias de la cotidianidad se encuentra una conciencia implícita, no reflexiva, que consiste en la simple presencia de lo que se está haciendo, sin reflexiones inmediatas, pero que está ahí, como un conocimiento tácito, y este conocimiento es precisamente lo que el investigador deberá develar.

La experiencia vivida puede ser comprendida desde las siguientes dimensiones: i) temporalidad, pues cuanto más reciente es, hay mayor posibilidad de evocación de sentires y recuerdos. Así mismo, no se puede acceder a ella mientras se vive porque no

se tiene consciencia de ella, sino cuando ya ha sucedido, es decir, debe ser evocada; ii) la singularidad, ya que cada persona posee una experiencia particular sobre un fenómeno; iii) universalidad, porque como experiencia humana, tiene rasgos intersubjetivos que son transversales a todos quienes la viven y puede develar imaginarios y significados compartidos frente al fenómeno; iv) la sensibilidad, pues permite explorar a profundidad los sentires de la persona; y v) su capacidad transformadora, pues la experiencia del otro tiene la potencia para impregnar las percepciones, sentires y actitudes del investigador frente al fenómeno (Van Manen, 2003).

Ahora bien, Van Manen afirma que al explorar determinada experiencia vivida a partir del enfoque FH, emerge el eidos, que es el significado de las experiencias humanas. El eidos es una noción profundamente existencial, que muestra lo que algo es y sin lo cual no podría ser lo que es, porque se convertiría en otra cosa (Van Manen, 2003). En otras palabras, el eidos es una característica muy propia, singular, una riqueza concreta, un rasgo muy característico, un modo de sentir lo que se vive, lo cual le da un sentido profundo a determinada experiencia. Encontrar esta particularidad es, para el autor, hallar el significado que se busca comprender, porque se está accediendo a un conocimiento profundo y esencial de esa vivencia.

La puerta de entrada a este significado, según Van Manen, (2003), aparece a través de la combinación del enfoque fenomenológico y el hermenéutico. El abordaje fenomenológico permite descubrir y describir las estructuras de significado interno de la experiencia vivida contada por las personas, preguntándose por cómo es tal experiencia en términos de lo que sentía en ese momento. Esto lleva a conseguir descripciones perspicaces sobre el modo en que una persona experimenta el mundo.

Por su parte, el enfoque hermenéutico invita al investigador, en este caso, a interpretar dichas experiencias para comprender de un modo meditado y reflexivo el correcto significado que expresan, pues la reflexión fenomenológica es siempre retrospectiva, rememorativa, o en otras palabras, es la reflexión sobre la vivencia que ya ha pasado. Su aplicación permite que el significado fenomenológico aparezca, se dé o se muestre a través de un cuestionamiento constante: ¿Cuál es realmente el significado primordial de esta experiencia? Con ello, se espera sustraer algo especial, notable,

destacado, que conmueva el ser, por ejemplo, sentimientos u emociones (Van Manen, 2003).

Esta es precisamente la recompensa del método, ver adentro, allá en el corazón de las cosas, en aquellas regiones donde el eidos o significado se originan. Para lograr entrar allí, en lo oculto o disimulado, el investigador deberá acercarse reflexivamente a determinada experiencia de la vida cotidiana, en un intento por clarificar aquello que está escondido y que tiende a evadir la inteligibilidad. Aquí es importante aclarar que la interpretación de la experiencia humana es inagotable, por lo que, frente al mismo fenómeno, es probable que diferentes fenomenólogos encuentren significados esenciales heterogéneos, complementarios o incluso más ricos o profundos sin que esto indique que alguno de ellos está equivocado.

En lo que refiere a las especificidades del método, Van Manen, (2014) argumenta que en la fenomenología el análisis de los datos no se basa en pasos sistemáticos de codificación, categorización y elaboración de conceptos como en otras metodologías, sino que se da a través de un proceso de invención, asombro reflexivo, cuestionamiento profundo, recordatorio atento e interpretación sensible de los significados de las experiencias humanas, por lo cual el investigador elige las herramientas o técnicas que crea más convenientes de acuerdo a las particularidades de su estudio para transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia.

El autor propone tres etapas que permiten identificar y comprender el significado de las experiencias humanas, las cuales se tomaron como base para recorrer el camino metodológico de esta investigación:

1. La pregunta fenomenológica centrada en la experiencia vivida
2. La conversación fenomenológica
3. Reflexión fenomenológica hermenéutica y escritura fenomenológica

### ***5.1.1. La pregunta fenomenológica centrada en la experiencia vivida.***

La pregunta fenomenológica o pregunta de investigación requiere tener un interés y compromiso por una experiencia que el investigador ha vivido en su cotidianidad. Por

lo tanto, Van Manen, (2003) sugiere preguntarse: ¿Qué experiencia humana debería ser el tema central de esta investigación?, con el objetivo de delimitar el tema de interés. Sobre esa idea que ha surgido se debe hacer un cuestionamiento profundo para obtener una pregunta fenomenológica que dé dirección a la investigación, es decir, que permita al autor no desviarse de la experiencia vivida.

Para lograr apropiarse de esta sugerencia, el investigador hizo un proceso reflexivo en el que se reconoció como enfermero, con cinco años de recorrido laboral en UCI, y que en su día a día tenía alta carga laboral, pacientes con situaciones complejas de salud, imposibilidad para cuidar de todos y así mismo, experimentaba sentimientos negativos como tristeza, ansiedad y dolor pues su tiempo no alcanzaba para realizar todos los cuidados que las personas necesitaban; además, como consecuencia de dicho contexto, el propio investigador padecía de alteraciones físicas como gastritis, molestias gastrointestinales y mareos derivadas del retraso de su alimentación en los turnos de trabajo, pues tampoco lograba ser oportuno con esto. En consecuencia, esta vivencia logró movilizarlo a realizar esta maestría con el fin de explorar las experiencias, emociones y opiniones que, como él, podrían tener otros colegas que hubiesen vivenciado contextos laborales similares.

Esta primera reflexión permitió concluir que el aspecto que más lo intrigaba era no poder proveer todos los cuidados de enfermería a sus pacientes. Con esto definido, se realizó un segundo cuestionamiento, donde el investigador se preguntaba a sí mismo por lo que significaba concretamente vivir esta experiencia con el objetivo de tener mayor sensibilidad, motivación, reflexión y análisis frente a la misma, intentando plasmar a través de un escrito reflexivo sus sentimientos, vivencias y posturas frente al retraso u omisión de los cuidados requeridos por sus pacientes (**anexo 1**).

Con este ejercicio se alcanzaron varios objetivos, entre ellos plantear una pregunta inicial para esta investigación: ¿cómo es brindar cuidados en el contexto de sobrecarga laboral?, la cual se fue modificando gracias a los conocimientos adquiridos desde la literatura, la experiencia personal y el debate académico con los docentes, compañeros de maestría y el asesor de tesis, transformándose en la pregunta fenomenológica que dio dirección al estudio y que, en efecto, ayudó a captar el significado de la experiencia:

¿Cuáles son los significados que las enfermeras de UCI atribuyen a la experiencia de retrasar u omitir los cuidados requeridos por sus pacientes?

Paralelamente, el texto reflexivo permitió hacer explícitos los conocimientos, creencias y opiniones del investigador frente al retraso u omisión de los cuidados de enfermería, aspecto importante para reconocer que tenía una postura propia y bagaje frente al fenómeno. Tener esto claro, evitó, por una parte, que sus ideas preconcebidas condicionaran las respuestas de las participantes durante las conversaciones, y por otro lado, ayudó a que en la etapa de análisis y escritura se diera protagonismo a los datos y no a su propia voz, pues eran las entrevistadas quienes poseían la experiencia vivida. Van Manen, (2003), recomienda explicitar los propios conocimientos, creencias, opiniones y presuposiciones para mantenerlas deliberadamente a raya, es decir, para que no interfieran o contaminen la interpretación de la experiencia del otro. Otros autores, describen este proceso en términos de reflexividad (Guber, 2001).

Este texto también sirvió como insumo para aplicar el método de análisis de Van Manen y hacer una apropiación del mismo, pues como investigador en formación, no se tenía la suficiente pericia para enfrentar cada una de sus etapas, las cuales sonaban al principio abstractas y difíciles de aplicar. El análisis fenomenológico hermenéutico aplicado al monólogo generó los siguientes aprendizajes: comprender que no se estaba narrando una verdadera experiencia vivida, pues dicho texto estaba centrado en la descripción del contexto laboral, las funciones del cargo y en explicar por qué no se conseguía brindar todos los cuidados a los pacientes, pero no contemplaba los sentimientos o sensaciones, elementos que permiten estar más cercanos de los significados esenciales de dicha experiencia. A partir de estos aprendizajes se redactó un segundo escrito reflexivo (**anexo 2**), en el que se obtuvo un verdadero relato experiencial que brindó claridad sobre el tipo de información que se debería recoger en la fase de conversaciones fenomenológicas.

Otros aprendizajes derivados de este primer momento fueron la familiarización y apropiación de conceptos propios del método como el eidos o el significado esencial, la hermenéutica, el análisis fenomenológico, la aproximación a la experiencia pre reflexiva, la construcción de temas fenomenológicos (proceso mencionado más adelante), y otros

aspectos más generales y operativos como la organización, manipulación, marcaje y agrupación de los datos.

### **5.1.2. Conversaciones fenomenológicas**

Una conversación fenomenológica es un diálogo auténtico que busca obtener de manera pre reflexiva determinada experiencia y solo se logra si existe empatía, confianza y naturalidad durante el diálogo. Estos elementos se consiguen gracias a la vivencia mutua que comparten los interlocutores frente al mismo fenómeno, en este caso la omisión de los cuidados, y ambos se nutren del encuentro, aportando de manera desinteresada a la conversación. Otro rasgo importante es que el diálogo parte de una pregunta o frase provocadora lanzada por el entrevistador que permite evocar la experiencia vivida, por lo que debe ser una provocación lo suficientemente profunda como para que los temas subyacentes, sentimientos y sensaciones surjan por sí mismos (Van Manen, 2003).

Por lo tanto, antes de iniciar las conversaciones era preciso identificar aquellas personas que experimentaban el fenómeno, preguntándose ¿Con quién conversar? Esto llevó necesariamente a considerar que las participantes, que serían enfermeras, debían atender a unos criterios de inclusión específicos:

- Tener por lo menos 1 año de experiencia laboral en el servicio de UCI adultos desempeñando funciones de tipo asistencial.
- Trabajar actualmente en un servicio de UCI adultos.
- Trabajar en alguna institución de salud pública o privada de alta complejidad ubicada en la ciudad de Medellín.

Así mismo, se excluyó del estudio a las personas que presentaron las siguientes condiciones:

- Enfermeras con cargos administrativos como las coordinadoras de unidad, pues no vivían el fenómeno.

- Enfermeras que trabajaran en la misma institución hospitalaria del investigador para evitar sesgos y conflictos de interés.

Con las características definidas, se captaron las participantes por muestreo intencional, que como mencionan Taylor & Bodgan, (1996), es una estrategia que busca centrar la atención en un aspecto específico, en este caso enfermeras que estuvieran experimentando el retraso u omisión de cuidados. Otros contactos se hicieron por medio de la técnica de bola de nieve (Martínez, 2012), preguntando a las participantes si conocían a alguien que pudiera estar viviendo la misma situación.

El acercamiento inicial se realizó por medio de llamadas telefónicas en las que se contactó a enfermeras conocidas por el investigador, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y se les preguntó si durante sus turnos laborales retrasaban u omitían algunos cuidados, y en caso de responder afirmativamente se les invitó a participar del estudio para que compartieran su experiencia. Se dio el espacio para aclarar dudas y tomar la decisión de participar voluntariamente o desistir del proyecto y se aclaró que las sesiones se desarrollarían en un horario no laboral y de manera presencial o virtual de acuerdo a sus preferencias.

Gracias a las técnicas de captación y atendiendo a los criterios de inclusión, participaron, en definitiva, seis enfermeras de UCI adultos pertenecientes a diferentes clínicas y hospitales de la ciudad de Medellín que vivenciaban durante sus jornadas laborales el retraso o la omisión de cuidados.

Ahora bien, antes de recoger la experiencia de las participantes se consideraron los siguientes aspectos para el desarrollo de los encuentros fenomenológicos:

- a) Duración de cada encuentro sincrónico: entre 60 y 90 minutos.
- b) Responsable de dirigir las sesiones: investigador principal Esteban Gil Vidal.
- c) Previo a comenzar los diálogos se socializó el consentimiento informado. Posteriormente se comprobó la comprensión del documento, y la ratificación de la voluntad de participar por medio de la firma del mismo.
- d) Se abordaron las siguientes variables sociodemográficas: edad, año de graduación, universidad en la que obtuvo su título de pregrado, formación

académica como enfermera, tiempo de experiencia laboral como enfermera, servicios en los que ha trabajado, hospital y servicio donde trabaja, cargo, tiempo de experiencia laboral en su servicio actual, número de pacientes asignados a su cargo y rol frente al cuidado de los pacientes (gestión de sala y delegación del cuidado o cuidado directo del paciente). Vale la pena decir que se logró obtener variabilidad en la muestra, con lo cual se pudo acceder a diferentes perspectivas y experiencias sobre el fenómeno de estudio.

- e) Varios encuentros para conocer la experiencia: la vivencia de las participantes se recogió en tres momentos diferentes, el primero fue una sesión sincrónica en la cual se desarrolló la conversación fenomenológica, el segundo fue un trabajo de escritura reflexiva individual de las participantes y el tercer momento, que fue sincrónico, sirvió para la validación de los relatos fenomenológicos. Esta información será ampliada a continuación.

Después de definir estos aspectos, se consideró que era el momento de entrar al campo y abordar a las participantes. En el primer momento se desarrolló la conversación fenomenológica. Dos participantes aceptaron participar mediante encuentros presenciales en lugares de su preferencia y el resto de participantes, contaron su experiencia a través de la plataforma virtual Google Meet.

Cada conversación comenzó con la firma del consentimiento y la autorización de grabar el encuentro en audio para facilitar su transcripción. Posteriormente se abordaron las variables sociodemográficas y seguido, se formuló la frase provocadora, que inicialmente fue: me gustaría que pienses en un turno en el que se te retrasaron los cuidados de tus pacientes o no alcanzaste a proveer todos los cuidados que ellos requerían y que conversemos sobre cómo recuerdas esa experiencia, permitiendo un par de minutos para la evocación, después de los cuales se daba inicio a la conversación.

Conjuntamente, el investigador consideró diseñar algunas preguntas complementarias las cuales formuló solo en los momentos en que sentía que la frase provocadora no lo había acercado a un relato de la experiencia vivida: piense en un momento en el que no pudo proveer todos los cuidados a sus pacientes y respóndame ¿Con qué frecuencia ocurre esto? ¿Qué has tenido que hacer para completar todos los cuidados a

sus pacientes? ¿Qué sentimientos te genera tener que retrasar u omitir el cuidado que tu paciente requería? ¿Cuáles son las dificultades que le impiden completar los cuidados? ¿Qué le ayudaría a completar los cuidados de sus pacientes?

Después de terminar la conversación, se transcribía el audio y se analizaba seguidamente, pues era la mejor manera desde la perspectiva del investigador para profundizar en la experiencia, es decir, con cada encuentro y su respectivo análisis, surgían nuevas preguntas, comentarios, cuestionamientos y temas que se retomaban en los siguientes encuentros. De este modo, hubo un proceso de conversación-análisis-conversación que permitió, además, ir refinando la frase provocadora para los próximos encuentros, capturando con mayor riqueza la experiencia vivida.

Precisamente, el primer encuentro conversacional no fue lo que como entrevistador se pensaba, pues la frase provocadora dada solo generó narrativas meramente descriptivas de rutinas de trabajo y del contexto laboral. En este punto, era imperativo planear otra ruta de entrada a esas vivencias, por lo que, después de un proceso reflexivo, se concluyó que había que proponer otro método de provocación con la suficiente potencia como para generar relatos que verdaderamente develaran los sentires y sentidos de la experiencia vivida.

En este sentido, la única manera de generar una conversación auténtica en la que el diálogo transcurriera con naturalidad, procurando ver al otro como un ser humano y no como un objeto de investigación, era abrirse totalmente, ser honesto con la propia experiencia personal, porque: ¿Cómo es posible esperar una experiencia tan profunda de alguien a quién no se le está ofreciendo lo mismo? Por lo tanto, el investigador optó por destapar parte de su propia vivencia y presentarla a las participantes para generar un encuentro sincero, desinteresado y con la sensibilidad necesaria para captar el eidos.

Fue así como se creó una pequeña narrativa llamada “Desnudando mi conciencia” (**anexo 3**), en la que el investigador plasmó parte de su sentir como enfermero frente al retraso u omisión del cuidado. Partiendo de este nuevo recurso provocador, el investigador decidió iniciar las siguientes conversaciones fenomenológicas expresando que era un enfermero que había vivido la omisión de cuidados y que quería compartirles una pequeña historia que había construido, en tercera persona, donde expresaba el modo en que vivía esa experiencia. Inmediatamente después de leerla, se daba un par

de minutos de introspección y se continuaba con la instrucción: “esta es mi experiencia y ahora me gustaría que conversemos sobre la tuya, es decir, ¿recuerdas haber vivenciado momentos en los que hayas tenido que retrasar o que no hayas podido ofrecer todos los cuidados que necesitaban tus pacientes?”, dando así entrada a la voz de las entrevistadas.

Dicho recurso literario fue la mejor forma de abrirse al otro y compartir la propia experiencia personal, situar a las participantes en el tipo de experiencia que se buscaba (pre reflexiva y no enfocada en puntos de vista, opiniones o explicaciones de experiencias) y obtener relatos cargados de apertura, intimidad y confianza, es decir, permitió desarrollar verdaderas conversaciones fenomenológicas. En este momento, es importante mencionar que el investigador tuvo cuidado de no incurrir en preguntas como ¿Tú experiencia fue similar? ¿Has vivido cosas parecidas o has tenido turnos en que también has vivido lo mismo? Esto fue indispensable para no condicionar las respuestas de las personas.

Hubo otros aprendizajes significativos durante este momento de recolección de la experiencia –El conversacional-. En primera instancia, se comprendió que la experiencia vivida exige que los acontecimientos se vivan con frecuencia, pues cuando se ha dejado de experimentar algún suceso durante cierto tiempo, la vivencia que se busca pierde profundidad ya que se evoca un recuerdo que ha perdido detalle, se ha vuelto explicativo y en el que la intensidad del olor, el sabor, la escucha, el tacto y el sentir, es decir, el eidos, se pierde. En segunda instancia, se entendió que la falta de Rapport es un aspecto que puede afectar el desarrollo de las conversaciones, pues al inicio se tornaban frías. Por lo tanto, la narrativa “Desnudando mi conciencia” permitió situar a las participantes en la experiencia que se quería conocer, la pre reflexiva, consiguiendo no solo que se conectaran de manera más clara y sencilla con sus propios sentires, si no también que se expresaran a través de una conversación menos forzada, es decir, más fluida y cómoda.

Así mismo, el investigador mejoró en sus habilidades para desarrollar un encuentro conversacional, adquiriendo soltura, tranquilidad y algo fundamental, la escucha activa, pues al inicio no se lograban concretar preguntas relacionadas con las expresiones que iban emergiendo durante el diálogo por parte de las participantes, haciendo que muchas

oraciones importantes que podían develar la esencia del fenómeno no fueran interpeladas.

El aprendizaje final del momento conversacional se relaciona con la apropiación del concepto de potencia usado por Van Manen, (2003), pues hasta el momento no existía una conciencia de lo que significaba. Este aprendizaje se adquirió a través de algunas experiencias relatadas por las participantes que fueron tan impactantes para el investigador, que alcanzó a sentir la necesidad de transformar la manera en que percibía el mundo que lo rodeaba, es decir, aquellas palabras tuvieron la fuerza necesaria para generar cuestionamientos propios frente a su práctica como enfermero y sentir que debía mejorarla.

Después de terminar los encuentros conversacionales, se inició con el segundo momento para la recolección de la experiencia, el cual se realizó de manera asincrónica. Para esta etapa se intentó explorar de manera aún más profunda la experiencia vivida de las participantes a través de un ejercicio de reflexión individual y de escritura con algunas preguntas orientadoras que fueron enviadas a sus correos electrónicos: ¿Qué sentimientos, recuerdos y reflexiones tienes acerca de tu experiencia de omitir o retrasar los cuidados?, ¿Qué crees que sienten tus pacientes cuando sus necesidades no son completamente atendidas? De ese modo, se motivó a las participantes a mantener una reflexión íntima sobre su propia experiencia en los días posteriores a la conversación fenomenológica. Se contó con un tiempo de dos semanas para realizar esta reflexión y realizar la devolución al investigador.

Este recurso lamentablemente no tuvo la acogida que se esperaba en términos de cantidad de respuestas pues solo dos participantes contestaron a las preguntas. Sin embargo, las respuestas permitieron complementar aún más los relatos recogidos durante el primer encuentro profundizando así un poco más en sus experiencias.

El tercer momento designado para la recolección de la experiencia se realizó de manera sincrónica e individual y solo se hizo después de haber analizado los datos y construido los escritos fenomenológicos de cada participante. En dicho encuentro, que se realizó con cada uno de manera individual, se presentó la interpretación que se hizo de su experiencia, mostrando los significados que emergieron, el texto que se construyó y los seudónimos que se les asignó. La finalidad de esta sesión fue que cada persona

podiera reafirmar los hallazgos, expresar como se sintieron con la lectura de su propia vivencia, sugerir cambios, adicionar datos para profundizar en sus relatos y confirmar si el seudónimo que se les asignó era de su agrado, abriendo la posibilidad a modificarlo por uno de su preferencia.

### ***5.1.3. Reflexión fenomenológica hermenéutica y escritura fenomenológica***

Van Manen, (2003,2014), menciona que, a partir de una experiencia, el investigador puede realizar un proceso interpretativo que le permite descubrir y aislar temas esenciales con el objetivo de encontrar el eidos. Por lo tanto, esta fase cobra especial protagonismo porque es aquí, concretamente, donde se extraerán los significados de la experiencia contada por las participantes.

En este sentido, es conveniente primero preguntarse, ¿qué es un tema esencial? Van Manen, (2003), afirma que son las herramientas para llegar al significado, pues le dan forma a una experiencia que, en un principio, parecía no tenerla. Concretamente, los temas son frases o incluso palabras que contienen una riqueza concreta y original de la vivencia, es decir, expresan rasgos, características o componentes centrales de la experiencia, aspectos que llevan al investigador hacia el eidos. Se puede decir, que, a través de un tema es más fácil observar lo que estaba oculto (el eidos o significado), pero esto dependerá de la sensibilidad y experiencia que tenga el investigador para no dejar pasar por alto aspectos que muchas veces parecen alejarse del fenómeno de estudio, pero que realmente lo enriquecen (Ayala Carabajo, 2016).

Ahora bien, para llegar al tema esencial, era fundamental haber explorado la experiencia en las participantes, y seguir las recomendaciones de Do Prado et al., (2000), transcribiendo cada conversación en un periodo menor a 72 horas en formato Word con el fin de no perder el contacto interno con la experiencia del entrevistado, es decir, mientras más rápido se realizara, no solo las palabras sino también los gestos y otros aspectos no verbales se podrían mantener vivos, porque, a medida que transcurre el tiempo, estos elementos se pueden volver confusos en la mente del investigador.

Con la conversación ya transcrita se inició la fase de reflexión fenomenológica hermenéutica. Van Manen, (2003), plantea dos niveles de análisis para transitar por esta fase, el intratextual, desarrollado a partir de tres momentos: i) descriptivo, en el que se abordó uno a uno cada relato a través de un proceso de aproximación holística, aproximación de marcaje o selectiva y aproximación detallada o línea a línea con el objetivo de reducir la experiencia a temas esenciales; ii) análisis temático, en el cual se analizaron esos temas esenciales con el objetivo de agruparlos de acuerdo a rasgos o características similares, emergiendo, en cada grupo, un tema fenomenológico; iii) análisis hermenéutico, en el que se hizo la transformación lingüística de los temas esenciales y fenomenológicos, para escribir en párrafos más sensibles los significados de la experiencia de cada participante, plasmados, en este caso, en seis textos fenomenológicos. El segundo nivel es el intertextual, que consistió en otro momento interpretativo en el que se analizaron los significados intratextuales expresados en los seis relatos en busca de elementos transversales, de los cuales emergió una matriz (ubicada en el capítulo La experiencia intersubjetiva) que contiene, en este caso, los significados intersubjetivos de la experiencia. Ambos niveles serán desarrollados a continuación.

En primer lugar, el nivel intratextual se enfoca en el abordaje de las experiencias de manera individual, por lo cual, al final se obtendrán los significados de cada participante. Como se mencionó, existen tres momentos que configuran este nivel. El primero de ellos es el descriptivo, que consiste en abordar cada experiencia a través de tres procesos, a saber, la aproximación holística, la aproximación de marcaje o selectiva y la aproximación detallada o línea a línea, esto con el objetivo de hallar los temas esenciales. La aproximación holística exige enfocarse en cada texto como si fuesen un todo, con el fin de formular una frase central que tenga la suficiente profundidad como para capturar de manera completa el significado global allí contenido. Era importante preguntarse aquí ¿Qué frase podría captar el significado fundamental del texto analizado como un todo? Posteriormente, se formulaba dicha frase (Van Manen, 2003).

Para lograrlo, se intentó formular una frase global que representara la experiencia allí contenida. Sin embargo, no fue tarea fácil porque en textos con tanta riqueza y matices, era difícil formular una única frase que contuviera todas las ideas allí presentes.

De este modo, se entendió que cada relato debía pasar por un mecanismo de lectura iterativa, es decir, un proceso de lectura y relectura. Por lo tanto, los manuscritos fueron leídos entre tres a cuatro veces cada uno para intentar entenderlo mejor y formular la frase holística.

No fue fácil culminar esta etapa y durante el proceso, se cambió varias veces la frase holística pues aquellas que se formularon se sentían forzadas, no generaban comodidad, se tenía miedo de que fueran distantes a la voz de las participantes y, sobre todo, no tenían la capacidad de representar el significado global de los textos. Finalmente, tras varias horas de lectura y discusiones con el asesor de tesis, se tomó la decisión de que la frase no debía ser formulada por el investigador, si no que debía ser tomada de las expresiones de las participantes, pues realmente tenían la potencia para capturar lo central de su propia experiencia. Esta idea, se reforzaba en los planteamientos de Van Manen, (2003), quien expresaba que este proceso no es sistemático, y la frase holística puede surgir mediante la invención, descubrimiento o revelación perspicaz. Finalmente, sin pensarlo, en un proceso similar al que Van Manen denomina “tropezar con el tema”, en el que de manera casual o accidental se encuentra el tema en un sitio impensado, se tropezó con la frase holística.

Por su parte, la aproximación selectiva o de marcaje exigía leer todo el texto y resaltar frases o secciones llamativas. Por lo tanto, valía la pena preguntarse ¿Qué frases parecen reveladoras o esenciales? (Van Manen, 2003). Este proceso se realizó a través de una lectura iterativa en la que se identificaron los fragmentos con potencial para develar la esencia de la experiencia vivida.

Durante esta actividad, hubo que organizar mejor la transcripción de los textos porque no se contaba con un adecuado uso de los signos de puntuación y esto dificultaba conocer donde iniciaba o terminaba una frase. Así mismo, hubo que aprender cómo se componía una frase, cuál era su estructura y sus partes, pues era el único modo de hacer un marcaje correcto. Además, se comenzó a enumerar cada frase, lo que permitió tener un orden y posteriormente ubicarla más fácil.

Finalmente, se realizó la aproximación detallada o línea a línea, en la que se debía hacer una lectura minuciosa y crítica de las frases identificadas en la actividad anterior y extraer de cada una el tema o la estructura temática que ayudara a develar la esencia de

la experiencia que se estudiaba. Aquí convenía preguntarse ¿Qué revela esta frase o grupo de frases sobre el fenómeno de estudio? (Van Manen, 2003).

En este punto las cosas se comenzaban a complicar porque no era fácil sustraer los temas de cada una de las frases, pues esto exigía un bagaje previo y la sensibilidad necesaria para no perder de vista aspectos que a simple vista no parecían importantes pero que, de manera implícita, podían aportar de manera sustancial al eidos.

Sin embargo, ante esta situación se recordó que el método no es sistemático y que en ocasiones requiere inventiva, pues los datos de cada investigación tienen sus particularidades y develan diferentes modos de actuar. Así las cosas, fue muy importante el apoyo del asesor de tesis, quien, por su recorrido y experiencia con el área cualitativa, tenía la capacidad de volver menos abstracta esta aproximación. Por lo tanto, después de hacer, borrar y volver a hacer en repetidas ocasiones además de realizar un proceso de lectura iterativa, detallada, consciente y atenta con cada frase, se logró identificar los temas esenciales, que, en efecto se relacionaban principalmente con los sentires y pensamientos más profundos de dichas experiencias, representando una puerta de entrada a los significados.

Un aspecto importante era que, desde el inicio, se pensaba que cada aproximación se hacía independiente de la otra. Sin embargo, con la experiencia que se fue adquiriendo, el investigador se dio cuenta de que los mismos datos iban sugiriendo el paso a seguir, los modos, las maneras, por lo que se realizó de manera independiente la aproximación holística, pero el marcaje y la aproximación línea a línea se comenzaron a hacer de manera simultánea, lo cual permitió agilizar un poco el proceso y encontrar con mayor facilidad los temas esenciales.

Con los temas resultantes, se realizó un proceso de reflexión llamado por Van Manen, (2003), variación libre imaginativa. Esta era una manera de determinar si los temas que emergieron eran realmente esenciales y daban significado a la experiencia o si, por el contrario, eran casuales, de modo que no aportaban a la comprensión del fenómeno. Para esto, se utilizó con cada tema unos interrogantes propuestos por Van Manen, (2003): ¿continúa siendo este fenómeno todavía el mismo se cambiamos o eliminamos este tema en nuestra imaginación? ¿Pierde el fenómeno sin este tema su

significado fundamental? Esto permitió entender que no necesariamente en cada tema está el eidos, concluyendo así el momento descriptivo.

Se debe mencionar que la manera de organizar la información cambió. Inicialmente, se intentó trabajar en formato Word condensando las tres aproximaciones, pero tener tantas frases y temas esenciales significó tener mucha información que para ese formato era casi imposible de observar y manipular, por lo que se decidió utilizar el formato Excel, que facilitó el manejo de los datos. En este sentido, se creó un cuadro de tres columnas en las que se trasladó la información desde el formato anterior y se ubicaron de izquierda a derecha en el siguiente orden: aproximación holística, aproximación selectiva y aproximación línea a línea, en la cual estaban contenidos los temas esenciales (**anexo 4**).

Con la información mejor organizada, se comenzó con el segundo momento, el análisis temático. Inicialmente, con los temas esenciales resultantes, se trató de hacer agrupaciones temáticas de aspectos o rasgos comunes. Para esto, se contempló una alternativa diferente al formato Excel, pues se quería tener acceso a los datos de una manera más sencilla y visual, pero con este programa no se tenía la facilidad para mover, agrupar y separar la información por temáticas, por lo que se tomó la decisión de trasladar la información al sitio web Miro, que se especializa en mapas conceptuales y que permitió agrupar los temas en esquemas visuales fáciles de manipular.

Después de organizar los temas esenciales en grupos que compartían rasgos similares entre sí desde el punto de vista del investigador, el siguiente paso fue elegir dentro de cada grupo un tema que fuera lo suficientemente profundo, no solo para explicarse por sí solo, sino también para abarcar y representar al resto de temas esenciales allí contenidos, asignándole el nombre de tema fenomenológico, tal como se ejemplifica en la **figura 1**. El resto de esquemas visuales de cada participante se encuentran disponibles para consulta en el **anexo 5**. Vale la pena resaltar que después de desarrollar este proceso analítico con seis participantes se consideró que se había alcanzado la saturación teórica, que según Strauss & Corbin, (2002), consiste en alcanzar un punto en la investigación, en el que la recolección de datos no permite descubrir nueva información.

Una vez saturados los temas, se comenzó con el tercer momento, el análisis hermenéutico. A partir de un proceso interpretativo y creativo, con cada tema fenomenológico, tema esencial y frase holística, elementos que contenían los significados de la experiencia, se realizó un proceso de transformación lingüística, que es un ejercicio en el cual se escriben los datos emergentes en párrafos más sensibles desde un punto de vista fenomenológico para facilitar el proceso de escritura (Van Manen, 2003). Por lo tanto, el investigador debe interpretar esos elementos preguntándose “¿Qué me quiere decir esta información?”, y posteriormente darles unas denominaciones utilizando su propio lenguaje.

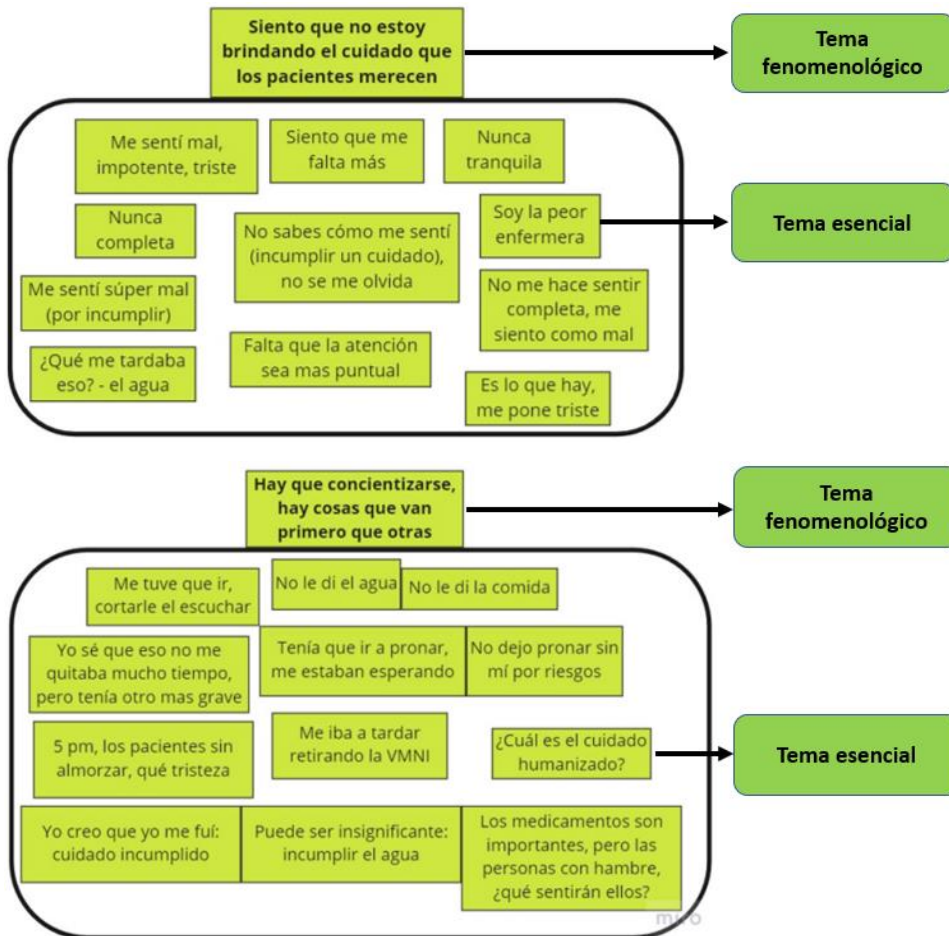
La transformación lingüística fue la puerta de entrada hacia la escritura fenomenológica, un ejercicio en el que, a partir de un lenguaje propio, aunque cercano a la voz de las participantes, el investigador construyó seis escritos fenomenológicos (uno por cada enfermera) que contenían el significado de la experiencia individual, los cuales están ubicados en el capítulo de la experiencia vivida. Para Van Manen, (2003), un texto con profundidad implica una labor que no puede satisfacerse en una sola sesión, pues es un proceso de escribir y reescribir, yendo y viniendo constantemente a los datos para obtener finalmente una pieza fenomenológica sensible y coherente con las voces de los participantes.

Por lo tanto, no se podía comenzar a redactar el texto sin un plan previo, por lo que se diseñó un esquema que contenía la frase holística y los temas fenomenológicos con su respectiva transformación lingüística, información que se organizó intencionalmente en el sentido de las manecillas del reloj lo que permitió orientar el plan de escritura basado en dicha secuencia (**ver figura 2**). Es importante recordar que cada experiencia está compuesta por varios temas fenomenológicos, los cuales, a su vez, representan a unos grupos de temas esenciales (**ver figura 1**), desde los que se inicia la escritura. Es decir, la transformación lingüística de los temas esenciales reside en el contenido de los mismos textos fenomenológicos.

**Figura 1.**

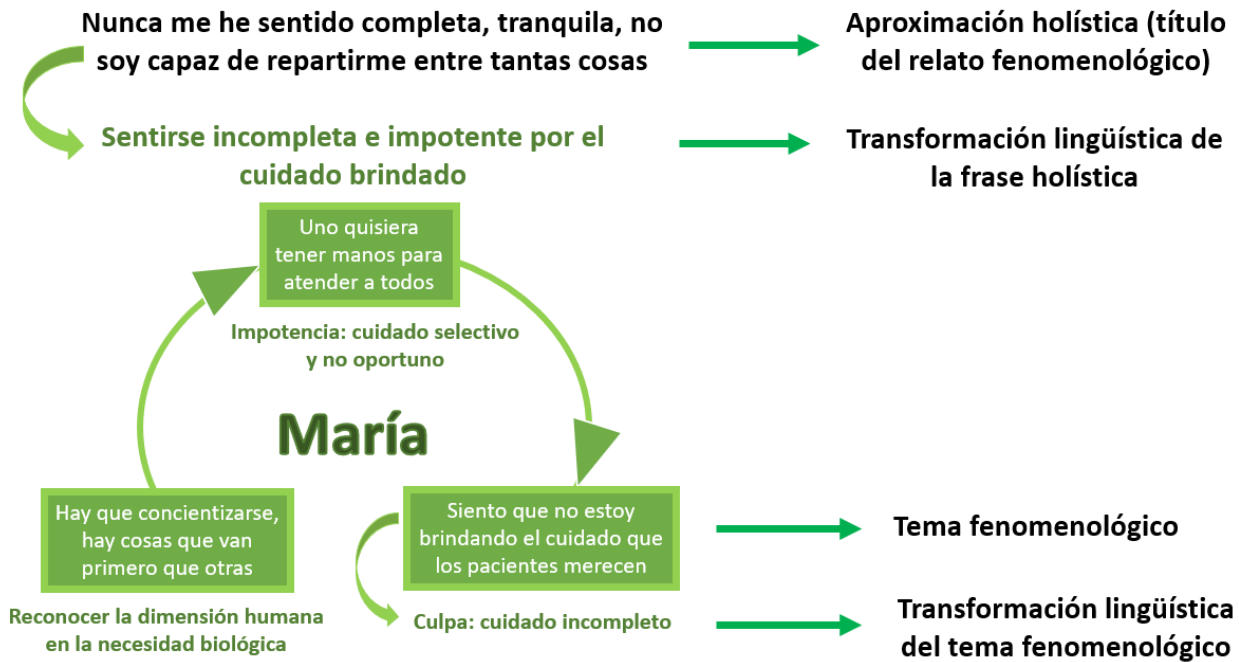
*Esquema intratextual de algunos temas fenomenológicos con sus respectivos temas esenciales.*

*Participante María*



**Figura 2.**

*Plan de escritura fenomenológica de la participante María.*



Como resultado de la etapa intratextual se construyeron seis escritos fenomenológicos que recogieron los significados de la experiencia individual de cada participante y que recibieron como título la frase holística seleccionada previamente: 1) Nunca me he sentido completa, tranquila, no soy capaz de repartirme entre tantas cosas, 2) Me siento frustrado por el cuidado mediocre que estamos dando, 3) Ver que yo también lo descuidé me dio mucha tristeza e impotencia, 4) El sistema de salud llevó a la enfermera a desligarse del contacto con el paciente, 5) Hay cosas que nos han quitado como profesión y 6) Vos haces lo que medianamente o humanamente te da para hacer.

Se debe destacar que en los títulos se conserva la voz de las participantes a pesar de contar con su respectiva transformación lingüística. Esta decisión radica en que, en la fase de aproximación holística, hubo un proceso de reflexión profunda que permitió encontrar una frase que captaba la idea central de la experiencia. Por lo tanto, se considera que esta estrategia puede, por una parte, darle más riqueza, originalidad y

sentido al escrito, y por la otra, permitir que los datos hablen por sí solos, dándole protagonismo a la voz de las participantes.

Ahora bien, ya con las experiencias individuales configuradas en los seis relatos, se comenzó con la segunda etapa, la intertextual. Aquí, los temas esenciales, los fenomenológicos y los seis relatos fueron abordados en conjunto a través de un análisis conjunto con el fin de identificar el significado intersubjetivo de la experiencia vivida.

Para este análisis se utilizaron dos herramientas: la primera fue un gráfico diseñado para organizar y cotejar los datos, en el que se incluyeron los temas fenomenológicos de todos los participantes, y se les asignó seis colores diferentes, para reconocer la voz de cada quien. Este esquema se organizó por capas, donde la más externa contenía los aspectos más generales y descriptivos de la experiencia mientras que la más interna se relacionaba con el sentir (**ver figura 3**), dando así la posibilidad a crear un plan mental para la escritura de los significados intersubjetivos de la experiencia. La segunda herramienta fue una nube de palabras (**ver figura 4**) que contenía expresiones llamativas relacionadas con los aspectos más sensibles de la experiencia individual de las participantes, las cuales ayudaron a identificar más fácil aquellos aspectos transversales a la experiencia, dando así mayor alcance a este análisis reflexivo. Ambas herramientas permitieron tener una visión más amplia de aquello que era común y lo que contrastaba.

Producto de este análisis emergieron tres temas intersubjetivos propuestos por el investigador, descritos en el capítulo llamado la experiencia intersubjetiva, los cuales configuraron los significados intersubjetivos de las participantes: 1) Cuidando a las carreras, 2) Omisión de los cuidados: una experiencia de culpa y frustración y 3) El cuidado expropiado en los entornos de trabajo.

**Figura 3.**

*Esquema intertextual de todos los temas fenomenológicos.*

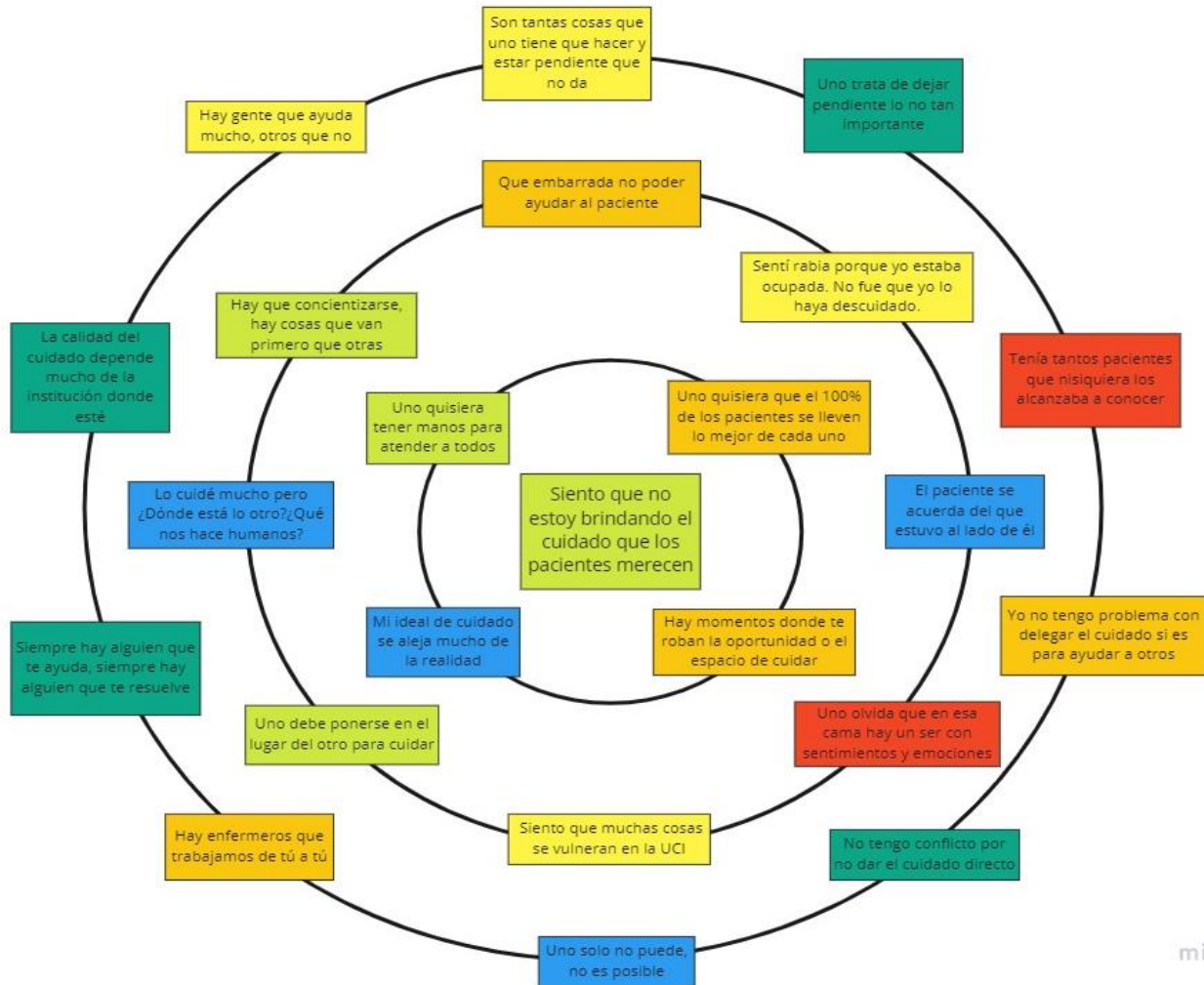


Figura 4.

Nube de palabras con algunos temas esenciales de las participantes.



## 5.2. Criterios de rigor metodológico

Existe un elemento que otorga a la investigación cualitativa la característica de calidad, como lo es el rigor metodológico. Según Castillo & Vásquez, (2003), los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad.

### **5.2.1. La credibilidad**

Se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. En este estudio, no se alteró la naturaleza de los datos obtenidos, pues constantemente el investigador estuvo haciendo uso de la reflexividad y tuvo en cuenta estrategias que le permitían separar su postura de la experiencia ajena y diferenciar la propia voz de cada participante. De esta manera, fueron los datos los que hablaron por sí mismos y todo el tiempo se mantuvieron cercanos a las participantes.

Precisamente, el proceso de validación ayudó a corroborar la pureza de los datos, es decir, se verificó que la información no estuviera contaminada con las presuposiciones del investigador. Durante este proceso se enviaron los textos construidos con la experiencia que se recogió, es decir, a cada participante se le compartió su propio relato fenomenológico y esto permitió al investigador reconocer que realmente el análisis de los datos había tenido el rigor suficiente para develar la experiencia vivida de cada persona y que realmente cada una lograba verse reflejada allí, en ese texto experiencial. Del mismo modo, estos encuentros de devolución permitieron conocer la opinión de cada uno y en caso de que fuera necesario, recibir sugerencias tanto de los textos, los temas fenomenológicos o cualquier otro aspecto que requirieran aclaración o profundización.

### **5.2.2. La auditabilidad**

Es la habilidad de otro investigador para seguir la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. Para esto, se ha desarrollado de manera rigurosa una propuesta metodológica que retoma los postulados de Max Van Manen de manera asertiva, describiendo detalladamente cada uno de sus procedimientos y etapas, las cuales fueron debatidas constantemente durante discusiones académicas

correspondientes a las sesiones de maestría que permitieron recibir una retroalimentación y nutrir positivamente la etapa metodológica.

### **5.2.3. La transferibilidad o aplicabilidad**

Se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Para lograrlo, se tomaron los resultados del estudio, se compararon y validaron a la luz de la evidencia científica por medio de la triangulación de datos. Esto permitió obtener una mirada más global del fenómeno y corroborar que algunos aspectos teóricos encontrados en este proyecto son representativos, pues coinciden con lo que otros autores han encontrado en sus trabajos de investigación, lo cual incrementa la aplicabilidad. Este criterio de rigor retoma aún más fuerza, si se tiene en cuenta un aspecto antes mencionado y relacionado con la universalidad, pues como pasó en este estudio, emergieron algunos rasgos que son compartidos o comunes frente a la omisión de los cuidados, que encontraron correspondencia con estudios realizados en otras latitudes. No obstante, debe considerarse que las características del entorno influyen los modos en que se expresa el fenómeno y, por tanto, el grado de transferibilidad dependerá también de los contextos específicos donde se sitúan las experiencias.

### **5.3. Aspectos éticos**

En este estudio se incluyeron los requisitos éticos planteados por Emanuel, (1999) y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, CIOMS (Cuello et al., 2017; OPS & CIOMS, 2017), tal como se muestra a continuación.

En principio, se tuvo en cuenta el valor científico y social de la investigación, que hace referencia a la importancia social, científica o clínica del estudio, aspectos que se desarrollaron con detalle en el capítulo de la justificación.

El siguiente criterio se refiere a la proporción favorable del riesgo- beneficio, lo que incorpora los principios de no-maleficencia que sostiene que no se debe causar daño a una persona, y beneficencia, referida a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Para desarrollar a cabalidad estos principios se tomó como base la resolución 8430

de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud para definir el riesgo en las investigaciones, y a partir de la cual se clasificó este estudio como riesgo mínimo, pues al explorar la experiencia vivida pre reflexiva de las participantes, se podían evocar los estados emocionales, pensamientos o recuerdos que podían causar molestia durante la conversación fenomenológica (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1993).

Se garantizó siempre un espacio privado, cómodo y tranquilo, de preferencia con los gustos de la participante para el desarrollo de la conversación, y se mantuvo siempre una disposición de escucha, confianza y neutralidad, la cual generó la posibilidad de expresarse abiertamente y sin temor a ser juzgada. También se tuvo previsto facilitar los primeros auxilios psicológicos en caso de ser necesario por medio de programas de la alcaldía de Medellín como “los escuchaderos” aunque no hubo la necesidad de llegar a este punto. Por otro lado, con el fin de garantizar la confidencialidad de su identidad, se asignó un pseudónimo a cada participante. Así mismo, solo el investigador tuvo acceso a las transcripciones de las conversaciones, las cuales estuvieron almacenadas en un disco duro y bajo custodia.

En cuanto a los beneficios del proyecto, se generó evidencia científica de cómo vive la enfermera su práctica clínica en UCI en contextos de omisión de cuidados y se espera que con este insumo se comprenda la necesidad de mejorar condiciones para el ejercicio profesional de enfermería.

Otro aspecto ético que se tuvo en cuenta fue la evaluación independiente del estudio. En este sentido, como tesis de grado, el proyecto fue sometido constantemente a discusiones académicas con expertos en líneas de investigación, quienes aportaron desde su conocimiento opiniones, críticas y sugerencias que aportaron rigor a todas las etapas del trabajo. Del mismo modo, el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (CEI-FE), realizó de manera independiente una evaluación a este proyecto en la que determinó que existían unas garantías de una conducción responsable del estudio, protección de los derechos de los participantes y que no había conflictos de intereses, generando un aval ético con acta N° CEI-FE 2022-14 y con fecha del 09/05/2022 (**anexo 6**).

Además, se utilizó el consentimiento informado, un documento informativo que contenía el objetivo del proyecto, el riesgo que existe al participar del mismo y la manera de atenuarlo. Solo participaron del estudio aquellas personas que voluntariamente lo diligenciaron, respetando su autonomía para abandonar la investigación en el momento que desearan **(anexo 7)**.

Para garantizar la custodia de la información, únicamente el investigador transcribió la grabación de las conversaciones y la almacenó en un computador al que nadie más tuvo acceso. Se conservará el texto durante los dos siguientes años posteriores a la terminación del estudio para usarse con fines académicos como la publicación de artículos, salvaguardando siempre la identidad de las personas.

## 6. Las experiencias vividas

Esta investigación se realizó con enfermeras que trabajan en salas de UCI adultos de cinco Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) de IV nivel de complejidad ubicadas en la ciudad de Medellín. En la **Tabla 1** se observan las características sociodemográficas de las participantes.

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de los participantes*

	Ana	Martín	Walter	María	Francia	Henry
Edad en años	30	32	36	40	27	26
Año de graduación	2015	2017	2017	2016	2019	2019
Nivel de formación	Pregrado	Magister	Pregrado	Pregrado	Pregrado	Especialista
Experiencia laboral en años	7	3	4.5	5	2.5	3.5
Años de experiencia en UCI	2	2	1	5	2	3
Distribución enfermera: paciente	1:7	1:12	1:5	1:3	1:3	1:3
Perfil de la enfermera	Gestión de sala	Gestión de sala	Gestión de sala	Cuidado directo	Cuidado directo	Cuidado directo
Naturaleza IPS	Privada	Privada	Mixta	Privada	Privada	Privada
Tipo de UCI	Polivalente	Polivalente	Cardio	Polivalente	Polivalente	Cardio
Número de camas	14 camas	12 camas	10 camas	12 camas	16 camas	16 camas

El estudio se realizó con 6 profesionales de enfermería, 3 hombres y 3 mujeres. Sus edades estaban comprendidas entre los 26 y 40 años. La tercera parte poseía un nivel de formación posgradual de especialista o magister. El promedio de experiencia laboral en UCI variaba entre 1 y 5 años. El 83% trabajaba en IPS de naturaleza privada, específicamente en UCIs polivalentes, es decir, lugares especializados en la atención de pacientes críticos con múltiples patologías. El 50% de las participantes tenían una

asignación de 5 a 12 pacientes por enfermera, con un perfil laboral que incluye la gestión de la sala además de la supervisión del cuidado. El resto de participantes tenía una asignación de 3 pacientes por enfermera y su principal rol se relacionaba con el cuidado directo del paciente.

Ahora bien, con las características sociodemográficas definidas, se presentará a continuación uno a uno cada relato fenomenológico, los cuales contienen los significados de la experiencia de cada participante frente al retraso u omisión de los cuidados requeridos por sus pacientes. Cada escrito inicia con el título, que es la frase holística, seguido del esquema que contiene los significados de la experiencia (**ver figura 2**) y posteriormente, se encuentra el texto fenomenológico, que inicia con una corta descripción del significado que cada enfermera ha atribuido a su vivencia, seguida de la explicación, de forma secuencial de acuerdo a las manecillas del reloj, los temas fenomenológicos que aparecen en la figura.

## 6.1. Nunca me he sentido completa, tranquila, no soy capaz de repartirme entre tantas cosas.

### Sentirse incompleta e impotente por el cuidado brindado



El significado atribuido por María a su experiencia de retrasar u omitir los cuidados requeridos por los pacientes pasa por la culpa, impotencia y falta de plenitud que siente como enfermera por el cuidado que está brindando, pues no es oportuno, es selectivo ya que no logra atender a todos y es incompleto, es decir, solo se logran abordar las necesidades biológicas, a pesar de ser consciente de la importancia del cuidado de lo humano.

En este sentido, la manera en que provee los cuidados genera una sensación desalentadora para ella: *“no estoy brindando el cuidado que los pacientes merecen”*, porque reconoce que debe colocarse en el lugar del otro para cuidar, pero el contexto le impide tener esa empatía: *“Uno debe ponerse en el lugar del otro para cuidar... yo me sentía tan mal, yo decía ¿Qué me tardaba eso [darle el agua al paciente]? Yo sé que eso no me quitaba mucho tiempo, pero tenía otro más grave”*. Al reflexionar sobre su entorno concluye que posee demasiadas funciones adicionales al cuidado y una asignación elevada de pacientes, reconociendo que estos últimos son los más afectados pues sus

necesidades no están completamente satisfechas: *“El paciente no es bien atendido en muchas cosas, ¿Qué sentirán ellos?”* En este sentido, María vive una dicotomía entre lo que está obligada a hacer y lo que quisiera hacer ya que no estaba preparada para tener que retrasar los cuidados, realizarlos parcialmente o incluso incumplir promesas de cuidado a sus pacientes. Esto genera sentimientos negativos intensos, porque no es una decisión voluntaria, sino que el contexto la obliga a hacerlo: *“No me hace sentir completa porque me siento súper mal, siento impotencia, tristeza, yo me sentía mal, soy la peor enfermera”*.

El cuestionamiento por un cuidado más humano la ha llevado a desear frecuentemente tener más manos para atender a todos, pues con las que tiene siente que no le alcanza. Para ella, el tiempo es insuficiente para brindar una atención oportuna en relación a las necesidades y expectativas de cuidado de los pacientes, relatando expresiones como: *“Siento que falta más”* y *“Esta persona cómo que quería hablar más y yo me tuve que ir, tuve que cortarle ahí el escucharlo porque los otros me necesitaban”*. Esto significa desarrollar sus cuidados en un contexto donde no se puede integrar todas las esferas que componen al paciente, es decir, se le debe fragmentar la atención, no se le puede dar la prioridad que merece, se le ofrece una atención poco oportuna y no se tiene tiempo para interactuar con él: *“Uno trata de repartirse con lo que pueda, uno quisiera quedarse más tiempo con el paciente y tratarlo con la prioridad y el tiempo que se merecen, pero tengo que priorizar otras cosas, uno hace por montones, es lo que hay”*. Por lo tanto, los cuidados se ofrecen de manera afanosa y el contacto con cada paciente es superficial: *“Uno va y hace sus cosas como a la carrerita, pero es porque uno sabe que todos te necesitan. Es lo que hay, pero me pone triste... desafortunadamente tiene que ser así”*.

Sin embargo, en sus experiencias iniciales de trabajo no conseguía reconocer la importancia de las necesidades humanas en un entorno tecnológico. Esta conciencia se fue adquiriendo durante su recorrido laboral, y entendió que hay cosas que van primero que otras, pues al inicio sus intervenciones se centraban únicamente en satisfacer la esfera biológica y los procedimientos avanzados como la pronación de pacientes, el manejo de la vía aérea, la ventilación mecánica y la administración de medicamentos, en efecto absorbían la mayor parte del tiempo y aunque eran necesarios para mantener

estables las constantes vitales de los pacientes, se dejaba de lado la esfera psicosocial. No obstante, a medida que fue ganando experiencia se enfrentó a un suceso que la marcó como cuidadora, pues tuvo que incumplir una promesa de cuidado y esto le enseñó que su atención debía ser más empática y cercana a las expectativas de los pacientes: *“Son las cinco de la tarde y los pacientes están sin almorzar, que tristeza, vos no sabes yo como me sentí, y eso a mí no se me olvida, yo me sentí súper mal... Los medicamentos son importantes, pero las personas con hambre, ¿qué sentirán ellos?”*. Comprender que calmar el hambre, la sed, o escuchar para disminuir el miedo y aliviar la incertidumbre eran acciones tan fundamentales para el bienestar de la persona, llevó a María a cuestionarse sobre el tipo de cuidado que se ofrecía, en el cual las necesidades psicoafectivas pasaban a un segundo plano: *“¿Cuál es el cuidado humanizado que estamos brindando?... uno aprende de eso y ahora el que me pide agua, puede ser el que está intubado que me diga que tiene sed y lo hago... Puede ser algo muy insignificante para muchos, pero para mí eso [darle agua al paciente] es importante”*.

## 6.2. Me siento frustrado por el cuidado mediocre que estamos dando.

### Sentirse frustrado por el cuidado mediocre



Para Henry, el significado atribuido a la experiencia de omitir cuidados se centra en la frustración que siente por el cuidado mediocre que está brindando, debido a que su rol y autonomía profesional le han sido enajenados, lo cual, por un lado, lo aleja de la posibilidad de proveer un cuidado integral pues hasta ahora, a pesar de reconocer que el paciente es un ser con una dimensión humana que debe ser abordada, solo le alcanza para centrarse en satisfacer las necesidades de la esfera biológica. Por otro lado, está obligado a trabajar en soledad, pues sus excesivas responsabilidades le impiden ayudar o ser ayudado por el colega.

Estas condiciones hacen que su ideal de cuidado se aleje mucho de la realidad laboral que vive porque su rol profesional se direccionó al desarrollo de una enfermería costo efectiva en la que la enfermera tiene una elevada asignación de pacientes que no logra conocer ni cuidar de manera integral y, adicionalmente, debe responder por tareas adicionales al cuidado que son demandantes. Desde la visión gerencial del hospital, la enfermera debe responder por la atención de todos los pacientes además de las funciones adicionales al cuidado, y esto le genera un sinsabor, porque percibe que el

cuidado termina siendo un acto mediocre, pues el paciente es atendido a medias: *“Los directivos dicen “son efectivos”. Sí, ¿pero a que costo? El paciente está vivo, sí, pero ¿Qué cuidado mediocre podemos estar dando?”*. Estas condiciones lo obligan a priorizar los *“cuidados avanzados”* relacionados con el entorno tecnológico como el montaje de una diálisis, la administración de medicamentos o el paso de sondas, por sobre el *“cuidado de lo humano”*, y a escoger a cuál de los pacientes atender, pues no es posible llegar a todos: *“Yo tengo unos ideales de cuidado que van más allá de un medicamento, de un catéter, y es esa parte humana, pero nos quedamos cortos ahí... Lamentablemente el modelo nos obliga, vos tenés que escoger un paciente, el más enfermo ¿Y los otros qué? Hay pacientes que se cuidan solos... Necesitamos un modelo donde sea posible dedicarse realmente al paciente”*.

Estas situaciones le generan cuestionamientos sobre el tipo de atención que brinda: *“Lo cuidé mucho pero ¿Dónde está lo otro, qué nos hace humanos?”*. La pregunta por lo humano se fortaleció a partir de experiencias negativas que lo marcaron como enfermero, pues hubo momentos en los cuales tuvo que incumplir promesas de cuidado importantes para el paciente: *“Una motilada en él no quita tiempo y no me dio, porque había otros pacientes muy mal y yo me sentía también mal porque todos los días le prometía una motilada que no le di, y se murió y no se la pude dar, eso es algo teso y que marca”*. A pesar de ello, Henry considera que estas acciones son las que lo definen como enfermero porque el cuidado es un llamado a la compasión, y la persona es más que un aparato, es un ser humano que está asustado, solo, triste. Es decir, intervenciones como escuchar, acompañar, educar, dialogar, dar el alimento, un masaje, el confort, para él siempre serán más importantes que los cuidados avanzados: *“Somos la motilada, somos la sopa que damos, somos todas esas cosas, somos el masaje que podemos hacer, somos el confort”*. Sin embargo, las condiciones impuestas por el modelo de salud lo alejan tanto del cuidado del otro, que en ocasiones algunos pacientes pasan por alto sus propias necesidades para que otras personas sean atendidas: *“Vaya cuídalo a él porque él lo necesita más”*, lo cual es conflictivo para Henry, quien comenta: *“No me parece justo, ¿él por qué tiene que renunciar a su cuidado, a su compañía? ¿cómo es posible que el paciente tenga que decir no me cuides, ve donde el otro?”*.

Dicha vivencia le genera sufrimiento, dolor, nostalgia, tristeza, frustración e impotencia, no solo porque *“Hay pacientes que se cuidan solos”* sino también porque a pesar de que los *“cuidados avanzados”* son importantes para la recuperación del paciente, la enfermera debería tener esa opción de ir más allá, de enfocarse en la esfera humana que es más importante que la tecnológica y de ser oportuna en la atención para que el paciente no tenga que esperar para ser atendido, pues no se quiere abandonar a ninguno: *“Yo puedo saber montar un soporte extracorpóreo, puedo saber pasar la invasión de un catéter, puedo saber montar 10 infusiones porque el paciente está chocado, puedo saber montar una diálisis urgente, pero ¿qué hay de mí si yo estoy montando todas esas diálisis y tengo un paciente que se siente solo?”*.

Otro aspecto que lo aleja del cuidado del otro es la falta de colegaje pues según expresa: *“Uno solo no puede, no es posible”*, pero muchos compañeros *“no se dejan contagiar del trabajo en equipo”* y prefieren trabajar solos. Esto ha influido no solamente en el retraso u omisión del cuidado, sino también en la extensión de su turno laboral: *“Yo tengo dos manos y una mente, y yo tengo la capacidad de priorizar, pero hay cosas que requieren mucha premura y uno solo no puede, no es posible y requiere del apoyo del equipo y cuando a uno lo dejan morir, es muy difícil”*. De igual forma, siente que falta compasión y comprensión entre los colegas porque si al final del turno no se alcanza a realizar alguna intervención, es juzgado por ello e incluso, puede ser llevado a un proceso disciplinario. Debido a esto, afirma que no existe un sentir de colectividad en los equipos de enfermería, lo que se expresa en una identidad profesional y colegaje débiles que comprometen la calidad del cuidado y las posibilidades de transformar la realidad de su ejercicio profesional: *“Cuando usted va al estadio a apoyar a Nacional o a Medellín o a River Plate o al que sea, usted está compartiendo un sentir, usted está compartiendo una sensación y usted se mira con el otro cuando hay un gol y usted siente lo mismo y usted se quiere enloquecer y usted quiere llorar, usted viaja. Eso debería ser el cuidado entre nosotros, así nos deberíamos sentir en esa tribuna los colegas”*.

### 6.3. Ver que yo también lo descuidé me dio mucha tristeza e impotencia

#### El descuido como generador de sentimientos de impotencia y tristeza



El significado atribuido por Francia a su experiencia refleja que, para ella, el descuido de sus pacientes es un acto que genera sentimientos negativos, debido a que brinda un cuidado a las carreras, superficial, incompleto. Esto la lleva a considerar la UCI como un espacio de vulnerabilidad tanto para los pacientes pues tendrán resultados negativos en salud, como para las enfermeras, en quienes, por un lado, el colegaje es una acción no materializable debido al exceso de trabajo, y por el otro, se genera un cargo de conciencia por la atención que está dejando de proveer.

Ese descuido, es decir, su falta de participación en el cuidado del otro, le genera sentimientos como rabia, culpa, tristeza e impotencia, pues siente que los pacientes reciben una atención de mala calidad, lo cual se ve reflejado en sus resultados en salud: “Se me arrugó el corazoncito de verle la laceración... Ver que yo también lo descuidé me dio mucha tristeza e impotencia”. Esta situación es contradictoria, porque no puede desempeñar el rol que desea, el de enfermera, para el cual se preparó estudiando una

carrera profesional que le permitiera proveer cuidados de calidad a la población, porque el contexto la ha obligado a limitar su práctica profesional, lo cual pone en riesgo la salud de las personas: *“Me siento muy mal e impotente porque teniendo el conocimiento de lo que puede pasar con un antibiótico, uno no se puede salir a la hora en punto de una habitación a poner el antibiótico”*.

En este sentido, su práctica profesional está condicionada por un contexto de sobrecarga laboral: *“Son tantas cosas que uno tiene que hacer y estar pendiente que no da”*. Esto se da como consecuencia del número elevado y la complejidad de los pacientes a cargo. El exceso de trabajo la obliga a retrasar la atención de los pacientes más estables para priorizar a los más complejos, y a privilegiar el desarrollo de tareas administrativas y la administración de medicamentos, actividad que no siempre puede ejecutar a tiempo: *“Doy la ronda de medicamentos y si un paciente se complicó, uno es pensando, juepucha, para la otra ronda hay un antibiótico, ¿Qué hago?... A uno hay veces se le sale de las manos, uno trata humanamente que le rinda pero no le rinde”*. Para tratar de subsanar el retraso e impuntualidad de la atención, Francia ha optado en ocasiones por ni siquiera alimentarse oportunamente además de disminuir la frecuencia de algunos cuidados como la toma de signos vitales o la administración de medicamentos con el objetivo de obtener más tiempo para tratar de suplir los requerimientos de todos los pacientes, pues descuidarlos le genera culpa. A pesar de estos esfuerzos, generalmente el tiempo no es suficiente y la responsabilidad de la atención pasa a ser de la auxiliar de enfermería lo que causa preocupación, por un lado, por no poder apoyarlas en el cuidado, y por otro, pues no todas las auxiliares de enfermería son comprometidas con la atención.

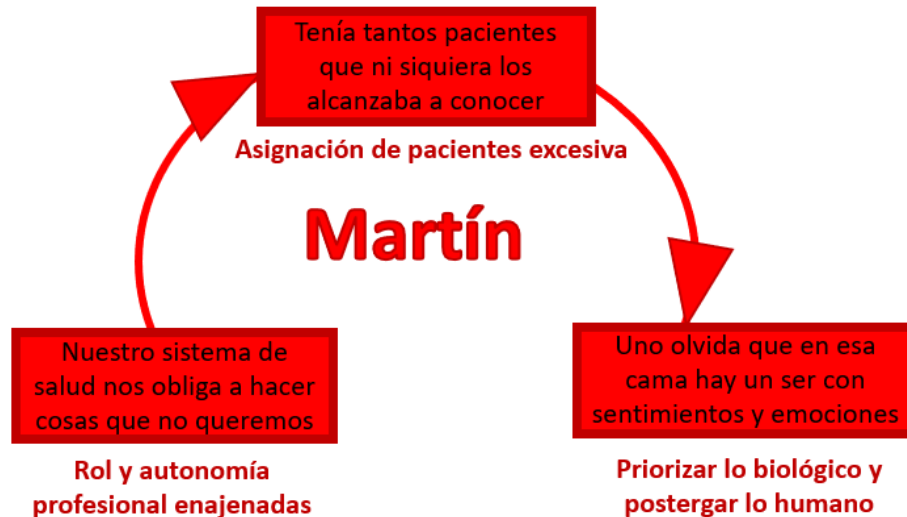
Otro aspecto que preocupa es lo vulnerable que son en la UCI tanto el paciente como la enfermera. Por el lado del paciente, el concepto de UCI humanizada no es alcanzable, pues no se les escucha, se le restringen las visitas, pierden autonomía y depende de unas personas que tienen sobrecarga laboral y no pueden cuidar de ellos, lo cual, desde la perspectiva de Francia, les causa sufrimiento: *“Los pacientes pierden privacidad, autonomía, se sienten vulnerados, deprimidos y lloran de pensar que están a merced de lo que uno pueda hacer por ellos”*. Sin embargo, hubo situaciones de cuidado que marcaron su vida profesional y la convirtieron en mejor cuidadora, porque fueron generadores de una conciencia diferente respecto al paciente, en la cual se da mayor

protagonismo a la parte humana, necesaria para que las personas no se sientan vulneradas: *“Ella me dijo que quería una malteada, que sería su última comida y yo decía “esta señora tan dramática”. ¡Me marcó tanto! Porque no creía en ella y falleció...He aprendido a no ser tan psicorrígida, a ser más permisiva porque son cosas muy pequeñas que marcan la diferencia”*. Por otra parte, la enfermera también ha sido vulnerada porque a pesar de haber recibido una formación profesional y tener un ideal de cuidado, el sistema de salud le impuso otro tipo de condiciones que se alejan de esas expectativas: *“Nunca me imaginé tener que descuidar un paciente porque uno en su mente quiere hacer de todo, ser el mejor, que los pacientes se vayan súper bien... Uno siempre va a querer hacer un poquito más y no poder, causa un sinsabor”*.

De forma similar, el trabajo en equipo también es contradictorio a sus expectativas, y considera que *“Hay gente que ayuda mucho, otros que no”*. Por ejemplo, Francia ha tenido que permanecer más de cuatro horas con un paciente complejo, dejando solos a los demás, y a pesar de esto, muchas veces la ayuda fue escasa por lo que se presentaron eventos adversos como lesiones por presión, pues en estas circunstancias tampoco había la posibilidad de supervisar el cuidado delegado a la auxiliar, en este caso, el cambio de posición: *“En la valoración de la mañana, la piel súper, y en la tarde estaba haciendo zona de presión. No sé si el auxiliar lo volteó... Me pregunté ¿yo que pude haber hecho? el señor estaba bien, yo había delegado la función del cambio de posición porque estuve más de 4 horas en otro cubículo”*. A pesar de ello, la participante es clara en afirmar que la falta de trabajo en equipo no se da solo por falta de voluntad, si no que en ocasiones la misma sobrecarga laboral se los impide. Desde su propia perspectiva, Francia considera que el colegaje es vital para cualquier profesión, aunque en este caso, eso implique para ella que algunas veces deba realizar de manera superficial sus actividades o delegarlas al personal auxiliar para poder ayudar al otro.

#### 6.4. El sistema de salud llevó al enfermero a desligarse del contacto con el paciente.

##### Cuidado instrumental y deshumanizado



Martín atribuye un significado central a su experiencia: el cuidado se volvió instrumental y deshumanizado porque la asignación excesiva de pacientes lo llevó a priorizar el cuidado de la esfera biológica y a olvidar la dimensión humana, lo cual es un reflejo de que su rol y autonomía profesional han sido aspectos enajenados.

La rutina producida por una cotidianidad en la que se deben centrar los esfuerzos en las tareas administrativas y el entorno tecnológico, tiende a volver su trabajo mecánico y fraccionado, por lo que se olvida que la persona que está ahí, acostada en una cama, es un ser humano, que siente y que espera recibir una buena atención *“No he podido brindar el amor, compasión y la empatía que merecen... A uno se le olvida finalmente quién es el que está ahí acostado. Puede ser su mamá, su papá, su hermano, y desafortunadamente se vuelve rutinario”*. La atención se convirtió en una práctica basada en respuestas en la que se deja de lado la humanidad de la persona: *“Lo que importa es el inotrópico, el vasopresor, la sedación, verificar los cambios de posición, cosas que a uno se le vuelve rutinaria”* con lo cual, se pierden cuidados como la escucha, el habla, el vínculo y sentir, que son importantes tanto para el paciente como para la familia: *“El paciente quisiera que lo trataran con amor, no como un cuerpo inerte con tubos, pero la atención deja de ser un comportamiento de tener un contacto con él, de saber cómo se*

*siente, de que se exprese*". Esto genera impotencia en Martín porque siente que el mismo sistema lo ha llevado a transformarse en alguien que cumple de manera rutinaria unas exigencias, olvidando la humanidad de los pacientes y las familias, lo cual le genera impotencia: *"Me generaba mucha impotencia no poder hablar con el paciente, no poder saber que siente... Da tristeza, impotencia, por dejar la humanidad y convertirse en un robot que cumple y cumple"*.

Precisamente, respecto al sistema de salud, Martín siente que sus directrices se alejan del interés en garantizar una atención de calidad de los pacientes, lo cual permea su labor como enfermero, pues se siente obligado a hacer cosas que no quiere, especialmente aspectos relacionados con la atención del paciente: *"Desafortunadamente, acá en Colombia nos obligaron a que la enfermería es la que gestiona, pero se desligó del contacto con el paciente"*. Esto es desafortunado, por un lado porque el paciente no recibe una atención oportuna, no se beneficia de un cuidado profesionalizado e incluso le toca enojarse para ser atendido y la enfermera, con su rol de *"la gestión del cuidado"* deja relegado el encuentro con el otro que es un elemento fundamental de su práctica disciplinar: *"El acercamiento de tú a tú con el paciente es muy poco. Es muy raro que tú tengas algún recuerdo de algún paciente con el que hayas podido formar como algún lazo"*. Aspectos de la productividad como el elevado número de pacientes y de auxiliares de enfermería a su cargo (que rotan constantemente en las diferentes salas) le generan gran preocupación, por un lado, porque él mismo no puede brindar el cuidado directo, y por otra parte, ya que es difícil conocer el trabajo delegado al personal auxiliar: *"yo ni siquiera me sabía el nombre de los auxiliares y aun así debes confiar en lo que ellos saben... me preocupa porque uno al final está teniendo bajo su responsabilidad una gran cantidad de pacientes, que no sabe si se le están cumpliendo o no las cosas, si está recibiendo un beneficio o al contrario, está recibiendo algo negativo"*.

Factores como la condición clínica del paciente y su asignación a la enfermera, que se hace sin tener en cuenta criterios de complejidad como el tiempo de cuidado requerido según el estado de salud y gravedad, además de la responsabilidad por funciones adicionales al cuidado, son razones que no permiten a Martín conocer a todos sus pacientes a cargo, aspecto limitante para la integralidad, oportunidad, interacción,

vínculo y calidad durante la atención: *“Mientras más cantidad de pacientes tenga uno a cargo la calidad es mínima, mínima porque uno no puede brindar un cuidado bueno, pues, es que no puede”*. Así mismo, la falta de comunicación de parte del personal médico hace que se retrasen algunas intervenciones terapéuticas como la toma de cultivos o exámenes de laboratorio, pues se prescriben en la historia clínica pero no se le informa a la enfermera. Esto lleva a pensar a Martín que la sobrecarga laboral hace que la UCI sea un ambiente hostil y agresivo con el paciente, quien sufre debido a que el cuidado que necesita se retrasa u omite. Este panorama genera deseos de mayor interacción con los pacientes, de repartirse entre todos para satisfacer sus necesidades e involucrarse más en las acciones de cuidado directo, rol que está a cargo del auxiliar de enfermería y con el que sería feliz, según lo expresa: *“Hubo un día que me tocó recibir pacientes, y ese día fui el más feliz del mundo. Yo dije: hoy no soy enfermero, hoy yo soy auxiliar. Hablé con los pacientes, los llevaba al baño, los sacaba a caminar, les daba de comer. Una maravilla, y yo decía: esto si es cuidado directo”*.

## 6.5. Hay cosas que nos han quitado como profesión



Walter le ha atribuido a su experiencia vivida un significado: el cuidado fue enajenado de la enfermera, pues no hay posibilidad de dar una atención ni oportuna ni a la totalidad de pacientes a cargo, con lo cual el cuidado debe ser delegado. Estos aspectos afectan su rol y autonomía profesional, además del colegaje, pues sus funciones laborales son tan demandantes que no queda tiempo para el desarrollo de su práctica profesional ni para ayudar al otro.

Estas condiciones son producto del sistema de salud del cual hace parte el participante, que le impone unos lineamientos específicos a los cuales debe adherirse ya que no tiene control sobre ellos y se salen de su gobernanza. En este sentido, la carga de trabajo excesiva dada por las tareas administrativas adicionales al cuidado, como actualización de Kárdex, pedido de insumos y conteo de medicamentos, gestionar los traslados, las altas, los ingresos, las ayudas diagnósticas o asistir procedimientos, además del número de pacientes a cargo y su complejidad, son cuestiones que lo limitan como cuidador y lo distancian del encuentro con el otro, es decir, estas funciones le roban la oportunidad de cuidar: *“Hay cosas que nos han quitado como profesión, nos han quitado el cuidado... Nos queda faltando ese espacio para la interacción con el paciente,*

*pero a uno le toca ajustarse a los requerimientos del sistema*". Es característico que el tiempo para la atención de sus pacientes sea escaso y en ocasiones, ni siquiera hay la posibilidad de dialogar con ellos y así se hace difícil conocerlos a todos, por lo que la atención individualizada se convierte en una posibilidad distante de alcanzar. Con esta situación, Walter siente que le queda faltando espacio para la interacción con el otro e involucrarse más en el cuidado.

Es desafortunado no poder estar ahí, con el paciente, asistirlo y tener que retrasar la atención: *"Que embarrada no poder ayudar al paciente... Uno quisiera que en el momento que él tiene el requerimiento, poderle subsanar eso que requiera en ese instante. Entonces cosas que se tengan que dilatar 1 hora, 2 horas o hasta 3 horas después del requerimiento del paciente, pues uno dice: juemadre, que embarrada"*. Así mismo, también considera que, en ocasiones, tanto a las auxiliares de enfermería como a las enfermeras les cuesta dar lo mejor y ponerse en el lugar del paciente, es decir, no hay suficiente empatía para cuidar, llegando incluso a utilizar etiquetas como *"el paciente jode"*, pues piensan que algunos de ellos son excesivamente demandantes: *"Es frustrante y causa impotencia, a veces nos cuesta dar lo mejor de cada uno... ¿Dónde está el compromiso por el otro?"*. Esto genera en Walter frustración e impotencia, por una parte, porque siente que no se toma en cuenta la opinión del paciente y por otro lado, porque se le ve como un objeto y no como un ser humano: *"para uno es un ser humano, pero para muchos, el de la 714"*.

Otro aspecto que limita el contacto con el paciente es la delegación de la mayor parte de actividades de cuidado a las auxiliares de enfermería, situación derivada de directrices institucionales para la contratación de personal, que asigna roles administrativos y de supervisión a las enfermeras y la mayor parte de acciones de cuidado a las auxiliares de enfermería, incluso funciones que superan sus capacidades técnicas y conocimientos. Walter refiere que en este contexto no tiene problema con delegar si es para ayudar a otros e incluso ha aprendido a articular su trabajo con su personal auxiliar. Así mismo, reconoce que la auxiliar de enfermería tiene mucho que aportar al cuidado, pues es la persona que mayor interacción tiene con los pacientes, ya que desempeña funciones como la administración de medicamentos, la alimentación y toma de signos vitales, que la acercan más a ellos: *"Desde que uno pueda garantizar que lo*

*que se está haciendo está bien, no le veo problema a que cuide la auxiliar... Son las auxiliares las que tienen esa opción de interacción y las que cuidan al paciente porque a nosotros no nos queda tiempo ni oportunidad de estar con ellos”.*

Sin embargo, reconoce que hay auxiliares que son “*tranquilos, relajados, lentos*” y que no se colocan en el lugar del paciente, con lo cual se siente intranquilo porque muchas veces no alcanza a supervisar esa atención y auditar, por ejemplo, la administración de medicamentos, desconociendo el tipo de cuidados que recibe el paciente: “*Hay unos turnos donde uno está con auxiliares que quizás les cuesta entregarse tanto ... entonces uno dice “bueno, esperemos que no pase nada porque pues, qué embarrada”.*

De igual manera, otro elemento que causa intranquilidad es la falta de trabajo en equipo, pues “*hay enfermeros que trabajan de tú a tú*”, pero otros que no. En su experiencia, relata que con algunos de sus colegas logra tener una relación de apoyo mutuo que implica, por ejemplo, ayudarlo durante momentos en los que la carga laboral aumenta y adelantar actividades como curaciones o transcripción de reportes de exámenes de laboratorio del compañero que llega al siguiente turno, para disminuir su sobrecarga: “*Uno tiene momentos donde llegó el paciente maluco, se complicó, usted se metió a su cubículo, empezó a invadir, empezó a organizar todo y cuando salió de hacer lo que estaba realizando, ya las notas de los procedimientos estaban realizadas, los insumos ya estaban solicitados en farmacia y cobrados*”. Sin embargo, hay otros compañeros que no practican el colegaje, por lo que la colaboración se diluye y se genera un atraso de los cuidados, se extiende la jornada laboral más allá de la hora de salida y se experimentan sentimientos negativos: “*Uno siente impotencia, rabia, porque uno dice “juemadre, ¿por qué a veces se trabaja con unos de una forma y con los otros no se puede? ¿Eso qué implica? que uno se retrase en la hora de salir...”.* Incluso, Walter relata que en muchos casos recibe con más facilidad ayuda de las auxiliares de enfermería: “*También he tenido momentos donde más fácil han sido las propias auxiliares quienes dicen: jefe, que le falta, con qué le ayudo, qué le cobro, dígame que necesita, en vez de los mismos colegas*”.

## 6.6. Vos haces lo que medianamente o humanamente te da para hacer.

### Cuidado con restricciones



El significado atribuido por Ana a su experiencia vivida se centra en tener que cuidar bajo ciertas restricciones, pues considera que los entornos de trabajo condicionan la calidad de la atención. En este sentido, bajo un contexto laboral desfavorable, tanto las intervenciones de la esfera biológica y psicosocial se deben delegar por lo que el cuidado se termina dando por las auxiliares de enfermería.

Hay que reconocer que las instituciones de salud están inmersas en un sistema de salud austero, caracterizado por el déficit de recurso humano, falta de infraestructura, escasa inversión e inexistencia de políticas de salud que promuevan su rol como cuidadora y disminuyan la sobrecarga laboral, cuestiones que condicionan la práctica profesional, restringiendo el acto de cuidado y afectando la calidad de la atención que se ofrece. Por consiguiente, hay instituciones hospitalarias donde el recurso es más abundante, y la enfermera cuenta con los insumos necesarios para realizar un cuidado acorde a las necesidades del paciente, pero otras donde no, por lo que la calidad de la atención es menor, aunque para ella, esto no es lo ideal, pues los profesionales deberían tener la oportunidad de brindar un cuidado con excelencia independientemente del hospital: *“El cuidado de enfermería de calidad se da dependiendo la institución y los*

*recursos que vos tengas, y me parece horrible porque vos tenés que darle el cuidado de calidad al paciente independiente de si estás en un pueblo o si estás en un hospital de cuarto nivel”.*

A pesar de estas dificultades, Ana relata que debe existir un elemento que no se puede perder en la práctica del cuidado independientemente del hospital en el que se trabaje. Esta característica es inherente al ser, y se relaciona con la empatía que debe tener la enfermera durante la atención: *“Tenés que ser tan cuidadoso, hacerlo con tanto amor, con tanta dedicación, y sentirte que ese pellizcón así como te duele a vos le duele al paciente, tiene que ser así tan cuidadoso estés en Amalfi en un primer nivel como en un hospital de cuarto nivel”.*

Sin embargo, es difícil ser empático cuando el tiempo es tan escaso, y algunas intervenciones relacionadas con la esfera emocional no se cumplen a cabalidad y se dejan pendientes para el siguiente turno: *“La carga laboral hay veces te da para ser el mejor enfermero del mundo y dedicado y haces el turno desde el ser y el hacer, otras no... Uno llega y pasa como una ronda rápida. Uno tiene muchas cosas para hacer y si te quedas conversando con el paciente, perdiste toda la mañana y no alcanzaste a hacer las cosas”.* En este sentido, mientras que los procedimientos asistenciales como paso de catéteres, administración de medicamentos de alto riesgo, curaciones, traslado a ayudas diagnósticas, asistencia a rondas interdisciplinarias, cumplimiento de prescripciones médicas y actualización de los Kardex, son acciones que se priorizan en consonancia con las exigencias del hospital, los cuidados relacionados la esfera psicosocial, o cuidados *“no tan fundamentales”*, que no amenazan las constantes vitales pero que denotan el miedo, temor, tristeza e incertidumbre del paciente y que también necesitan ser intervenidas, pierden protagonismo, pues a pesar de que la enfermera hace lo humanamente posible por no postergarlos, la escasez de tiempo la lleva a omitirlos: *“Uno muchas veces, un paciente que esté triste, que tiene otras necesidades existenciales y de pronto no tan fisiológicas, pues uno no le da tanta prioridad por estar ocupado en otras cosas... entonces vos haces lo que medianamente o lo que humanamente te da para hacer, pero uno deja de lado ese sentir de los pacientes por ocuparse de cosas”.* Esto significa que hay pacientes que les toca esperar, quedarse sin su atención y aguantarse, porque no hay más opciones para ellos: *“A veces a uno no le da para estar 100 %*

*pendiente de todos... Uno está en función de un solo paciente y los demás, pues nada... entonces le toca aguantarse porque no hay más de otra”.*

Estas condiciones adversas que enfrenta el profesional se tratan de subsanar por medio de la delegación del cuidado al personal auxiliar de enfermería, aspecto que a Ana no le genera conflicto pues siente que hay “auxiliares juiciosas” que representan un gran soporte para garantizar la atención de los pacientes e incluso, cuando el tiempo es limitado para desempeñar esas acciones de cuidado que la enfermera prioriza como la administración de medicamentos de alto riesgo, sus auxiliares de enfermería suelen suplir estas necesidades pues confía en ellas, aunque resalta que la responsabilidad siempre será del profesional quien tiene como compromiso supervisar la atención: *“Hay auxiliares juiciosas que a ojos cerrados les descargas el paciente, entonces vos decís con toda la tranquilidad, vaya mónteme esta mezcla”.* Así mismo, se considera que los auxiliares de enfermería tienen la posibilidad de interactuar más con cada paciente pues tiene menos carga laboral y esto les permite reconocer necesidades de manera más oportuna, por lo que al final, muchos requerimientos de cuidado son identificados y canalizados por el auxiliar de enfermería hacia la enfermera: *“Los auxiliares tienen más interacción con el paciente que el enfermero, pues como solo tienen 2 pacientes, uno se entera de las necesidades del paciente a través de ellos”.* A pesar de ello reconoce que hay “auxiliares no tan juiciosas” con las que siente desconfianza al delegar el cuidado, pues siente que el paciente no será bien atendido. En síntesis, el cuidado se articula entre la enfermera y las auxiliares de enfermería de tal forma que, para Ana, no se está dejando de atender al paciente: *“No tengo conflicto por no dar el cuidado directo... Uno no siente que dejó de hacer algo y no me siento mal porque finalmente hay alguien que lo hace”.*

## 7. La experiencia intersubjetiva

Después de plasmar los significados individuales de la experiencia de cada participante en seis escritos fenomenológicos, es momento de describir el significado intersubjetivo, es decir, aquel que emerge del esfuerzo reflexivo, interpretativo y creativo realizado por el investigador, que analizó los relatos individuales, el esquema intertextual de temas fenomenológicos y la nube de palabras, con el objetivo de buscar rasgos comunes y contrastantes de las experiencias individuales, reducirlos a temas más concretos y plasmarlos nuevamente en un escrito, el cual será presentado en esta sección.

En este punto, se consideró construir otro insumo que facilitaría la identificación del significado intersubjetivo, un cuadro matriz (**Ver tabla 2**), el cual contiene un resumen de los veinte temas fenomenológicos con sus respectivas transformaciones lingüísticas. Esta nueva herramienta permitió no solo ver de una manera más global la experiencia sino también capturar los tres temas centrales de la experiencia en los cuales residen los significados intersubjetivos, tal como se muestra a continuación.

**Tabla 2.**

*Significados intratextuales e intertextuales de la experiencia*

Participante	Significados individuales de la experiencia	Transformación lingüística	Significados intertextuales
<b>María</b>	Hay que concientizarse, hay cosas que van primero que otras	Reconocer la dimensión humana en la necesidad biológica	<p><b>Cuidado a las carreras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado mecanizado</li> <li>• priorizar lo biológico y descuidar lo humano</li> <li>• Reconocer la dimensión humana en la necesidad biológica</li> </ul> <p><b>Omisión de los cuidados: una experiencia de culpa y frustración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impotencia: cuidado selectivo y no oportuno</li> <li>• Rabia: atención incompleta</li> </ul> <p><b>El cuidado expropiado en los entornos de trabajo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol y autonomía profesional enajenadas</li> <li>• Cuidado por otros: delegación impuesta</li> </ul>
	Uno quisiera tener manos para atender a todos	Impotencia: cuidado selectivo y no oportuno	
	Siento que no estoy brindando el cuidado que los pacientes merecen	Culpa: cuidado incompleto	
<b>Henry</b>	Mi ideal de cuidado se aleja mucho de la realidad	Rol y autonomía profesional enajenadas	
	Lo cuidé mucho, pero ¿dónde está lo otro? ¿Qué nos hace humanos?	Reconocer la dimensión humana en la necesidad biológica	
	Uno solo no puede, no es posible	Trabajo en soledad	
<b>Francia</b>	Son tantas cosas que uno tiene que hacer y estar pendiente que no da	Cuidado a las carreras	
	Sentí rabia porque yo estaba ocupada, no fue que yo lo haya descuidado	Rabia: atención incompleta	
	Siento que muchas cosas se vulneran en la UCI	Vulnerabilidad aumentada	
	Hay gente que ayuda mucho, otros que no	Trabajo en soledad	
<b>Martín</b>	Nuestro sistema de salud nos obliga a hacer cosas que no queremos	Rol y autonomía profesional enajenadas	
	Tenía tantos pacientes que ni siquiera los alcanzaba a conocer	Asignación de pacientes excesiva	
	Uno olvida que en esa cama hay un ser con sentimientos y emociones	Priorizar lo biológico y postergar lo humano	
<b>Walter</b>	Hay momentos donde te roban la oportunidad o el espacio de cuidar	Rol y autonomía profesional enajenadas	
	Que embarrada no poder ayudar al paciente	Impotencia: cuidado selectivo y no oportuno	
	Yo no tengo problema con delegar el cuidado si es para ayudar a otros	Cuidado por otros: delegación impuesta	
	Hay enfermeros que trabajamos de tú a tú	Trabajo en soledad	
<b>Ana</b>	La calidad del cuidado depende mucho de la institución donde esté	Entornos condicionantes de la calidad	
	Uno trata de dejar pendiente lo no tan importante	Priorizar lo biológico y postergar lo humano	
	No tengo conflicto por no dar el cuidado directo	Cuidado por otros: delegación impuesta	

Esta matriz es un esquema visual de significados de las experiencias individuales e intersubjetivas. Vale la pena mencionar, que a los veinte temas fenomenológicos se le realizó un proceso interpretativo de transformación lingüística, del cual emergieron las siguientes denominaciones. De la primera participante (**María**): i) Reconocer la dimensión humana en la necesidad biológica, ii) Impotencia: cuidado selectivo y no oportuno, iii) Rol y autonomía profesional enajenadas; Del segundo participante (**Henry**): i) Rol y autonomía profesional enajenadas, ii) Reconocer la dimensión humana en la necesidad biológica, iii) Trabajo en soledad. De la tercera participante (**Francia**): i) Cuidado a las carreras, ii) Rabia: atención incompleta, iii) Vulnerabilidad aumentada, iv) Trabajo en soledad. Del cuarto participante (**Martín**): i) Rol y autonomía profesional enajenadas, ii) Asignación de pacientes excesiva, iii) Priorizar lo biológico y postergar lo humano. Del quinto participante (**Walter**): i) Rol y autonomía profesional enajenadas, ii) Impotencia: cuidado selectivo y no oportuno, iii) Cuidado por otros: delegación impuesta, iv) Trabajo en soledad. De la sexta participante (**Ana**): i) Entornos condicionantes de la calidad, ii) Priorizar lo biológico y postergar lo humano, iii) Cuidado por otros: delegación impuesta.

Producto del análisis intertextual emergieron tres temas que develan los significados intersubjetivos de las experiencias, a saber: i) Cuidando a las carreras, ii) Omisión de los cuidados: una experiencia de culpa y frustración, y iii) El cuidado expropiado en los entornos de trabajo. A continuación, se presenta el significado de los temas intersubjetivos:

### **7.1. Cuidando a las carreras**

El cuidado de enfermería está permeado por una situación temporal que lo limita, es decir, la enfermera cuida en contra del reloj porque sus responsabilidades son excesivas para ella sola. Por consiguiente, la elevada asignación de pacientes además de las funciones adicionales del cargo que se enfocan en la gestión del servicio y actividades administrativas, disminuyen el tiempo disponible para proveer una atención integral a las personas, lo que genera un abordaje superficial de solo algunas de las múltiples necesidades de cuidado que tienen.

Por lo tanto, no hay posibilidad de tener un encuentro duradero con el otro y la enfermera deberá tomar la decisión de qué cuidados priorizar de acuerdo a la urgencia vital. En este sentido, se realizan intervenciones relacionadas con la esfera biológica, pues en un entorno como UCI hay que preservar la vida, por lo que la posibilidad de abordar la dimensión psicológica, espiritual y social se pierde ya que no comprometen las constantes vitales. Se busca entonces mantener el equilibrio fisiológico y la atención termina siendo reactiva, es decir, basada en respuestas, por lo que solo se actúa cuando se dan situaciones de inestabilidad hemodinámica. En este punto, el rol profesional se torna repetitivo lo que da un viraje de lo humano a lo mecanizado, debido a que se reemplaza la mirada holística que se tiene del paciente por la de un objeto frío y cosificable, lo cual, en un entorno tan angustiante y de tanta vulnerabilidad como la UCI, lleva a las personas a sentir temor, soledad, tristeza, incertidumbre e intranquilidad.

Sin embargo, a pesar de las carreras, las enfermeras que han tenido la posibilidad de estar más cercanas a los pacientes, gracias al rol laboral de cuidado directo que les asignó el hospital donde trabajan, logran hacer conciencia de lo importante que es encontrar la humanidad en medio de un entorno hostil como la UCI, pues no solo es indispensable para el paciente, sino también para sí mismas, pues las hace sentir plenas, satisfechas y tranquilas. Este aprendizaje se adquirió con el pasar del tiempo gracias a vivencias que han sido impactantes y las han marcado hasta el punto de reconocer lo que habían perdido, es decir, la necesidad de desarrollar un cuidado más amplio, más integral, aunque eso implique no terminar su turno laboral a tiempo o dejar de alimentarse.

## **7.2. Omisión de los cuidados: una experiencia de culpa y frustración**

Las condiciones expuestas con anterioridad, es decir, una práctica laboral en la cual las enfermeras no pueden abordar de manera holística a los pacientes, debiendo retrasar u omitir los cuidados que requieren, dan paso a diversos sentimientos, todos ellos negativos.

En principio, se debe mencionar que las enfermeras son conscientes de que a los pacientes no se le cuida adecuadamente dado que les toca esperar para ser atendidos o se les deja de brindar intervenciones que requieren para su bienestar, haciendo que se

sientan solos y vulnerados. Esto genera un sentimiento de culpa, pues como profesionales, consideran que están preparadas para desarrollar con calidad su práctica de cuidado, pero no logran emplear esos conocimientos y habilidades en pro del beneficio del otro, lo cual dista de la realidad, generando dilemas éticos y morales pues no esperaban tener que descuidar a los pacientes, por lo que sienten, incluso, que su conciencia está manchada o que son las peores enfermeras.

Indudablemente, hay otras situaciones poco agradables que le causan rabia, impotencia y frustración a la enfermera, por ejemplo, la obligación de tener que elegir a quién cuidar y a quién no, que, en este caso, será una decisión que se inclinará hacia el lado de los pacientes más complejos, debiendo descuidar a los más estables a tal punto, de que en ocasiones no logran ni siquiera saber sus nombres.

Estas situaciones generan en la enfermera una dicotomía entre el deseo de una atención holística, que parece ser una utopía y la realidad – Un cuidado fragmentado-, perdiendo plenitud como profesional. Esta tensión se hace evidente, sobre todo en momentos en que se observa el sufrimiento del otro, ya sea porque los resultados en salud no fueron los esperados, y por ejemplo, su piel se laceró, o falleció sin poder recibir más prioridad de la que se le dio, o porque durante la atención se vulneraban incluso sus necesidades básicas por lo que darle agua, alimentarlo o tomarlo de la mano cuando necesitaba dejar a un lado la incertidumbre y el temor, eran cuidados que nunca llegaban a darse.

### **7.3. El cuidado expropiado en los entornos de trabajo**

De lo anterior, pareciera quedar en el aire que las enfermeras están obligadas a hacer algo que no quieren, y esto cobra todo el sentido en este momento. La profesión de enfermería hace parte de un entorno austero, influenciado por un sistema sanitario que considera la salud como una mercancía y no como un bien público, por lo que profesiones, como la de enfermería, se ven condicionadas a desarrollar su práctica bajo entornos de sobrecarga laboral, déficit de recurso humano y de infraestructura hospitalaria, poca inversión económica y carencia de políticas en salud que favorezcan el desarrollo profesional, pues, a pesar de que existen leyes que orientan el ejercicio de

la profesión, constantemente se vulneran, con lo cual se evidencia otro problema, la falta de regulación.

Esto se traduce concretamente en pocos profesionales de enfermería y alta demanda laboral. Aquí vale la pena introducir el concepto de “Modelos de Atención de Enfermería”, pues cada institución cuenta con su propio modelo y en este se definen aspectos importantes para la enfermera como el número de auxiliares y profesionales de enfermería a contratar, la cantidad de pacientes a cargo y los criterios de distribución, el rol profesional, que puede centrarse en el cuidado directo o en la supervisión del cuidado, y las funciones adicionales como la gestión del servicio, además de actividades administrativas, que muchas veces fomentan la pérdida de identidad y autonomía profesional en tanto se realizan actividades ajenas al cuidado del paciente.

Por lo tanto, los modelos condicionan la interacción enfermera paciente, por lo que, en muchos momentos, las enfermeras sienten que les es robada la oportunidad de cuidar, es decir, son víctimas de una enajenación del cuidado por parte de niveles organizacionales que superan su autonomía y se salen de su jurisprudencia. Un aspecto clave es que la enfermera termina aceptando la imposición de estas condiciones, las cuales, sumadas a un aspecto central como lo es tener que delegar el cuidado al personal auxiliar de enfermería, hacen que el rol profesional, ese que lo sitúa como cuidador por excelencia, también se vea enajenado, lo cual frustra el ideal que se tiene como enfermera y para el cual fue formada, que consiste en estar presente para el otro, cuidarlo.

Así mismo, otro aspecto que a la enfermera le toca asumir es que, en un contexto de sobrecarga laboral, las posibilidades que se tienen para apoyar al colega o recibir ayuda de este son limitadas, porque cada quién tiene que responder por su trabajo y ayudar al otro, implica, retrasarse en sus propias labores. En este sentido, se puede deducir que el mismo contexto fomenta un trabajo en soledad en el que se genera una pérdida de colegaje, lo cual afecta a la enfermería como gremio, pues no todas las personas apuntan hacia el mismo objetivo si no que se tiene una visión individualista de la profesión, y los pacientes tienen menos posibilidades de ser atendidos oportunamente.

## 8. Discusión

La discusión será presentada como diálogo a múltiples voces, una polifonía de perspectivas que incluye la del investigador principal, de los participantes y de autores relevantes en la literatura de enfermería, con el objetivo de cotejarlas con los tres temas que emergieron como significados intersubjetivos de la experiencia, a saber, cuidado a las carreras, omisión de los cuidados: una experiencia de culpa y frustración y el cuidado expropiado en los entornos de trabajo.

Para esto, el investigador decidió proponer un tema central que fuera transversal a los significados intersubjetivos, lo cual favoreció el proceso de triangulación de la información y sirvió como columna vertebral de este capítulo, pues a partir de allí giran los argumentos de la discusión: *“brindar cuidados en la adversidad, la enfermería despojada de su esencia y su sujeto”*. Este tema se propone después de comprender que en los contextos donde se debe retrasar u omitir el cuidado, las enfermeras pierden la oportunidad de estar con el paciente y de cuidar.

El tema propuesto se apoya en los postulados de Romero, M (2007), quien afirma que la enfermera cuida en la adversidad dado que el contexto neoliberal afecta sus condiciones laborales, la lleva a centrar sus actividades en funciones administrativas y de gestión de la sala, y la aleja de su esencia (el cuidado) y de su sujeto (el paciente) en tanto se pierde la relación enfermera paciente y la posibilidad de usar los propios principios y teorías disciplinares que dan sentido al cuidado.

### 8.1. Brindar cuidados en la adversidad: la enfermería despojada de su esencia y de su sujeto

Para el desarrollo de esta sección se iniciará hablando de uno de los tres temas centrales que configuran los significados intertextuales que emergieron de la experiencia intersubjetiva: El cuidado expropiado en los entornos de trabajo debido a los entornos laborales austeros que disminuyen las oportunidades de brindar cuidados. Autores como Jones et al., (2020) y Mandal et al., (2019) manifiestan que los entornos laborales favorecen la omisión de los cuidados, para lo cual proponen tres niveles de análisis, el

nivel macro (sistema de salud y política sanitaria), meso (directrices institucionales para el cuidado) y micro (entornos de trabajo y toma de decisiones) que se deben analizar de manera jerárquica e interdependiente, es decir, cuando los niveles más altos se alteran, los más bajos se verán afectados y las enfermeras omitirán los cuidados.

El nivel macro, se puede entender desde la mirada de las participantes a través de la siguiente pregunta: *“¿Por qué el sistema se enfrascó en la productividad y no en lo humano-Henry?”*. Este cuestionamiento permite develar algo importante: el contexto es deshumanizante. Desde esta perspectiva, algunos autores informan la existencia de un clima de austeridad económico relacionado con el sistema neoliberal instaurado en Colombia, caracterizado por la precariedad del trabajo, condiciones laborales inadecuadas, recorte presupuestario en salud, conformación de equipos de trabajo con pocas enfermeras y una alta proporción de auxiliares de enfermería, funciones excesivas de tipo administrativo, y la inexistencia de marcos regulatorios sobre el número de pacientes a ser asignados según las necesidades de salud y el nivel de complejidad de la atención (W. López et al., 2017; Ortega & Jiménez, 2020; Romero, 2007). En la experiencia de las participantes se puede ejemplificar el planteamiento anterior: *“Trato de brindar todos los días de mi vida el mejor cuidado que puedo pero no siempre el sistema me lo permite-Martín”* o *“Uno trabaja con lo que hay pero hace falta infraestructura, preparación, plata y políticas que van por encima y lo sobrepasan a uno-Ana”*.

Autoras como Zapata y Zapata, (2015) refuerzan estas ideas, planteando que la enfermería en Colombia pasa por un periodo de crisis laboral en la que los salarios son inadecuados, la contratación flexible reemplaza los contratos a término indefinido y las funciones de la enfermera se alejan de su verdadero enfoque, el cuidado, y se centran en la resolución de actividades administrativas que le restan tiempo a la interacción con el paciente y la familia. Walter, uno de los participantes, menciona al respecto: *“Uno no alcanza a garantizar la atención de todos los pacientes... Las tareas a veces no permiten individualizar, estar con todos”*.

Otro punto importante del nivel macro se relaciona con la falta de regulación de la profesión de enfermería, por lo que existen aspectos no estandarizados como el ratio enfermera paciente, que junto a un skillmix bajo (poca proporción de enfermeras frente a la proporción de auxiliares de enfermería) aumenta la carga laboral y cantidad de eventos

adversos, generan Síndrome de Burnout, afectan los resultados en salud y disminuyen la satisfacción del usuario (Arango et al., 2015; Simonetti et al., 2020). Precisamente, las participantes de este estudio experimentan constantemente intranquilidad, pues tienen una alta carga laboral y asignación excesiva de pacientes: *“Es una gran responsabilidad para usted como enfermero tener a cargo tantos pacientes y un alto número de auxiliares porque si al final algún auxiliar comete un error, el que lo paga es uno y es difícil conocer el trabajo de todos los auxiliares-Martín”*.

Las expresiones anteriores, realizadas por uno de los participantes, son una clara muestra de que las normas que regulan el ejercicio de la enfermería en Colombia no se cumplen, y no se atienden los lineamientos normativos de responsabilidad deontológica contenidos en la ley 911 del 2004, pues, por un lado, el acto de cuidado, que es la esencia de la profesión, no se concreta, y por el otro, se delegan intervenciones al personal auxiliar de enfermería que no se logran supervisar, con lo cual, los estándares de calidad no se cumplen. Tampoco se desarrollan plenamente los principios de la autonomía profesional, beneficencia y no maleficencia consagrados en la ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión.

Siendo este el panorama, se puede concluir que con las condiciones dadas en el nivel macro, el acto de cuidar comienza a perder uno de sus pilares, el holismo, y se divide en actividades que hacen, principalmente, las auxiliares de enfermería, pues a la enfermera no le queda tiempo para brindar un cuidado directo, ya que la visión mercantil del sistema de salud exige ser productivo a bajos costos. Esta situación es enmarcable en lo que Newman et al., (1991) denomina visión del mundo de enfermería particular-determinista, en la cual se divide al ser humano como la suma de partes discretas, a pesar de ser seres biopsicosociales y espirituales, con lo cual la posibilidad de una atención integral y holística se pierde. Esta idea adquiere mucha más fuerza, si se toman las palabras de Ortega & Jiménez, (2020) y Mesa & Romero, (2010) quienes manifiestan que las enfermeras son influenciadas por una hegemonía médica predominante en los hospitales, con lo cual adquieren una visión instrumental en la que se concibe al paciente como un objeto que se convierte en víctima del reduccionismo y la división de tareas. Respecto a esta cosmovisión del paciente, uno de los participantes comenta: *“Nuestro modelo de salud está basado en lo económico y lo que sirve es tener a alguien que trabaje*

*como hormiguita y lo que importa pues es que produzca, y no que haga una interacción con ese paciente-Martín”.*

Por otra parte, en el nivel meso -El organizacional-, se encuentra que las instituciones de salud están condicionadas por la cultura economicista del sistema, y por eso, dentro de sus formas de organización, condiciones, valores y normas, los hospitales les exigen a las enfermeras no solo desempeñar actividades correspondientes con su rol, sino también realizar diversas tareas administrativas adicionales que no son cuidados de enfermería (Romero, 2007). Las experiencias de las participantes así lo reflejan: *“A uno le toca ajustarse a los requerimientos del sistema-Walter”*. Esta expresión cobra sentido si se tiene en cuenta lo expresado por autoras como Romero, (2007) y Zapata, (2008) quienes manifiestan que así no se esté de acuerdo con dichos requerimientos, cuando una enfermera se vincula laboralmente a una institución de salud termina aceptándolos pues necesita trabajar para subsistir. Frente a esto, autoras como López et al., (2010) afirman que son las instituciones quienes establecen las reglas de juego, por lo que la voz de los profesionales pierde protagonismo.

Lo dicho en el párrafo anterior deja en evidencia que la enfermera es contratada por una organización que ya tiene preestablecido el modus operandi de los equipos de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) para la atención de pacientes, es decir, ya están determinados criterios como el skillmix y las funciones del cargo. Aquí vale la pena distinguir que las participantes hacían parte de hospitales que tenían diferentes formas de organización del trabajo. La mitad de ellas trabajaba en instituciones donde los equipos estaban conformados por pocas enfermeras, quienes eran responsables de la administración de la sala, la delegación y supervisión del cuidado, y una alta proporción de auxiliares de enfermería que brindaban cuidado directo. Las percepciones de las enfermeras sobre el cuidado en este tipo de Modelo de Atención de Enfermería (MAE) fueron analizadas por López et al., (2022), quienes afirmaron que, desde esa forma de trabajo, el conocimiento que tiene la enfermera del paciente es superficial, debido a la delegación de la mayor parte de los cuidados a las auxiliares de enfermería. Estas particularidades encuadran dentro del MAE Funcional descrito por Fawcett, 2021, debido a su orientación técnica (centrada en tareas) y a la fragmentación de funciones entre los equipos de enfermería, aspecto, que vulnera la autonomía profesional y distancia a la

enfermera del ideal de cuidado holista, pues la posibilidad de relacionarse con el paciente es menor. Frente a tal afirmación, las participantes expresan: *“Las tareas administrativas restan a poder cuidar... No nos queda tiempo ni oportunidad de cuidado e interacción con los pacientes-Walter”*. Sin embargo, algunos de los participantes que trabajan en estos modelos manifestaron no tener problemas con delegar el cuidado y que sea la auxiliar de enfermería la responsable del mismo. Esto, desde la perspectiva del investigador, abre la posibilidad a que los modelos con esta visión estén desplazando el cuidado profesional desde su enfoque integral y humanista hacia una cultura instrumental y gerencialista.

Respecto a la otra mitad de participantes, se debe decir que pertenecían a hospitales donde los equipos de enfermería estaban conformados, en mayor proporción, por enfermeras quienes se encargaban del cuidado directo al paciente, además de funciones adicionales al cuidado de tipo administrativas y de gestión de la sala, junto a un número menor de auxiliares de enfermería que las apoyaban en actividades de confort. Esta forma de organización es cercana al MAE en Equipo mencionado por Fawcett, (2021), en el cual se articulan tanto a las enfermeras como a las auxiliares de enfermería en torno a una atención individualizada e integral de los pacientes, optimizando las habilidades y recursos del equipo de trabajo para garantizar la calidad en el cuidado. López et al., (2022), manifiestan que los MAE en los que las enfermeras tienen la posibilidad de brindar cuidados directos al paciente fortalecen la identidad como cuidadoras, pues es posible responsabilizarse por funciones acordes a su competencia y nivel de formación. Para las participantes de este estudio, a pesar de que participar del cuidado desde esta forma de trabajo les permite tener un mayor contacto con el paciente, sienten que el modelo no les permite desarrollar por completo sus capacidades, pues las demás funciones del cargo les impide centrarse totalmente en el cuidado directo, según comenta Henry: *“El modelo se queda chico en proporción enfermera paciente... Quisiera que los modelos comprendieran que 3/1 [tres pacientes por una enfermera] se queda corto, a veces escoges entre uno y otro”*.

Ahora bien, a pesar de trabajar desde diferentes modelos de atención, las participantes compartieron dos sucesos comunes: i) el exceso de funciones administrativas impide centrarse en el cuidado y ii) la delegación de actividades no

delegables al personal auxiliar de enfermería por la falta de tiempo. Respecto al primer aspecto, autoras como López et al., (2010), identificaron algunas categorías relacionadas con el quehacer profesional que dan cuenta de los roles que debe asumir la enfermera en el contexto colombiano. La primera se denomina “administrar la sala”, es decir, encargarse de la gestión del servicio, aspecto que ocupa casi todo el tiempo y que se relaciona con actividades que corresponden a otras ocupaciones, como la de secretaria. A otra categoría se le asignó el nombre “tratando de dar cuidado directo”, en la que las enfermeras no tienen la oportunidad de aplicar el Proceso de Enfermería (PE) ni se establece una relación intersubjetiva de cuidado pues el tiempo disponible es limitado, aspectos que tratan de sobrellevar con una sonrisa, un saludo o gestos como la cortesía. Ahora bien, frente al segundo aspecto, la delegación, López et al., (2010) afirman que el cuidado directo ejercido por la enfermera “se ha acabado” y la auxiliar de enfermería es quien hace las tareas propias del profesional. La experiencia de una de las participantes reafirma esta noción: *“Los auxiliares tienen más interacción con el paciente que el enfermero... Yo le decía a la auxiliar: no tengo tiempo, hacelo vos [administración de medicamentos de alto riesgo-Ana]”*.

Se debe mencionar que la delegación del cuidado es un tema que puede causar conflicto, tal como se evidencia desde la experiencia de las participantes, pues por un lado confiar el cuidado significa asumir la responsabilidad de una atención que no se da de manera directa y que tampoco se puede supervisar, tal como lo expresa Martín: *“Con tanta rotación, yo ni siquiera me sabía el nombre de los auxiliares y aun así debes confiar en lo que ellos saben pero si ellos llegan a cometer un error, el que paga eso es uno”* y por el otro, delegar implica que la interacción con el paciente disminuye. Los hallazgos de Dehghan-Nayeri et al., (2019) permiten reconocer que en la práctica actual de enfermería no es posible supervisar a conciencia el trabajo de la auxiliar, aspecto que puede ser peligroso para el paciente porque se desconoce la calidad de lo que se está haciendo. Por su parte, Mesa y Romero, (2010) expresan que la delegación es un tema de decisión-obligación, ya que la enfermera decide, en la medida que acepta el trabajo, asumir esa responsabilidad y obligación, pues es una exigencia institucional sobre la que no tiene injerencia.

Con esto, es evidente que las formas de trabajo determinadas por las instituciones de salud tienen un aire controlador (Zapata, 2008), y llevan a la enfermera a desempeñar un rol que no le pertenece, “*el rol del todismo*” descrito por Mesa & Romero (2010) como la realización de funciones tanto propias como ajenas para responder a las exigencias institucionales, lo cual rompe con el sentido de integralidad y humanidad, haciendo que los actos de la enfermera se tornen mecanizados, tal como se ejemplifica con la siguiente expresión de las participantes: “*Por condiciones de trabajo, poco tiempo, el enfermero se vuelve robot, ve al paciente de manera mecánica... el paciente sedado escucha, solo que uno se vuelve muy mecánico y al final entra, lo ve sedado y ni lo saluda-Martin*”. La idea anterior da cuenta de que, en vez de darse al sujeto, la enfermera termina dándose a la institución (Zapata, 2008), lo cual causa un sinsabor tal como lo menciona Henry: “*vos le decís a una enfermera: tiene que cambiarle esto a todos los pacientes, después tiene que hacer esto, después todas las notas y la enfermera, no te deja un pendiente... pero, ¿cuántas intervenciones puede adelantar uno si entiende que el paciente está triste? queda ese sinsabor en el enfermero por no poder cuidar bien...yo me siento a veces frustrado en ese sentido*”.

Para finalizar con el nivel organizacional o meso, se presenta otra situación compleja, y en este caso paradójica: existen dificultades para el colegaje en una profesión que mira al otro para ayudarlo y ofrecerle sus cuidados. Como dice Franco, (2018) el profesional de la salud sabe cuáles son sus deberes con las personas que atiende, pero puede olvidar los deberes frente a los propios colegas. Franco, (2018) plantea que el trato hacia el colega debería ser el mismo que se quisiera recibir, lo cual es manifestado por el participante Henry de la siguiente manera: “*hay enfermeros que no se dejan contagiar del trabajo en equipo... falta compasión y comprensión entre los colegas*”.

En cierta medida, esto se explica porque en las enfermeras predomina un valor individualista por sobre el de colegaje (Wilches & Wilches, 2016; Zapata, 2008) pues están sumergidas en el afán de la sobrevivencia, de la autopromoción y del reconocimiento, dejando de lado la apertura hacia el otro, al espíritu de equipo y a la interacción con los colegas, lo cual rompe con el concepto ético de cooperación, retomado por Wilches & Wilches, (2016), en el que se buscan esfuerzos compartidos para llevar una atención de calidad. Como punto de contraste, es importante recalcar que

el grupo de auxiliares de enfermería es reconocido por las participantes como un gran apoyo, pues en ellas encuentran la ayuda que no reciben de sus colegas, tal como lo menciona Francia: *“uno siempre se apoya en la auxiliar que es la ayuda de uno, pero compañeros, depende el que esté”*.

Inmersa en la falta de colegaje hay una idea implícita que merece ser mencionada: el mismo sistema e instituciones de salud mediante sus imposiciones y cargas, introducen una cultura de no asociación que impide alcanzar fines colectivos, aspecto reflejado en la vivencia de las participantes: *“Los que ayudan son pocos porque no les da tiempo de ayudarlo al compañero...Uno hasta dejaba cosas pendientes y así, ¿en qué momento ayuda uno?-Francia”*. Autores como Al-Shamaly, (2021) y Zárate-Grajales & Mejías, (2019), mencionan que la falta de colegaje genera tensión laboral e interrumpe el flujo de cuidados, lo cual afecta directamente al paciente. A pesar de esta conducta poco asociativa, algunas participantes han creado mecanismos organizativos en virtud de tener mayor acercamiento con sus pares, tal como lo expresa Francia: *“Uno hace lo de uno rapidito y deja al auxiliar pendiente del monitor, las necesidades del paciente y hacer solos el cambio de posición para poder ayudar al colega”*.

Finalmente, el nivel más particular o micro, se relaciona con los entornos de trabajo de las enfermeras y su toma de decisiones. Como ya se mencionó, las participantes compartieron como punto común un elevado número de funciones administrativas sumado a la asignación excesiva de pacientes hospitalizados en un servicio con alto nivel de complejidad. Bajo estas condiciones, las enfermeras debían establecer decisiones respecto a qué cuidados priorizar, cuales diferirán en el tiempo o realizarán con menos frecuencia, y cuales no realizarán. Autores como López et al., (2022); Suhonen et al., (2021) y Zapata, (2008) mencionan que las enfermeras poseen un criterio de priorización producto de la falta de tiempo: cuidados primarios vs cuidados secundarios, y las actividades médico delegadas o administrativas se superponen a la atención de la esfera psicosocial, la familia, y actividades de confort. Esto refleja, desde la perspectiva del investigador, un problema, porque al priorizar unas intervenciones, habrá otras que quedarán sin hacer, afectando la identidad y autonomía profesional en tanto el enfoque integral y humanista del cuidado se pierde. Zapata, (2008), expresa, al respecto, que la persona ya no es concebida como sujeto de cuidado sino como objeto receptor de

atenciones médico delegadas. Así mismo, y reconociendo la complejidad de la sala de UCI, Al-Shamaly, (2021) afirma que la alta tecnificación desvía la atención humanista de la enfermera hacia el ámbito tecnológico y el desarrollo de funciones médico delegadas como el ajuste de los modos ventilatorios. Por su parte, la experiencia de las participantes da cuenta de que existe un sistema similar de priorización derivado de las exigencias institucionales: *“El turno es pesado, hay que dar prioridad a lo realmente importante y correr los cuidados que podés delegar-Ana”* y *“¿Qué me toca priorizar? la diálisis, paso de sonda gástrica, administración de medicamentos, TAC-Henry”*.

Teniendo en cuenta que las participantes del estudio se veían constantemente desafiadas a tomar decisiones frente a qué cuidados priorizar, se generaron conflictos morales, pues no podían desempeñar su rol profesional enfocado en el cuidado integral, lo cual es contrario a sus ideales sobre el cuidado y su ejercicio laboral. Al respecto, Francia manifestaba: *“Me la imaginaba color de rosas [la profesión]. Nunca me imaginé tener que descuidar un paciente porque uno en su mente quiere hacer de todo, ser el mejor, que los pacientes se vayan súper bien”*. Autores como Rooddehghan, Yekta, et al., 2019 consonantemente encontraron que las enfermeras que trabajaban en contextos favorecedores de la omisión de cuidados se enfrentaban al desafío de cuantos y a quienes debían cuidar generándose un sentimiento de culpabilidad. Así mismo, Suhonen et al., (2021), Janatolmakan & Khatony, (2022) y Morley et al., (2020) , afirman que las decisiones de omitir, retrasar la atención, no brindar un cuidado holístico o hacer una actividad que es contraria a las enseñanzas morales genera angustia moral y Grosso et al., 2019 adicionan que el distanciamiento entre el rol laboral y las expectativas frustradas de cuidado integral hacen que la identidad profesional de las enfermeras se vea amenazada.

Hablar de sentimientos y percepciones frente a la omisión de cuidados, tal como se expresa en el párrafo anterior, es evocar otro tema central que configuró los significados intersubjetivos de la experiencia de las participantes: la omisión de cuidados, una experiencia de culpa y frustración. Para Vryonides et al., (2015), el hecho de ser conscientes de que están omitiendo los cuidados, genera en las enfermeras sentimientos de culpa, impotencia, tristeza, frustración y angustia moral, los cual tiene similitud con la experiencia de las participantes de este estudio. Precisamente, la angustia moral,

concepto introducido por Jameton a la literatura de enfermería a principios de la década de 1980, hace referencia a estar en una dicotomía, es decir, la enfermera sabe lo que debe hacer, pero las limitaciones institucionales hacen que sea casi imposible seguir el curso correcto de esa acción (Morley et al., 2020). Por su parte, Najafi et al., (2021) expresan que la enfermera siente que brinda un cuidado inmoral y que engaña al paciente, lo que provoca remordimiento, Mandal et al., (2019), encontraron predominantemente tristeza e impotencia, Suhonen et al., (2021), mencionan sentimientos como preocupación y culpa que impulsan incluso al abandono de la profesión y Morley et al., (2020), señalaron que las enfermeras sienten impotencia, ira y rabia.

Sin embargo, las participantes expresaron que buscan estrategias para disminuir la angustia moral generada por la omisión de los cuidados, por ejemplo, reduciendo la frecuencia con la que se hacen algunas actividades, tal como lo refleja la experiencia de Francia: *“Con mucho trabajo se espacia la controlada [toma de signos vitales], los cambios de posición y los medicamentos, así disminuye un poquito la carga laboral sin descuidar los pacientes... son medidas salvavidas para irse tranquilo y con la conciencia no tan manchada”*. Desde esta mirada, autores como Rooddehghan, ParsaYekta, et al., 2019, comentan que las enfermeras que buscan proporcionar atención equitativa en contextos de escasez deben optar por racionar su cuidado y tiempo entre los pacientes, aspecto que les permite abarcar un mayor número de actividades. Estos autores describen, además, que a través de la delegación, las enfermeras se liberan de sus preocupaciones mentales en torno a la omisión de cuidados, por lo que terminan aceptando ceder este rol. Frente a esta particularidad Ana comenta: *“Uno no siente que dejó de hacer algo y no me siento mal porque finalmente hay alguien que lo hace [la auxiliar de enfermería]”*.

Una vez argumentada la premisa de que los contextos laborales son adversos y condicionan la manera en la que se provee el cuidado, la discusión se centrará en los efectos concretos de la omisión de los cuidados en la enfermera y en el paciente. De manera específica, se mostrará cómo la enfermera es expropiada del contacto intersubjetivo con el otro, de sus conocimientos disciplinares, de su autonomía profesional y por tanto, del cuidado.

Se iniciará hablando de la interacción enfermera paciente, la cual permite construir un ambiente de reciprocidad, confianza y compromiso por el otro, atributos en contextos de omisión. Autoras como Mesa y Romero, (2010), ponen de manifiesto que la base del cuidado es la relación intersubjetiva, pero en este caso, lo que se da es una *“relación relámpago”*, pues la voz del otro apenas se logra escuchar, a través de un sonido tan efímero que puede parecer imperceptible. Esta situación es frecuentemente vivida por las participantes quienes manifiestan que: *“Uno no sabe nada más, escasamente el nombre del paciente...la interacción era hacer una curación, ir a una ayuda diagnóstica, asistir procedimientos... que impotencia no poder estar ahí-Walter”* o *“Realmente uno no cuenta con ese tiempo de quedarse hablando con el paciente y la familia-Ana”*. Esto dista de los deseos de interacción que de manera constante sienten las participantes, quienes expresan, por ejemplo: *“la interacción con el paciente nos dejaría satisfechos-Henry”* o *“Uno quisiera quedarse más tiempo con el paciente-María”*.

En este punto, se hace conveniente retomar el último tema central que configura los significados intertextuales de la experiencia de las participantes: Cuidando a las carreras, descrito por el investigador como la necesidad de cuidar en contra del reloj, lo cual afecta la interacción con el otro y la visión humanista del cuidado, pues se deben priorizar algunas intervenciones, principalmente las relacionadas con la esfera biológica, lo que conlleva a que otras acciones se posterguen u omitan.

Para las participantes, trabajar en contra del reloj afecta la relación intersubjetiva que debe existir en el acto de cuidado, pues se tiene que *“hacer a la carrerita-María”* lo cual implica el desarrollo de una atención superficial, es decir, la interacción entre la enfermera y el paciente se minimiza a tal punto de perderse ese encuentro terapéutico: *“Uno hace por montones porque sabe que eso es lo que hay pero me pone triste...uno quisiera quedarse como más tiempo con cada paciente pero uno sabe que no puede-María”*. Mesa & Romero, (2010) han descrito en su estudio que las enfermeras viven esta misma situación como consecuencia del gran volumen de pacientes, por lo que el tiempo de interacción es escaso y se deshumaniza el acto de cuidado. Frente a esta situación, Henry expresa la necesidad de pertenecer a un modelo de salud diferente: *“Necesitamos un modelo donde podamos dedicarnos realmente al paciente...Los pacientes están tristes y no nos damos cuenta”*.

Los deseos de un cuidado que incluya el abordaje de la esfera humana, que contemple la escucha, la comprensión, la solidaridad y la empatía como parte del encuentro, son valores que también destaca Stavropoulou et al., (2020) quienes los consideran elementales para el cuidado en UCI. Autores como Zamaniniya et al., (2021) reconocen que tener la posibilidad de brindar un cuidado humanista permite a la enfermera crecer en lo personal y lo profesional, mejorar la propia dignidad, tener un reconocimiento positivo y aumentar tanto la motivación como la satisfacción laboral.

Aquí es importante mencionar que la empatía juega un papel fundamental en la relación enfermera paciente. Salazar & Martínez, (2008) Mencionan que la teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee, incluye una fase empática, en la que se conoce y se comparte la experiencia de la otra persona, además de una fase de simpatía, en la cual se presenta una preocupación genuina por el paciente, ya que se desea aliviar su sufrimiento utilizando de forma consciente su propia personalidad. En este sentido, es necesario integrar protagónicamente la voz del otro al proceso de atención, porque el cuidado, como acto intersubjetivo implica creer no solo en sus conocimientos profesionales, sino también en el paciente, escuchar sus necesidades y darle el valor que se merecen.

Lo que se deberá evitar entonces es un cuidado por dominación, caracterizado por la imposición de los cuidados que la enfermera cree que son los más convenientes para el bienestar del paciente sin siquiera consensuarlo con este (Papastavrou et al., 2019). Desde la experiencia de las participantes, esta situación fue evidente: *“En mi mente yo decía: esta señora está como exagerando... me marcó tanto porque no creía en ella-Francia”* – *“Tendemos a etiquetar al paciente. Nos cuesta entender su posición-Walter”*. Sin embargo, las vivencias de las enfermeras también permiten comprender que existen situaciones donde las necesidades del paciente se tienen que dejar de lado ya que el tiempo es insuficiente, es decir, se omiten los cuidados que la persona considera importante, aunque en este caso, la causa no pasa por la voluntad de hacerlo si no por la obligación. Frente a esto, las participantes expresan: *“No le di el agua...yo sé que eso no me quitaba mucho tiempo, pero tenía otro más grave-María”* o *“Se murió esperando una motilada que no le pude dar-Henry”*.

Precisamente, algunos autores destacan que, en la UCI, hay algunos cuidados que el paciente requiere, pero a menudo se omiten. En este sentido Dehghan-Nayeri et al., (2019) reconocen que la atención psicológica y emocional se interviene con menor frecuencia. En la misma línea, Papastavrou et al., (2019) señalan que los pacientes aprecian y desean recibir cuidados que les permitan disminuir el miedo o la incertidumbre generada por su enfermedad y por estar hospitalizado en un entorno crítico como la UCI. Así mismo, Jangland et al., (2018) mencionan que las personas valoran profundamente cosas como una pequeña charla o sentir que de verdad se preocupan por ellos.

La preocupación por la parte humana y el trato poco digno al paciente es evidente desde la experiencia de las participantes, a tal punto de reconocer que *“Los pacientes se sienten abandonados, olvidados, un castigo, maltratados, vulnerados-María”*, lo cual preocupa si se tiene en cuenta que Jangland et al., (2018) reconocen que recibir un trato afectuoso es positivo y ayuda al proceso de recuperación y que, tal y como emergió en esta investigación, la falta de interacción y el afán llevan a omitir los cuidados, lo cual afecta los resultados en salud. Las participantes reconocen la necesidad de también centrarse en el componente humano del paciente, por lo que se han llegado a plantear cuestionamientos como: *“¿Lo que dejo de hacer por lo que estoy haciendo, que tanto puede afectar al paciente-Walter?”*, que dejan en evidencia que el rol de cuidador y defensor del paciente va quedando relegado.

Perder la posibilidad de abordar al paciente a través de gestos, palabras y la compañía, significa despojar la atención del sustento ético que da sentido al cuidado, relacionado con la compasión, la confianza, la competencia, la confidencialidad y la conciencia, que son constructos éticos del cuidar necesarios para preservar la dignidad de la persona y desarrollar la práctica de cuidado (Torralba, 2000; Wilches & Wilches, 2016). Respecto al componente ético del cuidado Henry manifiesta: *“el cuidado es un llamado a la compasión, no querés renunciar a ninguno [a la atención de los pacientes]... El enfermero tiene que mostrar al mundo que los pacientes están solos, que se quedan sin cuidados, que mueren solos”*.

Otro aspecto despojado del cuidado es el sustento teórico que lo rodea, pues, como expresa Romero, (2007), la lexis, que es el discurso del conocimiento que enmarca al cuidado parece no ser significativa en la praxis. En este sentido, los patrones de

conocimiento que guían la práctica profesional de enfermería (Carper, 1978) como el empírico, el de conocimiento personal, el estético y el ético, no son aplicables a la práctica, pues su desarrollo depende del vínculo con el paciente, el cual es limitado. Estos despojos causan sinsabores en las participantes, que se pueden reflejar con la siguiente expresión: *“Yo me siento frustrado por el cuidado mediocre que estamos dando... Yo tengo unos ideales de cuidado que van más allá de saber muchas cosas, y es en esa parte humana, porque en enfermería también somos antropología, también somos sociología pero nos quedamos cortos ahí-Henry”*.

Evidentemente, los conocimientos teóricos ofrecen identidad y autonomía profesional, pero estos calificativos tienden a desaparecer de la enfermera como consecuencia de las situaciones que enfrentan. Para Rooddehghan, ParsaYekta, et al., (2019) esta es una forma de alienación llamada “el poder ineficaz de las enfermeras”. Es decir, se tiene el conocimiento, los valores y las capacidades necesarias para gozar de autonomía, estatus y reconocimiento, pero la presión del sistema es un aspecto que no pueden soportar y que las termina dominando. Por su parte, Autores como Al-Shamaly, (2021) y Grosso et al., (2019) coinciden en que cuidar en la UCI cada vez será más complejo, tanto como por la tecnologización como por lo que se espera de la enfermera, que en un contexto cada vez más centrado en la productividad, limitará su quehacer profesional y el cuidado holístico. Al final, el “non-nursing tasks” que son todas aquellas funciones adicionales al cuidado terminarán invadiendo por completo a la enfermera, quien ya no será una verdadera enfermera pues habrá perdido por completo su autonomía y rol profesional (Rouhi Balasi et al., 2022).

Tal es la presión que siente la enfermera en torno a cumplir con las exigencias, que terminan forzando al máximo sus capacidades sin importar que su propio valor como profesional sea desvirtuado, porque, desde la perspectiva de Zapata, (2008), prevalece “el ser en sí”, es decir, una enfermera que no propone, temerosa, que agacha la cabeza y solo cumple órdenes a pesar de que esto vaya en contra de su dignidad laboral y personal, pues el peso de ser una profesión con un legado femenino inmersa en un sistema predominantemente patriarcal con un modelo biomédico hegemónico la llevan a esforzarse al máximo para no comprometer su puesto laboral y reflejar una imagen de

eficiencia ante la institución, lo cual, muchas veces favorece el abuso laboral en vez del reconocimiento de su competencia.

Todo lo que se ha dicho hasta acá permite concluir algo: las enfermeras no pueden desarrollarse en el ámbito laboral como les gustaría si no como les toca. Pero ¿qué hacer? ¿les toca a las enfermeras resignarse? ¿en un entorno centrado en la tecnología es posible brindar un cuidado humanizado? De acuerdo con Romero, (2007), la única salida ante esta adversidad se basa en resistir. Esto implica, desde la perspectiva de Zapata, (2008), ser capaces de deconstruir el “ser en sí”, es decir, el comportamiento sumiso y acrítico derivado de la influencia patriarcal, para iniciar la reconstrucción del “ser para sí”, es decir cuestionarse críticamente el ejercicio de roles y funciones no relacionadas con el cuidado y movilizarse para asumir el cuidado directo del paciente como eje central del desarrollo la identidad y autonomía profesional.

Una forma de lograrlo será entonces fortalecer el colegaje, pues como bien dice Molina, (2006), siempre hay una opción para la dignidad cuando un pueblo se une. Así mismo, la misma formación universitaria debe expandir la libertad y potenciar la crítica del estudiante para liberarse de ese escenario de alienación (Romero, 2007). Por último, se debe resignificar el acto de cuidado, es decir, ya no debe ser el objeto si no el sujeto el centro de la atención (Romero, 2007). Aquí es necesario decir que los modelos de atención de enfermería que posibilitan el cuidado directo por enfermeras son una alternativa de resistencia, pues a pesar de sus limitaciones posibilitan el encuentro con el otro y son más cercanos a valores como el holismo y la integralidad de los cuidados, lo cual también es confirmado por López et al., 2022, quienes agregan que este tipo de modelos permiten recobrar la identidad y fortalecer la autonomía profesional. En este punto resistir significa entender que, en palabras de las participantes: *“El paciente no es un aparato-Henry”* o *“Los medicamentos son importantes, pero las personas con hambre, ¿qué sentirán ellos?-María”*, es decir, en contextos de omisión de cuidados, las enfermeras deberán luchar a diario por encontrar la humanidad en la necesidad biológica.

A modo de síntesis, la omisión de los cuidados significa una experiencia de adversidad pues el contexto político afecta el rol e identidad profesional, en tanto que no existen regulaciones importantes que favorezcan el ejercicio laboral como el ratio enfermera:paciente, necesario para contener la sobrecarga laboral y favorecer la práctica

de cuidado. Así mismo, el marco regulatorio de la autonomía profesional y la conducta deontológica no está regulado, lo cual hace que se pierda de vista el sujeto de cuidado, a quien se atiende desde una visión esencialista e instrumental, centrada en la esfera biológica. En este sentido, se desvanece la esencia de la enfermería que es el cuidado humano e integral. Frente a esto, hay una propuesta del investigador por resistir ante la adversidad, que invita a movilizarse por el colegaje, por una educación liberadora y por no perder de vista el valor de lo humano, es decir, cuidar desde la resistencia, luchando por la defensa de una enfermería humanista, sensible y que sea capaz de responder a las necesidades y expectativas de cuidado de los seres humanos.

## 9. Conclusiones

Al preguntarse por los significados atribuidos por las enfermeras de UCI frente a la experiencia de retrasar u omitir los cuidados requeridos por los pacientes, se obtuvieron seis textos fenomenológicos individuales y tres temas intersubjetivos que permitieron comprender que se cuida en un contexto de adversidad en el que la enfermera es alienada por un sistema economicista, por directrices institucionales y por un exceso de funciones y responsabilidades que en conjunto terminan expropiándole de su esencia, es decir, de un cuidado integral centrado en la persona, generando una atención fragmentada que se centra en actividades médico-delegadas y en el cumplimiento de funciones del orden administrativo, con lo cual el acto de cuidar se vuelve instrumentalizado.

La enfermera presenta tensiones morales derivadas de una práctica que se aleja de su ideal de cuidado, ya que se limita la interacción, el contacto, la intersubjetividad y la mirada holística, lo cual provoca culpa, angustia moral, ira, frustración e impotencia

Abordar la experiencia vivida por las enfermeras permitió comprender a partir de los rasgos tan detallados, particulares y universales de la experiencia humana la manera en que las enfermeras vivencian el fenómeno en el contexto colombiano, los sentimientos que emergen en ellas durante el retraso u omisión de cuidados, las características principales en términos de lo que se omite y los factores desencadenantes, lo cual es importante para darle pertinencia cultural al fenómeno de estudio si se tiene en cuenta que a nivel local no se encontraron referentes teóricos previos.

Ahora bien, a nivel metodológico, a pesar de que la fenomenología hermenéutica propuesta por Van Manen se enfoca en estudios de pedagogía y educación, el investigador principal pudo adaptar el método al contexto del cuidado hospitalario de enfermería. Como principales aprendizajes del método se encuentran el desarrollo de capacidades para la escucha y para generar confianza con los participantes y la flexibilidad para adaptar la propuesta metodológica de acuerdo a los requerimientos particulares de la investigación. Esto exigió ser creativo para intentar comprender y aplicar los postulados del método, recursivo, para buscar la manera más conveniente de abordar la experiencia de acuerdo a las necesidades, a los datos y a las circunstancias,

y atento, para capturar realmente el significado de cada experiencia vivida. Se considera que este trabajo puede ser un referente metodológico para ayudar a aquellos que deseen hacer una fenomenología en el área de enfermería.

Como recomendaciones, se propone utilizar este proyecto como punto de partida para continuar con el desarrollo de otras investigaciones que permitan comprender de una manera más integral el fenómeno a partir de diseños cualitativos en los cuales se aborden temas como los dilemas éticos relacionados con priorización; la relación entre los modelos de atención de enfermería con la pérdida de autonomía, identidad, rol profesional y omisión de cuidados; las formas como la enfermera se moviliza para conservar su rol de cuidado y su sujeto, es decir, el paciente; cómo afecta la desnaturalización de la filosofía humanista y holística de la profesión a la disciplina y a la misma enfermera; o investigaciones cuantitativas que permitan la creación o adaptación transcultural de instrumentos de medición que estimen la prevalencia y magnitud de la omisión de los cuidados y las causas por las que la enfermera omite.

Así mismo, los hallazgos invitan a pensar futuras estrategias de movilización gremial y política que permitan recuperar la autonomía e identidad profesional de la enfermera. En primer lugar ser capaces de iniciar un proceso interno de reflexión sobre la realidad que se vive y tener deseos de cambio. La segunda será fortalecer el colegaje, aspecto vital para unir fuerzas y reclamar por los derechos estipulados por las leyes colombianas que se están vulnerando, por lo que unirse a las agremiaciones, participar de sus actividades y estar activos como gremio en la proposición de políticas públicas es importante. La tercera tiene que ver con la educación, pues la misma formación universitaria debe expandir la libertad para el desarrollo humano y potenciar la crítica del estudiante respecto a las cargas de alienación y sumisión derivadas de la profesión en enfermería y del cuidado.

Otro aspecto a tener en cuenta, será incluir en próximos estudios a enfermeras que trabajen en instituciones de salud con una razón enfermera:paciente 1:1 como por ejemplo la Clínica Cardioinfantil, Clínica Shaio y Fundación Santa fe, para tener mayor variabilidad, poder contrastar la experiencia desde más perspectivas, saber si con esta carga de pacientes también se omiten cuidados y así comprender mejor el fenómeno.

Del mismo modo, incluir otros municipios o ciudades habría permitido conocer otros contextos hospitalarios de cuidado.

Para las instituciones de salud se recomienda implementar modelos de atención de enfermería que favorezcan el contacto directo y continuo de la enfermera con el paciente, que permitan utilizar los conocimientos disciplinares de la profesión y que se enfoquen en la dimensión humana, con el objetivo de recuperar la identidad y autonomía profesional.

Como limitaciones se considera que hubiese sido importante incluir al personal auxiliar de enfermería en el estudio, teniendo en cuenta que son las principales encargadas del cuidado directo del paciente, con lo cual su perspectiva permitiría ampliar la mirada frente al fenómeno de investigación.

## 10. Referencias bibliográficas

- Álamo, M. (2011). LA IDEA DE CUIDADO EN LEONARDO BOFF. *Revista Tales*, 4, 243–253. [www.revistatales.wordpress.com](http://www.revistatales.wordpress.com)
- Allande, R., Macías, J., & Porcel, A. M. (2019). The nurse-patient relationship: Historical, methodological and therapeutic identity in nursing cares. *Cultura de Los Cuidados*, 23(55), 78–84. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.08>
- Alligood, M., & Tomey, A. (2010). Modelos y teorías de enfermería. In *Elsevier* (pp. 753–764).
- Al-Shamaly, H. S. (2021). Enablers and challenges of caring in the Intensive Care Unit-- Part 2: In relation to nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 12(2), 18. <https://doi.org/10.5430/jnep.v12n2p18>
- Arango, G., Peña, B., & Vega, Y. (2015). Relación de la asignación de personal de enfermería con indicadores de resultado de la calidad de la atención en unidades de cuidados intensivos de adultos. *Aquichan*, 15(1), 90–104. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.9>
- Ayala Carabajo, R. (2016). Formación de investigadores de las ciencias sociales y humanas en el enfoque fenomenológico hermenéutico (De van manen) en el contexto hispanoamericano. *Educacion XX1*, 19(2), 359–381. <https://doi.org/10.5944/educXX1.13945>
- Banco Mundial. (2018). *Banco Mundial, enfermeras y parteras por cada 1.000 personas, 2018*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3>. Acceso: 29 de mayo de 2020).
- Benner, Patricia. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. . Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bernat, A., & Fisher, M. (2008). Effective staffing. In: *Kelly P, Editor. Nursing Leadership and Management*. Clifton Park (NY): Thomson Delmar Learning, 316–339.
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial* (Editorial Trotta).
- Carper, B. A. (1978). FUNDAMENTAL PATTERNS OF KNOWING IN NURSING. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23.

- Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica, Universidad Del Valle, Vol. 34,3*(ISSN: 0120-8322), 164–167. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
- Chiappinotto, S., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Andreou, P., Stemmer, R., Ströhm, C., Schubert, M., de Wolf-Linder, S., Longhini, J., & Palese, A. (2022). Antecedents of unfinished nursing care: a systematic review of the literature. *BMC Nursing, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00890-6>
- Chocarro, L. (2013). La intersubjetividad y su relevancia en los cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería, 22*(4), 219–221.
- Cibanal, L. (2009). *La relación enfermera-paciente* (Universidad de Antioquia, Ed.).
- Cifuentes, J., & Manrique, F. (2014). Satisfacción laboral en enfermería en una institución de salud de cuarto nivel de atención, Bogotá, Colombia. *Avances En Enfermería, 32*(2), 217–227. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a05.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (1996). *Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. 1–8*. [http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (2004, October 5). *Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones*. [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf)
- Cuello, M., Ramos, P., & Etcheverry, J. (2017). Actualización de las pautas CIOMS. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 42*(3), 55–59. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v42i3.742>
- Dehghan-Nayeri, N., Ghaffari, F., & Shali, M. (2019). *Exploring Iranian nurses' experiences of missed nursing care: a qualitative study: a threat to patient and nurses' health*. <http://mjiri.iiums.ac.ir>
- de Lima, J. C., Silva, A. E. B. D. C., & Caliri, M. H. L. (2020). Omission of nursing care in hospitalization units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 28*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>

- Do Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., & Gómez, P. (2000). *Investigación cualitativa en enfermería . Metodología y didáctica. Salud y Sociedad.*
- Durán de Villalobos, M. Mercedes. (2001). *Enfermería : desarrollo teórico e investigativo.* Universidad Nacional de Colombia.
- Durán, M. (2005). la etica, la ciencia y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Revista Aquichan*, 5(1), 86–95.
- Emanuel, E. (1999). ¿Que hace que la investigacion clinica sea etica? siete requisitos. *Investigación En Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS*, 33–46. [http://www.uss.cl/wp-content/uploads/2014/12/10.-REQUISITOS-ETICOS-EN-INVESTIGACIÓN.pdf%0Ahttps://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel\\_Siete\\_Requisitos\\_Eticos.pdf](http://www.uss.cl/wp-content/uploads/2014/12/10.-REQUISITOS-ETICOS-EN-INVESTIGACIÓN.pdf%0Ahttps://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf)
- Fawcett, J. (2021). More Thoughts About Models of Nursing Practice Delivery. *Nursing Science Quarterly*, 34(4), 458–461. <https://doi.org/10.1177/107839039500100403>
- Fawcett, J. (2021). Thoughts About Models of Nursing Practice Delivery. *Nursing Science Quarterly*, 34(3), 328–330. <https://doi.org/10.1177/08943184211010460>
- Franco, C. (2018). Del colegaje y otras buenas costumbres. *Acta Neurológica Colombiana*, 34(1), 1–1. <https://doi.org/10.22379/24224022173>
- Grosso, S., Tonet, S., Bernard, L., & Corso, J. (2019). Non-nursing tasks as experienced by nurses:a descriptive qualitative study. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.12083>
- Guber, R. (2001). La etnografía, método, campo y reflexividad. *Grupo Editorial Norma.*
- Jangland, E., Teodorsson, T., Molander, K., & Muntlin Athlin, Å. (2018). Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2311–2321. <https://doi.org/10.1111/jocn.14095>
- Jones, T., Drach-Zahavy, A., Amorim-Lopes, M., & Willis, E. (2020). Systems, economics, and neoliberal politics: Theories to understand missed nursing care. *Nursing and Health Sciences*, 22(3), 586–592. <https://doi.org/10.1111/nhs.12700>

- Jones, T., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalánková, D., Žiaková, K., & Kurucová, R. (2019). Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care – A literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(1), 1005–1016. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0007>
- Kalisch, B. (2006). Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 314–315. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00007>
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., & Lee, K. H. (2012). Missed nursing care, staffing, and patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(1), 6–12. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318225aa23>
- Kalisch, B., & Williams, R. A. (2009). Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
- López, G., Zapata, M., Gómez, M., & Tavera, E. (2010). Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Investigación y Educación En Enfermería*, 28(1), 43–53.
- López, W., Mendes, A., & Vieira, C. (2017). Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da colômbia de 1991 a 2015. *Cadernos de Saude Publica*, 33(2), 1–16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114016>
- López, W., Murillo, N., Gil, E., Altamirano, R., Jurado, A., & Santa, Y. (2022). Care Perceptions in two ICU Nursing Care Delivery Models: A qualitative-comparative approach. *Investigación y Educación En Enfermería*, 40(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e15>
- Mandal, L., Seethalakshmi, A., & Rajendrababu, A. (2019). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/nup.12257>
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613–619.

- Mesa, L., & Romero, M. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 55–92.
- Moreno, M., Durán, M., Ospina, Á., Salazar, Á., Sánchez, B., & Veloza, M. (2014). *Modelos y teorías. Lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar de enfermería* (ACOFAEN).
- Morley, G., Bradbury-Jones, C., & Ives, J. (2020). What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*, 27(5), 1297–1314. <https://doi.org/10.1177/0969733019874492>
- Najafi, F., Nasrabadi, A. N., & Dehkordi, L. M. (2021). Exploring the lived experience of missed nursing care in postgraduate nursing students in iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 9(1), 44–54. <https://doi.org/10.30476/ijcbtnm.2020.85865.1344>
- Newman, M., Sime, M., & Corcoran, S. (1991). The focus of the discipline of Nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 1–5.
- OPS, & CIOMS. (2017). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016. In *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1977). *C149 - Convenio sobre el personal de enfermería*. .
- Ortega, M., & Jiménez, A. (2020). SITUACIÓN ACTUAL DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA, UNA REFLEXIÓN. *Revista Cuidado y Ocupación Humana*, 9(1), 28–38.
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *International Journal of Health Planning and Management*, 29(1), 3–25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
- Papastavrou, E., Igoumenidis, M., & Lemonidou, C. (2019). Equality as an ethical concept within the context of nursing care rationing. *Nursing Philosophy*, 21(1). <https://doi.org/10.1111/nup.12284>
- República de Colombia. Ministerio de Salud. (1993). *Resolución número 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la*

*investigación* en *salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Rogers, Martha. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.

Romero, N. (2007). El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Avances En Enfermería*, XXV(2), 112–123.

Rooddehghan, Z., ParsaYekta, Z., & Nasrabadi, A. N. (2019). Equity in nursing care: A grounded theory study. *Nursing Ethics*, 26(2), 598–610. <https://doi.org/10.1177/0969733017712079>

Rooddehghan, Z., Yekta, Z. P., & Nasrabadi, A. N. (2019). Ethics of rationing of nursing care. *Nursing Ethics*, 25(5), 591–600. <https://doi.org/10.1177/0969733016664973>

Rouhi Balasi, L., Elahi, N., Ebadi, A., Hazrati, M., & Jahani, S. (2022). Barriers and facilitators of professional autonomy of clinical nurses in Iran: A qualitative study. *Indian Journal of Medical Ethics*, 01–08. <https://doi.org/10.20529/ijme.2022.027>

Salazar, Á., & Martínez, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances En Enfermería*, XXVI(2), 107–115.

Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & De geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 230–238. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs009>

Schubert, M., Glass, T., Clarke, S., Aiken, L., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227–237. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>

Scott, P. A., Harvey, C., Felzmann, H., Suhonen, R., Habermann, M., Halvorsen, K., Christiansen, K., Toffoli, L., Papastavrou, E., & On behalf of the RANCARE Consortium COST – CA 15208. (2018). Resource allocation and rationing in nursing

- care: A discussion paper. *Nursing Ethics*, 26(5), 1528–1539. <https://doi.org/10.1177/0969733018759831>
- Shirey, M. R. (2008). Nursing Practice Models for Acute and Critical Care: Overview of Care Delivery Models. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20(4), 365–373. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2008.08.014>
- Simonetti, M., Soto, P., Galiano, A., Cerón, M., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2020). Dotaciones, skillmix e indicadores laborales de enfermería en Hospitales Públicos chilenos. *Revista Médica de Chile*, 148(10), 1444–1451. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020001001444>
- Stavropoulou, A., Rovithis, M., Sigala, E., Pantou, S., & Koukouli, S. (2020). Greek nurses' perceptions on empathy and empathic care in the Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102814>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. In *Editorial Universidad de Antioquia, facultad de enfermería*. [http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria\\_Fundamentada.pdf](http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria_Fundamentada.pdf)
- Suhonen, R., & Scott, A. (2018). Missed care: A need for careful ethical discussion. *Nursing Ethics*, 25(5), 549–551. <https://doi.org/10.1177/0969733018790837>
- Suhonen, R., Scott, A., & Igoumenedis, M. (2021). Understanding Missed Care: Definitions, Measures, Conceptualizations, Evidence, Prevalence, and Challenges. An Ethical Perspective of Nursing Care Rationing and Missed Care. In *Impacts of Rationing and Missed Nursing Care: Challenges and Solutions* (pp. 97–114). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-71073-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-71073-6_2)
- Taylor, S., & Bodgan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación, la búsqueda de significados* (Ediciones Paidós).
- Tiedeman, M., & Lookinland, S. (2004). Traditional Models of Care Delivery. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 291–297.
- Torralba, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 136–141.
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Travelbee, Joyce. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

- Tronto, J. C. (1998). An Ethic of Care. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 22(3), 15–20. <https://www.jstor.org/stable/44875693>
- Twigg, D. E., Myers, H., Duffield, C., Pugh, J. D., Gelder, L., & Roche, M. (2016). The impact of adding assistants in nursing to acute care hospital ward nurse staffing on adverse patient outcomes: An analysis of administrative health data. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 189–200. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.09.008>
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. IDEA BOOKS, S.A.
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice*. Left Coast Press.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa* (Gedisa, pp. 23–60).
- Velásquez, C., Rico, G., Ayala, L., Vargas, B., Gutierrez, M., Molina, J., Catro, E., & Munar, E. (2020). *POLÍTICA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y PLAN ESTRATÉGICO 2020-2030 Resignificando la profesión de Enfermería en Colombia*.
- Velásquez, C., Rico, G., Morales, E., & Vargas, B. (2019). *PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA 2020-2030 Fortalecimiento de la profesión de enfermería*. Consejo Técnico Nacional De Enfermería. Minsalud. <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/46d8f9d7-b61c-4b9b-a171-1b70a1f0df70/Plan+de+Enfermería.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mVBzrKO>
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., & Merkouris, A. (2015). The ethical dimension of nursing care rationing: A thematic synthesis of qualitative studies. *Nursing Ethics*, 22(8), 881–900. <https://doi.org/10.1177/0969733014551377>
- Watson, Jean. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. . In *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice and administration*. (pp. 141–184). P. J. Walker & B. Neuman (Eds.). New York: National League for Nursing Press.
- Watson, Jean. (2005). *Caring science as sacred science*. . Philadelphia: F. A. Davis.
- Wilches, O., & Wilches, A. (2016). El cuidado, visto por profesionales de la salud, en calidad de familiares de un usuario. *Revista Colombiana de Bioética*, 11(1), 23–34.
- Zamaniniya, Z., Khademi, M., Toulabi, T., & Zarea, K. (2021). The outcomes of humanistic nursing for critical care nurses: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(2), 114–120. [https://doi.org/10.4103/nms.nms\\_32\\_19](https://doi.org/10.4103/nms.nms_32_19)

- Zapata, M. (2008). *Enfermería ¿Una profesión en crisis? El caso en la ciudad de Medellín, Colombia*.
- Zapata, M., & Zapata, N. (2015). Condiciones de trabajo de las enfermeras y las formas de contratación en Medellín, Colombia. *Universidad y Salud*, 17(2), 212–223. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072015000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Zarate Grajales, R. a. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44–45), 109–111. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962004000100009>
- Zárate-Grajales, R. A., & Mejías, M. (2019). Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enfermería Universitaria*, 16(4). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>

## 11. Anexos

### Anexo 1. Primer escrito reflexivo

Como enfermero, he tenido la posibilidad de estar en dos escenarios en una misma clínica, el primero, en un servicio de hospitalización donde tenía entre 25 y 34 pacientes en un turno, donde prima lo administrativo, la resolución de tareas ajenas a la enfermería y la sobrecarga laboral por cuestiones que ni siquiera se relacionan a la interacción cercana con el paciente y su cuidado. Aquí, he podido percibir que no se le da el suficiente valor al enfermero, no se reconocen sus funciones desde lo disciplinar, si no a partir de resignificaciones dadas en las funciones del cargo y en lo que las personas pueden percibir de nuestra labor diaria. Además, hay una pérdida de identidad y autonomía que puede repercutir en la realización profesional del enfermero de manera negativa. En mi caso particular, he llegado a sentir estrés en este escenario porque no se logra cuidar bien a las personas además de que toda la responsabilidad, por algún motivo que no reconozco recae sobre el enfermero, por ejemplo, la firma y verificación de consentimientos informados para la realización de actividades que no son de enfermería, como una cirugía, en donde no tenerlos firmados puede traer consigo un llamado de atención entre otras amonestaciones. En este contexto, también he llegado a tener miedo por el estado de salud de los pacientes, en donde el cuidado se delega a una auxiliar de enfermería que también tiene sobrecarga laboral y no tiene la suficiente formación para brindar cuidados de calidad, entendiéndolo que el personal idóneo para realizar dicho proceso es el enfermero profesional. He podido percibir que cuando tengo sobrecarga laboral, me suceden cuestiones como malnutrición principalmente por largos periodos de ayuno, agudización de mi insomnio, mayor frecuencia de incapacidades laborales y menor sensación de gusto por mi trabajo.

El segundo escenario se desarrolla en una unidad de cuidados intensivos, aquí, he tenido la oportunidad de trabajar desde dos situaciones, la primera, en donde la relación enfermero paciente es de 1:8 y el enfermero tiene que velar por la atención de estas personas, aquí, la autonomía es un poco mayor en cuanto a la toma de decisiones en pro del beneficio del paciente, las funciones administrativas no son tantas aunque

siguen siendo importantes; el enfermero se encarga de asistir procedimientos, participar en las rondas médicas, gestionar procedimientos de sus pacientes, el orden del servicio, la asignación de recurso humano y de otros elementos para poder brindar la atención a estas personas; este escenario es difícil, puesto que hay sobrecarga laboral y aunque el enfermero tiene menos pacientes en comparación a hospitalización, la complejidad de estos hace que incluso alcance el día solamente para interactuar con uno o dos pacientes, dejando en manos de los auxiliares de enfermería a los demás. Para mí, hay oportunidades para crecer y adquirir nuevos conocimientos científico-técnicos puesto que la complejidad de estos pacientes invita a formarse y tener tiempo de estudio extralaboral, sin embargo, se sigue disipando la enfermería como disciplina y nos convertimos en “trabajadores aplicados y obedientes” en donde no se nos da el valor que merecemos, no reflexionamos, no somos críticos y no tenemos las garantías laborales para ejecutar nuestras actividades a partir de la teoría existente y desarrollada para la profesión de enfermería. Se podría decir incluso, que en relación a hospitalización, hay muchos sentimientos similares en este contexto.

Partiendo de lo anterior, el cambio de atención que se implementó en mi lugar de trabajo en donde la relación enfermera:paciente es de 1:3 y mi función es de brindar cuidado directo se hace importante y motivador, puesto que se asumen nuevos retos teórico-prácticos, de autonomía y de identidad profesional partiendo desde el desarrollo científico existente para la enfermería tratando de desligarse así, del modelo hegemónico positivista.

La transición mencionada anteriormente, inicialmente para mí fue angustiante, puesto que como cuidado de enfermería que nunca había brindado, exigía retos científico-técnicos que podían llevar a cometer errores que me perjudicaran a mí o a la persona que estaba cuidando, además, otro sentimiento presente fue la tensión en el ambiente, en donde los auxiliares de enfermería sentían que habían perdido una parte importante de su quehacer diario que era el contacto directo del paciente y su autonomía para muchas labores importantes como la preparación y administración de medicamentos, la titulación de estos, entre otros. Por lo tanto, el trabajo en equipo con este personal se vio afectado, las actitudes negativas de estos hacia nosotros fueron evidentes y la calidad del cuidado se veía perjudicado por esto. Ahora bien, fueron para

mí más importantes los aspectos positivos como la motivación hacia nuevos aprendizajes así como también hacia la relación existente desde lo visto en mi formación con las actividades a desarrollar, la congruencia entre mi motivación de ser enfermero y la labor a desempeñar, el crecimiento de mi autonomía para cuidar pacientes, el conocimiento más profundo de la condición de salud de estos y la interacción más cercana con ellos y sus familias, pudiendo desarrollar procesos de atención de enfermería donde se pudiera evidenciar la aplicación de herramientas disciplinares para la calidad del cuidado del paciente.

Sin embargo, a pesar de lo contento que me puse por sentir mi profesión como más cercana, también entiendo que no es suficiente el esfuerzo porque yo sigo teniendo una gran carga laboral que me impide cuidar y darle a los pacientes todo lo que yo quisiera y esto es precisamente porque algo me ata, me siento maniatado, siento que se espera de mí que el paciente esté mucho mejor cuidado, de eso se trata el modelo, pero no es suficiente con disminuir la asignación de pacientes porque las otras responsabilidades siguen siendo elevadas.

Esto ha sido determinante para que yo no me sienta bien, y me ha dado mucha tristeza llegar al final del turno sabiendo que el paciente me necesitaba y yo no pude estar ahí, para cuidarlo, para ayudarlo, y también me causa mucho conflicto saber que la empresa espera tanto del enfermero, y no se alcanzan a imaginar todo lo que uno como enfermero da, pero es que realmente no se alcanza, no se puede, ellos no han vivido lo que uno tiene que vivir en esos turnos y por eso no tienen la capacidad de comprender, y sumado a eso, no escuchan y eso afecta aún más mi sentir.

## **Anexo 2. Segundo escrito reflexivo**

Muy buenas tardes, hoy es 21 de octubre del año 2021. Mi nombre es Esteban Gil, yo soy enfermero graduado de la Universidad de Antioquia en el año 2017. Actualmente estoy cursando con la maestría en enfermería y trabajo en unidad de cuidados intensivos de la ciudad de Medellín, allí me forme como enfermero Ecmólogo a gran orgullo para mí porque a nivel de Colombia son pocos los enfermeros especialistas en ECMO Y esto pues porque se brinda esta terapia de ECMO a los pacientes con daño cardíaco y daño pulmonar, entonces es una afinidad que yo tengo también hacia esos órganos, me gusta su funcionamiento, su fisiología, por lo tanto estoy muy contento con el logro de ser uno de los pocos enfermeros Ecmólogos. Voy a contar mi experiencia frente a un turno laboral en el que tuve mucha sobrecarga, mucho trabajo y pues poco tiempo para cuidar a mis pacientes y esto no se me hace difícil porque pues frecuentemente tengo esos turnos por la complejidad de los pacientes que ingresan a esa UCI, por la complejidad de la institución, que pues también manejamos pacientes con terapia de ECMO que son pacientes que requieren de mucho tiempo de cuidado. Específicamente recuerdo un turno reciente en el que llegué a eso de las 6:45 como siempre de la mañana, revisé la asignación de pacientes que tenía para ese día, y, revisé la asignación administrativa que tenía para ese día. Ese día recibiría al paciente de la cama 3 que era un paciente postquirúrgico que no estaba en terapia ECMO y recibía 4 y 5 que son pacientes que estaban en terapia de ECMO por daño pulmonar asociado a COVID, ya llevaban vario tiempo ahí esos dos pacientes. La función administrativa del día era responder por los medicamentos de control, es decir, nosotros los enfermeros tenemos un stock con los medicamentos de control que contiene por ejemplo morfina, midazolam, fentanilo, ketamina, propofol, y estos medicamentos los tenemos ahí de reserva por si se presenta alguna emergencia y como son de control por eso los manejamos nosotros los enfermeros profesionales, y responder por ellos significa que si en el día se utilizaron dos ampollas de morfina, 4 ampollas de midazolam entonces pues precisamente lo que había que hacer era garantizar que al final del turno esos medicamentos se hubieran pagado al stock, entonces había que llamar a farmacia, ¡No, un momento!, había que estar pendiente que los ordenaran, estar detrás del médico, llamar a farmacia y que de farmacia

los despacharan, recibirlos, firmar, guardarlos para entregar eso completo a los que llegan al turno de la noche y la otra función administrativa era la asignación de pacientes que es básicamente al personal de la noche tanto auxiliar como profesional asignarles los pacientes que iban a recibir. Nosotros allá tenemos 16 camas, y los enfermeros brindamos el cuidado directo, tenemos máximo hasta tres pacientes con una auxiliar de enfermería, entonces auxiliar y enfermero por tres pacientes y somos alrededor de cinco o seis enfermeros por turno. La asignación se trata de dar de acuerdo al estado crítico del paciente para que las cargas queden pues como equiparadas y en ocasiones tenemos dos pacientes o tres pacientes asignados. En este momento pues con la pandemia que hay tanto ECMO, gente con ECMO, entonces sí nos ha tocado mucho más la sobrecarga laboral porque pues antes de la pandemia recibíamos un paciente en ECMO o máximo dos y era un turno muy ocasional, pero ahora con la pandemia hemos recibido hasta 3 pacientes o incluso me ha tocado en algún momento recibir 4 pacientes, eso es ocasional pero me ha tocado y pues solamente por mencionar con un paciente en ECMO que esté inestable uno puede tener ahí todo el día sin salir de la habitación, todo el día ocupado, dedicado a ese paciente sin siquiera tener tiempo para ayudar a los otros compañeros, entonces con la asignación de tres o cuatro ECMOS es muy difícil. Ese día entonces después de mirar la asignación que tenía, saludé a los compañeros, empezamos a recibir turno, la primera etapa del recibo de turno es entonces que recibimos todo lo administrativo de los profesionales que nos entregaban, los que se iban de hacer turno nocturno nos entregaban todo lo administrativo, lo administrativo consiste en llenar un cuaderno que contiene un sinfín de elementos que uno debe tener en cuenta, contemplar y responder por ellos, entonces cuántos ingresos hay de cirugía, cuántos pueden Ingresar a UCI de hemodinámica, cuántos podrían Ingresar a UCI, los equipos que se prestaron, los equipos que están en la UCI, los que están en la UCI es buscar por ejemplo los marcapasos que estén completos, los monitores de gasto cardíaco, los monitores de signos vitales de transporte, las máquinas de diálisis, las máquinas de óxido nítrico, las máquinas de ECMO, ecocardiógrafos, las pipetas de oxígeno que estén completas, que tengan buen oxígeno y si no tienen buen oxígeno pues entregarla pendiente para que en el día repongan el oxígeno de esas pipetas, el ventilador mecánico de transporte, que cuántos pacientes van a quedar, que cuántos pacientes posiblemente se trasladen, que

cuántas personas llegan a turno, cuántos auxiliares, cuántos enfermeros, y bueno, otras cosas administrativas también que es básicamente como responder por insumos que hay del servicio. Posterior a esta, a este recibo de turno cada enfermero fue a recibir a sus pacientes, yo tenía el paciente de la cama 3 4 y 5, el paciente de la cama 3 un posoperatorio del día anterior de cardio un bypass tres puentes, el paciente de la 4 y de la 5, dos pacientes en ECMO venenoso que ya llevan pues bastante tiempo con nosotros. La entrega, el recibo del primer paciente de la cama 3 se demoró alrededor de 15 minutos donde la enfermera pues me contaba el diagnóstico del paciente, la evolución, pues si yo no lo conozco y bueno no lo conocía, la evolución desde que ingresó a la clínica hasta que lo operaron, pues de manera resumida, exámenes importantes, ayudas diagnósticas importantes, de qué lo operaron, que cómo le fue en la operación, todo eso me lo contó ella, como había pasado la noche y después de la entrega de turno contar los medicamentos que me quedan hasta las 2 de la tarde de cada paciente, me entregan medicamentos hasta las 2 de la tarde, entonces alrededor de 15 minutos con ese primer paciente. El segundo paciente que era el de la cama 4 en ECMO, Alrededor de 20 minutos en la entrega de turno ahí van 35, un paciente ya con mucho tiempo en la UCI, yo ya lo conocía, me entregó lo básico del paciente, su evolución, como había pasado la noche, pero también es importante resaltar que le deben entregar a uno cómo queda la terapia de ECMO y esto es, digamos, un proceso que lleva bastante tiempo, por eso 25 minutos y también se deben contar los medicamentos del paciente hasta las 2 de la tarde, después de esto me entregaron al paciente de la cama 5, un paciente en ECMO veno venoso, la misma dinámica, alrededor de 20 minutos, entonces casi una hora de entrega de turno entre la enfermera y la auxiliar que se iban y el enfermero y el auxiliar de enfermería que llegaban al turno.

Después de eso entonces fui a coger la hoja que uno llena digamos durante el turno, en esa hoja está el nombre del paciente, el diagnóstico médico, los exámenes de laboratorio, los goteos que tiene, la edad, la EPS, es como un formato de entrega de turno pero los pacientes en ECMO tienen un formato mucho más largo porque... y esa extensión se sustenta en que durante el día se le toman varias veces exámenes de laboratorio para mirar su estado, entonces fui, cogí la hoja, me senté en el computador, empecé a revisar los exámenes de sangre que se habían tomado a los pacientes en el

turno anterior y también los medicamentos que eran de 8 de la mañana de cada uno de los pacientes, de ocho incluso de 10 de la mañana como para uno tenerlo presente. Más o menos eran las 8:30 cuando pude terminar de revisar e ir donde los primeros pacientes. Empecé con el paciente de la 5 que tenía medicamentos, pastillitas a las 8:00 entonces las puse a diluir, la idea era entonces hacer la valoración del paciente mientras diluían las pastillas y después pasarme donde el paciente de la 4 pero entonces el paciente de la 4 empezó desaturado, tosiendo, se desaturó hasta 78% asociado a la tos, es un paciente en ECMO con traqueostomía, la traqueostomía reciente, entonces el estímulo del reflejo tusígeno era bastante prominente, entonces tosía mucho y cuando tose pues se desaturaba, entonces tocó salir de la habitación, ir donde él, aspirarlo, pasarle bolos de sedación, pues el paciente ya estaba sedado, estaba en un ras de -3 o -2 pero, pues con esa estimulación esos pacientes empiezan a toser, entonces hubo que pasarle bolos de sedación y además de eso pues con la aspirada entonces me quedé ahí, le puse el medicamento de 8 que ya estaba retrasado y le dimos el confort, los cambios de posición con los pacientes en ECMO, el enfermero siempre debe estar presente también en el confort, específicamente en el cambio de posición o la aspiración porque son pacientes muy delicados que con cualquier mala acción se pueden morir, entonces cambiamos al paciente posición, lubricamos la piel, liberamos las prominencias óseas, le pusimos puentes que son almohadas, cojines para que el paciente pues no sé talle y de una vez hice la valoración del paciente, valoración que trato de hacer cefalocaudal y también después de hacer la valoración del paciente revisar todo el circuito y la terapia de ECMO que también es delicada y conlleva mucho cuidado, mucha dedicación porque un mal, una mala acción, una mala intervención puede ser peligrosa y matar al paciente incluso. Después de esto salí, fui donde el paciente de las 5 le puse las pastillas que ya estaban diluidas y pues hice la misma valoración, también valorar la terapia de ECMO, ese paciente ya estaba más despierto sin sedación entonces trate como de generarle confianza ubicarlo en tiempo, persona, espacio, abrir las ventanas, las persianas para que entrara luz, puse musiquita y le dimos confort, la cosa con este paciente es que estaba con diarrea entonces pues se veía incómodo y posiblemente desde que yo entré a diluir las pastillas pues estaba en ese estado, lo cambiamos, lo cambiamos de posición, afortunadamente pues no tenía lesiones por humedad asociada a las deposiciones

puesto que pues igual lleva varios días, llevaba varios días con esa diarrea líquida pero aún no tenía ninguna lesión asociada pues a esa humedad y ya cuando todo esto se cumplió eran alrededor de las 9:40. La idea era salir ir donde el paciente de las 3 pues que no había podido entrar pero entonces el médico me dijo que había que tomarle exámenes de sangre al señor de la 4, al que estaba desaturado, le tome los exámenes de sangre y cuando fui donde el señor de la 3 ya eran las 10 pasaditas y le di medicamentos de las 10 para el dolor, afortunadamente pues el señor estaba sin dolor pero había que reforzar esa parte analgésica, le hice la valoración, converse con él, le dije que posiblemente se iba de traslado para hospitalización, se puso contento, le dije que cuando saliera de la habitación iba a hablar con la familia para que llegara más temprano, salí de la habitación, eran aproximadamente las 10:35 de la mañana, le pedí el favor a la secretaria que llamara a la familia y me senté en el computador a escribir las notas de recibo, entonces empecé con la nota de recibo del señor de la 3, trato de hacer una nota completa porque pues antes las que brindaban ese cuidado directo eran las auxiliares y pues esas notas eran muy incompletas, entonces es ilógico que habiendo cambiado las auxiliares por el enfermero las notas fueran igual de incompletas, entonces trato de hacer bien mi trabajo, una nota completa, entendible, bien estructurada, y empecé a hacer esa nota, demorada pues mientras uno está haciendo la nota, pues la llamada no falta, que Esteban ayúdame, que Esteban esto y lo otro, entonces siempre se dispersa uno un poquito, la acabé a eso de las 11 de la mañana, fui a mirar los medicamentos que yo sabía que habían medicamentos de 10 pendientes pero que no eran tan importantes como por ejemplo antibióticos, entonces esos medicamentos de 10 los terminé poniendo después de que hice la primera nota, alrededor de las 11:20 ya había puesto el medicamento de 10 del señor de las 5 y lo habíamos cambiado de posición, le habíamos cambiado el pañal porque había hecho otra vez deposición y le habíamos cambiado las sábanas principales de la cama porque se había traspasado y alrededor de las 11:35 también administre medicamentos y cambié de posición al señor de la 4, ya entonces vino mediodía, salí al baño, fui a comerme unos cereales que tenía guardados por ahí pues no había podido comer nada todavía y tampoco había podido ir a ver cómo iban mis compañeros pues siempre me gusta estar pendiente de ellos sobre todo porque ahora hay muchos compañeros nuevos con la pandemia que de pronto no

tienen el conocimiento y se sienten desprotegidos, desconfiados, entonces me gusta hacerlos sentir familiares, confiados, si no saben algo pues que aprovechen y pregunten y ayudarlos también porque el voleo es bastante y no todos los compañeros que llevan tiempo en la UCI tienen esa disposición a ayudar a las personas nuevas, para eso de las 12 pasaditas volví al servicio, el paciente de la cama 3 tenía medicamento, los pacientes de la 4 y 5, el de las 5 tenía medicamento para la diarrea el de la 4 no tenía nada, pues di los medicamentos y me puse a iniciar la nota de recibo del Señor de la 4, cuando esto pasó, el médico me dijo que había que llevar a tomografía pues a ese mismo señor de la 4 pues los exámenes que yo le había tomado habían salido alterados y pues yo no había tenido ni siquiera tiempo de mirarlos, entonces pues nada me tocó dejar la nota hasta ahí y llamar al servicio de radiología, cuadrar la, el transporte del paciente, la hora, entonces quedamos que para llevarlo a las 2 y media de la tarde, mientras ese momento se llegaba entonces seguí adelantando la nota del señor de la 4 y pues una nota también dispersa porque pues los goteos de sedación se iban acabando, entonces, del Señor de la 4, entonces había que volver a montar la sedación, que aspirarlo, el señor estaba tosiendo, que darle confort, que estar pendiente del ECMO, que aumente el gasto cardíaco al ECMO para que el paciente sature mejor, mejor dicho, haga de todo, de todo un poquito, después de eso entonces más o menos como a la 1 de la tarde ya acabé la nota del señor de la 4 y me iba a disponer a hacer la nota del señor de la 5, cuando empecé a hacer la nota del señor de la 5 me acordé que había que cambiarlos de posición, entonces paré ahí, cambiamos de posición al señor de la 4, al de la 5, otra vez con diarrea, entonces otra vez lo cambiamos, aunque sabes, no toco cambiar las sábanas, solo el pañal y limpiarlo bien y después de eso pues nada me puse a preparar al paciente para la tomografía, tener todo listo pues un transporte de paciente en ECMO no es nada fácil, requiere de una buena planeación y requiere de mucho tiempo, entonces me puse a organizar al paciente, ya se llegó la hora de las 2 de la tarde, a esa hora hay que tomar exámenes de sangre de los pacientes en ECMO, entonces pues yo a esa hora ya estaba atrasado, la auxiliar de enfermería me ayudó a tomar los exámenes de laboratorio del paciente de la 5 y yo que estaba organizando al de la 4, aproveche y le tome los exámenes de esa hora, también aproveche a darle el medicamento de las 2 pero al señor de la 3, esos medicamentos de las 2:00 quedaron pendientes, el señor de la 5 pues había

que poner a diluir un medicamento, un antibiótico y pues uno lo pone a diluir desde antes de las 2:00 para que a las 2:00 esté bien diluido y se le pueda dar de manera cumplida pero no lo había podido poner a diluir, entonces lo pusimos a diluir y quedó pues ahí diluyendo, siempre esos medicamentos que se demoran alrededor de 40 minutos en diluir, entonces había que esperar, siempre el retraso era un poquito, se organizó el paciente, se llegó la hora de la tomografía, se alcanzaron a tomar los exámenes, nos fuimos para la tomografía, en la tomografía estuve, llegamos a eso de las 3 de la tarde y estuve hasta las, casi hasta las 5:00 con el paciente en tomografía y con mi auxiliar de enfermería, pues también allá, también en tomografía, llegamos del servicio de tomografía a instalar al paciente que también siempre se demora bastante, entonces pues no pude estar pendiente del señor de la 3 y el señor de la 5, en ese rato organizamos al paciente y le adelanté medicamento de las 6:00 a ese paciente que no era pues como tan, tan estricto, era, no me acuerdo ni que era pero era un medicamento que no requería ser estricto en el horario y no pasaba nada, creo que era una ranitidina y no pasaba nada si se adelantaba, dejamos al paciente cambiado y posterior a eso salí donde el señor de la 3 a ver cómo iba, ya hace ratito tenía la orden de traslado, tenía la habitación en hospitalización lista y pues no se había, no se había podido trasladar, el señor ya estaba un poquito impaciente, intranquilo, la familia estaba pues, ahí también impaciente ya, habían llegado hacía rato y estaban esperando y pues le di el medicamento de las 4:00 y lo trasladé, llamé a hospitalización, entregué al paciente, lo trasladamos y ya cuando eso sucedió pude entonces entrar donde el paciente de la 5, mirar cómo iba, había hecho otra vez deposición, lo cambiamos, lo giramos de posición, le dimos los medicamentos de 4:00 y de una vez le adelanté el medicamento de 6:00 y alguien..., yo había dejado pues pendiente que si le podían montar el antibiótico que estaba diluyendo que era para las 2 de la tarde y bueno, se lo pudieron montar afortunadamente, ya entonces eran como las 6:20 de la tarde me puse a hacer la otra nota de recibo del paciente de la 5 que era el que me faltaba y después de eso pues ya se llegó la hora de entregar turno, entonces ya eran como las 6:45 y yo estaba haciendo mi notica y pues yo no había revisado historias, órdenes nuevas, todo eso, entonces pues empecé a revisar, afortunadamente el paciente de las 3 ya no estaba, que yo pues antes de entregarlo, pues a él si le mire todo, qué tenía pendiente, qué de pronto había de nuevo por ahí, yo ya le había hecho la

nota de recibo, por eso se la prioricé a él y pues de él me faltaba la nota de evolución que era la nota de la 1 de la tarde, que cómo pasó el paciente, y una nota entrega a hospitalización que no era pues la gran cosa, no tenía que ser muy elaborada, y del paciente de la 4 y de la 5 revisar la historia clínica como mirando algo pendiente, procedimientos, exámenes, lo que fuera, entonces hice precisamente eso, afortunadamente pues no había ninguna orden nueva, es decir que no estaba atrasado en nada del hacer pero la evolución del día si había sido como muy escrita, o sea, como pasaron muchos especialistas a ver a los pacientes, entonces había que leer siempre bastantico para poder entregar turno bien porque pues no pude estar en la ronda médica y pues entonces eso hice, me puse a leer en esos 15 minuticos el paciente de la 4, el paciente de la 5, para llenar esa hojita, ese formato de entrega de turno, el que había cogido en la mañana y entregar mi turno de una manera correcta al compañero y al auxiliar que llegaban la noche, entonces haciendo eso se vinieron las 7 de la noche y ya pues finalmente empecé a entregar turno, empecé como a entregar algunas cositas pendientes sobre todo el paciente de la 5 que pues por esa diarrea que tenía, el apósito transparente que uno le pone a los catéteres estaban suciecitos, a pesar de que uno los limpia externamente ellos quedan como suciecitos, se estaban despegando, había una curación pendiente de los catéteres de ECMO que se le insertan al paciente, entonces esas cositas como pendientes, a bueno y en el día también con los exámenes de las 2 de la tarde le tome glucometría a esos pacientes y estaban pues bien afortunadamente y afortunadamente ninguno tenía infusión de insulina porque eso exige tomar glucometría cada dos horas por línea arterial que demora mucho más que hacer una punción y tomar la muestra para la glucometría, entonces me puse a terminar mis noticas de recibo, mis noticas de evolución, las notas de entrega de los pacientes, a mirar de pronto que había pendiente, a actualizar los Kardex electrónicos, que uno en los Kardex electrónicos pone el plan de cuidados del día, que yo pues no había puesto nada de eso, lo que había hecho era pues hablar con la auxiliar y definir de manera verbal lo que íbamos a hacer, los goteos que tiene el paciente, los diagnósticos médicos, el diagnóstico de enfermería, los cuidados de enfermería, la dieta que tiene, los accesos invasivos como catéteres, todos, sondas, las actividades pendientes, entonces todo eso lo actualicé para no entregar eso pendiente y nada, mientras termine todo eso se vinieron las 9 y 30 de la noche, Ah bueno

y ya ni me acordaba, el almuerzo fue después de que baje al paciente del tomógrafo o sea después de las 5 de la tarde, ese fue el almuerzo, a esa hora, y pues bueno ya aliviado pues ya había entregado turno y ya después de que uno entrega turno, a los pacientes, es como liberarse de una carga así salga uno tarde, la auxiliar sí se fue a las 7:40 cuando terminamos de entregar todo pero pues yo sí tenía mis otras responsabilidades en el sistema, entonces me quedé haciendo esas notas. Esa es como la experiencia así que tengo, incluso de hace poco y así como esa muchas.

### **Anexo 3. Narrativa “Desnudando mi conciencia”**

Si algún día me necesitas, estaré firme y decidido a ayudarte, porque tú eres mi paciente ¡Eres mi razón de ser! Aunque para ser sincero, en ocasiones siento que la tristeza, el cansancio, el dolor y la frustración se apoderan de mí, ¡me siento culpable! y ¿cómo no sentirlo? Si como enfermero debí haber evitado que sufieras, que tu piel se lastimara, que sintieras miedo, que mi corta interacción contigo te hiciera sentir abandonado e incluso que tuvieras que esperarme tanto para recibir tus alimentos, aun sabiendo que tu comida estaba ahí, esperándote y retrasándose con ausencia, mientras yo sufría de solo imaginar las ganas que tenías de probar bocado, deleite que no habías podido darte desde hacía varios días por tu situación de salud; pero como evitarlo, si tenía un sinfín de cosas que resolver además de otros pacientes a mi cargo que me impedían llegar a ti, que suplicaban por un poco de atención, una mano que los consolara en medio de tanta incertidumbre y caos. Debo reconocer que me sentí angustiado, que sufrí por ello, y que traté, incluso retrasando mi propia alimentación, de estar contigo, sintiendo en carne propia un estómago vacío que pedía a gritos también comer, mientras yo intentaba ser puntual con tus cuidados.

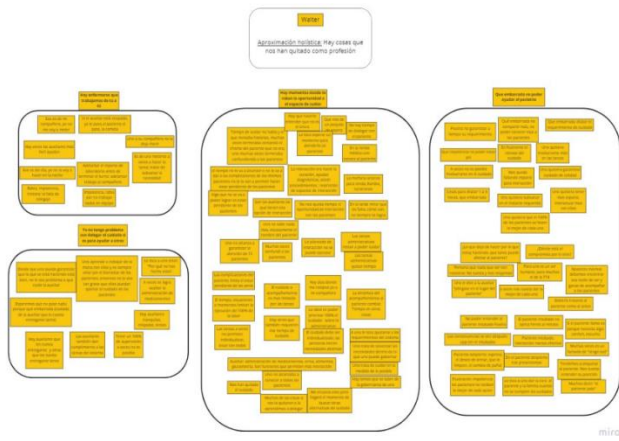
#### Anexo 4. Aproximación holística, de marcaje y línea a línea

En la columna “Aproximación línea a línea”, se encuentra una frase escrita con color negro. Esa es la voz de la participante. Por su parte, las palabras escritas con azul reflejan la voz del investigador, a través del proceso de transformación lingüística.

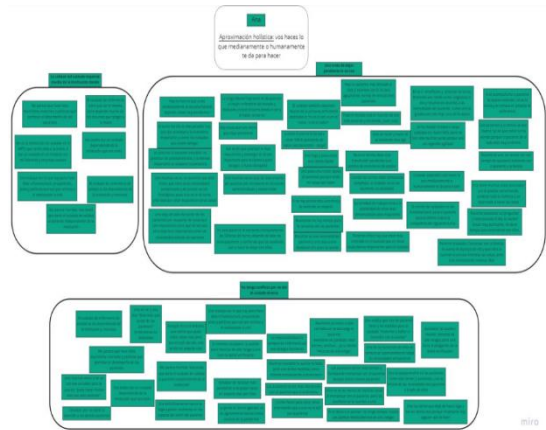
Aproximación Holística	Aproximación selectiva o de marcaje	Aproximación línea a línea
<p>Nunca me he sentido completa, tranquila, no soy capaz de repartirme entre tantas cosas.</p>	<p><b>14</b> - <u>por la carrera, por el afán, el calor a las 3 de la tarde - es algo muy complejo - que si yo hubiera tenido el tiempo</u> pues demás que <u>yo lo hubiera hecho con pertinencia</u></p>	<p>Por la carrera, por el afán, el calor: Hay poco tiempo si yo hubiera tenido el tiempo yo lo hubiera hecho con pertinencia: El tiempo condiciona la pertinencia del cuidado</p>
	<p><b>19</b> - <u>no sé si fue el afán, fue cansancio, pero como la pertinencia con los alimentos</u></p>	<p>No sé si fue el afán, el cansancio: poco tiempo-cansancio La pertinencia con los alimentos: No se es oportuna con ese cuidado</p>
	<p><b>4</b> - <u>sé que a veces no se puede - no es porque yo quiera - no es capaz uno como de repartirse entre tantas cosas</u></p>	<p>A veces no se puede: atender oportunamente No es porque yo quiera: Ella no lo elige Repartirse en tantas cosas: Muchas funciones</p>



### Participante Walter



### Participante Ana



## Anexo 6. Aval ético concedido por el Comité de Ética de Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia (CEI-FE)



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE INVESTIGACION

**Acta N° CEI-FE 2022-14**

**COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN**

**Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004.**

**Lugar y fecha:** Medellín, 9 de mayo de 2022.

**Nombre del proyecto:** *Priorizar, retrasar u omitir los cuidados requeridos por los pacientes: la experiencia del personal de enfermería de dos UCI adultos de un hospital de Medellín.*

**Nuevo título:** *Priorización, retraso u omisión del cuidado: la experiencia de enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo adultos del Valle de Aburrá.*

**Nombres del estudiante investigador de Maestría en Enfermería:** Esteban Gil Vidal. **Asesor:** William Iván López Cárdenas

El Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia luego de revisar el proyecto de investigación con fundamento en los requerimientos de las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), las normas internacionales que regulan la ética de la investigación (Declaración de Helsinki, 2013; Pautas de la CIOMS, 2016) y los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica (Ezequiel Jonathan Emanuel), evalúa lo siguiente:

• **Criterios para la conducción responsable de la investigación:**

1. Asociación colaborativa: El proyecto se realizará con enfermeros que trabajan en el servicio de UCI adultos de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y privadas del Valle de Aburrá, excluyendo la institución donde labora el investigador principal para evitar sesgos y conflictos de interés. El contacto de posibles participantes se realizará a conveniencia por medio de las técnicas de bola de nieve y referencia.

2. Validez científica: La presente investigación se enmarca en el paradigma interpretativo, que permite aproximarse a la comprensión de las experiencias de las personas y colectivos a su mundo subjetivo, mediante la aproximación fenomenológica. Se establecen los criterios de rigor metodológico.

3. Validez social: Suficiente sustentación.

4. Selección equitativa de los participantes: El contacto de posibles participantes se realizará a conveniencia por medio de las técnicas de bola de nieve y referencia. Se establecen criterios de inclusión de los participantes.

5. Razón riesgos/beneficios: Esta investigación está clasificada como de riesgo mínimo. Se establecen conductas para la minimización del riesgo.

6. Evaluación independiente: Se indica que estará a cargo del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

**Protección de los derechos de los sujetos involucrados en la investigación.**

1. Respeto a la autonomía: Está contemplada.

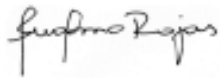
2. Respeto a la confidencialidad: Está contemplada.

3. Consentimiento informado: Anexan formato de consentimiento informado, el cual cumple con lo requerido.

4. Custodia: Estará a cargo del investigador. Será guardada por dos años posteriores a la terminación del estudio para ser utilizada si fuera necesario. Consecutivamente será eliminada del disco duro en el que fue almacenada.

**Conclusión: Se concede aval.**

Esta acta se discutió en reunión extraordinaria virtual el 9 de mayo de 2022 con la participación de Johana Giraldo (Abogada), Patricia Jaramillo (Representante externa), María Angélica Arzuaga (Representante de los profesores), Patricia Jaramillo (Representante externa) y Juan Guillermo Rojas (Representante de los investigadores). Cualquier cambio o modificación al proyecto debe ser notificado al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia para su revisión.



Firma

**Juan Guillermo Rojas**

c.c. 71706884

Presidente CEI-FE

Profesión: Enfermero, Mg. y PhD en Enfermería.

Cargo actual: Docente

Institución: Universidad de Antioquia

Comité para la evaluación del componente ético en las investigaciones

Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia

## Anexo 7. Consentimiento informado

### Consentimiento informado

**Proyecto:** Retrasar u omitir el cuidado de enfermería: la experiencia de enfermeras de Unidades de Cuidado Intensivo adultos en Medellín.

**Datos del investigador:** Esteban Gil Vidal, estudiante de la VI cohorte de la maestría en enfermería, Universidad de Antioquia. celular: 3013109890 email: esteban.gilv@udea.edu.co

El presente estudio busca comprender su experiencia frente a aquellos turnos laborales donde sus actividades se atrasaron, debiste priorizar algunos cuidados dejando los otros para más tarde o incluso, tuviste momentos en los que no completaste la atención de los pacientes. Se explorarán sus emociones, sentires y opiniones con el objetivo de entender la manera en que se desarrolla su práctica de cuidado, es decir, sus dilemas y conflictos internos frente a la práctica, sus necesidades profesionales, dificultades y sentimientos desatados a partir de su vivencia. El propósito fundamental será que las instituciones de salud, universitarias y gremiales reconozcan un problema que está presente en la práctica de enfermería a nivel local y puedan diseñar estrategias que favorezcan ambientes de trabajo apropiados para la práctica de enfermería, es decir, que le genere al trabajador motivación, crecimiento, bienestar, tranquilidad y satisfacción por su labor, lo cual influirá de manera positiva en la calidad de la atención y los resultados en salud.

Su participación en el estudio es voluntaria. Se dará por medio de una conversación fenomenológica con el investigador y usted podrá negarse a responder las preguntas que considere. El encuentro tendrá una duración estimada de 30 a 60 minutos. Se realizará en un horario no laboral y en el lugar de su preferencia, bien sea de manera presencial o virtual según su elección. Además, se solicitará su autorización para grabar la conversación en audio con el objetivo de transcribirla. Por último, se espera tener con usted al menos dos sesiones: la primera para recoger la experiencia y un segundo momento para validar la información que se analice.

Para proteger su privacidad, se le asignará un nombre ficticio y un código lo cual garantizará la confidencialidad de su identidad. Asimismo, el nombre de la institución donde labora no será revelado y su participación no modificará sus condiciones laborales actuales. La información que usted suministre tendrá únicamente fines académicos y será custodiada de manera que sólo el investigador tendrá acceso a ella, haciendo el mismo la transcripción y el análisis de los datos.

El participante debe saber que según la resolución 8430/1993, el presente estudio se clasifica como investigación de riesgo mínimo, representando un riesgo de tipo emocional, ya que, al querer conocer la experiencia, se pueden evocar situaciones emocionales que generen malestar. Para atenuar dicho riesgo, se brindará un espacio de confianza, comodidad y privacidad, además de permitirle autonomía para negarse a responder algunas preguntas de la entrevista o retirarse de la misma sin que ello represente sanciones. En caso de requerirlo se podrá orientar a servicios de escucha psicológica disponibles en su EPS o los que hacen parte de las acciones de salud pública del municipio de Medellín como los escuchaderos.

**Compromisos del investigador:**

- Protección de su identidad y garantía total de confidencialidad de la información.
- Socialización de los resultados con todos los participantes al terminar la investigación.
- Respetar el retiro voluntario del estudio en el momento que usted lo desee.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_

¿Acepta de manera voluntaria participar de la entrevista sobre su experiencia de cuidado en la Unidad de Cuidado Intensivo?

Acepto: \_\_\_\_\_ No acepto: \_\_\_\_\_ Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_