

ENFERMERÍA ¿UNA PROFESIÓN EN CRISIS? EL CASO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN- COLOMBIA

MARLENY ZAPATA HERRERA

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Colectiva

Asesora Ph. D. Gloria Margarita Alcaraz L. Profesora Maestría en Salud Colectiva

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MEDELLÍN 2008

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN .	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . .	5
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO .	13
3. MARCO TEÓRICO . .	15
3.1 . LA SATISFACCIÓN .	15
3.2 . REFERENTES HISTÓRICOS DE LA PROFESIÓN . .	19
3.3 . LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA .	20
4. METODOLOGÍA .	23
4.1 . POBLACIÓN Y MUESTRA .	24
4.2. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES . .	24
4.3. ACCESO AL CAMPO .	25
4.4. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA . .	26
4.5. OBSERVACIÓN .	27
4.6. DIARIO DE CAMPO .	27
4.7. BÚSQUEDA DOCUMENTAL .	28
4.8. ANÁLISIS .	28
4.9. VALIDEZ .	29
4.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS .	29
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .	33
5.1 . EL SER ENFERMERA: SER EN SÍ O SER PARA SÍ .	34
5.1.1. Ser en sí .	38
5.1.2. Ser para sí .	41
5.2 ENTRE EL ROL Y LA IDENTIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .	47
5.2.1. Rol . .	48
5.2.2. Identidad . .	49

5.3 . LA SATISFACCIÓN, UN CONCEPTO AMBIVALENTE .	66
6. CONCLUSIONES . .	81
7. RECOMENDACIONES .	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .	87
ANEXOS .	95
ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA 1 .	95
ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA 2 .	96
ANEXO 3. GUÍA DE OBSERVACIÓN- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA .	97
ANEXO 4. GUÍA DE OBSERVACIÓN DE CAMPO .	97
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA . .	98

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud en Colombia y el recurso humano de enfermería no han sido ajenos a la problemática de la prestación de servicios en salud de América Latina y otros países del mundo. Dicha crisis ha sido ocasionada por las reformas políticas en salud, la influencia de la globalización y la desatención en la planificación del recurso humano en salud. Todo esto lleva a una perspectiva médico asistencial y una concepción de seguridad social como simple mecanismo de aseguramiento y rentabilidad económica, de mirada tradicional biologista al proceso salud–enfermedad²⁶, desconociendo las necesidades de salud de las poblaciones y la calidad de vida de cada sujeto social.

Esta concepción del Sistema de Salud se constituye hoy en uno de los obstáculos para brindar un cuidado de la salud con calidad y trae como consecuencia una situación de crisis, ya identificada por organismos internacionales (como el Consejo Internacional de Enfermería CIE¹¹¹, Silvina M. Malvarez y María Consuelo Castrillón¹⁰³ en Latinoamérica), en relación a la inequidad en la composición y distribución de la fuerza de trabajo en enfermería, la recarga laboral, las condiciones desfavorables de contratación y la desmotivación laboral de las enfermeras. Esta crisis se ve reflejada en la insatisfacción, el abandono de los cargos, la escasez del recurso humano y la disminución de un cuidado de calidad.

En este contexto de trabajo en salud (donde la satisfacción ha sido poco explorada desde el ser enfermera en su interrelación con el paciente y el equipo de salud y en la cotidianidad del hospital), nos preguntamos: ¿Cómo es la satisfacción del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de adultos de Medellín y el área

metropolitana?

¿Cuáles son los factores que intervienen en la satisfacción del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de adultos de Medellín y el área metropolitana?

El contexto internacional y el colombiano muestran una tendencia al incremento de la insatisfacción en las enfermeras por el deterioro de las condiciones de trabajo y el aumento de la carga laboral. Por lo tanto se debe estudiar este fenómeno y su implicación en la praxis de enfermería.

La insatisfacción de las enfermeras en Colombia se relaciona con la pérdida de garantías laborales por la reforma del Sector Salud y con la escasa presencia del profesional en las organizaciones gremiales, sindicales y de educación continua, por lo tanto se requiere la participación del colectivo de enfermeras y de las agremiaciones para la garantía del ejercicio profesional y de la seguridad laboral y, por ende, la satisfacción del profesional.

La satisfacción ha sido poco explorada desde el ser enfermera en su interrelación con el paciente, el equipo de salud y la cotidianidad del hospital. La mayoría de los estudios explorados tienen un enfoque cuantitativo, con énfasis en las estructuras administrativas y centrado más en los fenómenos objetivos, observables y mensurables de la satisfacción. Se requiere otra mirada de este fenómeno como algo esencialmente humano que implica una relación con el otro.

La proyección del estudio es que sea una pista o señal para la academia, las instituciones y el colectivo del profesional de enfermería que les permita redimensionar la praxis de enfermería, para alcanzar un nivel de desempeño satisfactorio que redunde en el liderazgo profesional, disciplinar y el reconocimiento social.

Las preguntas han sido claves para el planteamiento del estudio y la estructuración del proyecto; no surgieron de inmediato sino que han tenido transformaciones, y una vez definidas las preguntas, como resultado del análisis, de la revisión bibliográfica y del planteamiento del problema, no hubo dificultad para formular los siguientes objetivos del proyecto:

- Conocer y comprender la satisfacción o insatisfacción del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de Medellín y área metropolitana.
- Describir los factores que contribuyen a la satisfacción o insatisfacción del profesional de enfermería.

El estudio que les presento, tuvo como nombre inicial: La satisfacción del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de Medellín y el área metropolitana, y posteriormente se cambió por el de Enfermería ¿una profesión en crisis? el caso en la ciudad de Medellín, al retomar los resultados que nos muestra el estudio.

Al avanzar en el proceso metodológico, centrado en la etnografía focalizada con la recolección de información, el análisis de los datos y la contrastación teórica, surgen las tres categorías principales del estudio que analizo en cada uno de los capítulos: El ser enfermero/a: ser en sí o ser para sí; entre el rol y la identidad del enfermero/a y el sentir

del enfermero/a en el contexto actual: la satisfacción como un concepto ambivalente. Estas tres categorías me llevan a concluir que estamos frente a una profesión en crisis por la pérdida de identidad y de autonomía de las enfermeras(os) para ejercer su profesión.

Los resultados del estudio me han permitido entablar una discusión y hacer una reflexión sobre las categorías del estudio con los ejes teóricos y la contrastación de los resultados con otros estudios. Aún falta mucho por discutir y analizar en esta temática, pero los resultados y la discusión me llevan a considerar la crisis del profesional y la pérdida de autonomía de las enfermeras para ejercer su profesión. . Presentaré de forma breve cada uno de los capítulos:

El ser enfermera: ser en sí o ser para sí: El énfasis está en lo personal. Antes de pensar en la enfermería como una disciplina profesional práctica, debemos centrar la atención en el ser enfermero/a: ser en sí o ser para sí, a quien se le asigna la difícil misión de cuidar a otro ser en el mundo de la vida diaria. Busco comprender y describir ese ser enfermera subjetivo.

Entre el rol y la identidad del profesional de enfermería: el énfasis está en lo social. La construcción de la identidad del profesional de enfermería es un proceso intersubjetivo, dinámico, que pasa por una serie de cambios positivos y negativos, luchas, construcciones y deconstrucciones; lo que es para sí y lo que es para los demás. El rol es la representación de la identidad en la sociedad y lleva implícito la norma de la organización.

El sentir de la enfermera(o) en el contexto actual: la satisfacción, un concepto ambivalente: la discusión por la satisfacción del profesional de enfermería giró en torno al sentir de las enfermeras en una relación intersubjetiva con el personal de la institución, con las directivas de la organización, con las personas enfermas y sus familias en la cotidianidad de una sala de hospitalización en el Sistema de Salud colombiano.

Se observa en este estudio un sacrificio de su ser enfermera, como parte de su identidad, en aras de ganar un reconocimiento; una pérdida de autonomía en sus roles profesionales por cumplir funciones asignadas, y una pérdida de la individualidad del cuidado por su delegación. Esto señala una crisis en la identidad del profesional de enfermería y la necesidad de replantear otros paradigmas en la complejidad para abordar esta problemática.

Este proyecto no surgió de mi iniciativa personal puesto que cuando ingresé a la Maestría de Salud Colectiva, en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, tuve la oportunidad de vincularme a un estudio que habían propuesto dos investigadoras del grupo de investigación GIPECS: “La práctica de Enfermería en el contexto social”; este macroproyecto: “La satisfacción del/la enfermero/a y la relación con la calidad del cuidado del paciente”, ofrecía la vinculación a un estudiante de maestría que estuviese interesado; por las características del estudio se prefería una enfermera(o)

No tomé la decisión inmediatamente. Reflexioné un poco con relación a dos aspectos: el primero, la motivación personal para vincularme al estudio, y segundo, mi condición de profesora de enfermería. Ampliaré estos dos aspectos un poco: a) La temática del macroproyecto me llamó la atención porque la enfermería está afrontando

cambios y transformaciones desde lo disciplinar, desde la práctica y desde el ser enfermera. Consideré que era una oportunidad de ser partícipe e intermediaria en la interpretación de la realidad social del profesional de enfermería y la vez aportar a la transformación. Había estado un poco alejada de la práctica de enfermería en el hospital, pero me agradó tener nuevamente la experiencia de compartir con este colectivo. b) Desde mi ejercicio como profesora de enfermería vislumbré la oportunidad de acercamiento a la realidad social de dichos profesionales y a la articulación con mi práctica docente.

Otro aspecto que influyó en mi decisión de vincularme al proyecto fue la oportunidad de contar con unas excelentes asesoras y compañeras de trabajo de amplia trayectoria investigativa.

Para la presentación del informe escrito es necesario hacer precisión sobre algunos términos empleados:

a) Enfermera-enfermero: Si bien el estudio hace alusión a los términos de género de enfermera y enfermero, debo aclarar que sólo usaré el término de enfermera por ser más representativo de la población estudiada, además de dar claridad al análisis de los datos y disminuir el espacio escrito del texto.

b) Términos filosóficos entre comillas: si bien los filósofos expresan los términos del "ser en sí" y el "ser para sí", entre comillas, debo aclarar que no pretendo en este texto hacer una discusión desde los términos filosóficos, por lo tanto no usaré las comillas en el análisis. Mi objetivo es acercarme a estos términos a través de ciertos autores y hacer algunas interpretaciones a la luz de algunas categorías del estudio.

Quiero agradecer de manera especial por su acompañamiento en todo el proceso del proyecto investigativo, a la doctora Gloria Margarita Alcaraz L., por su calidad académica, profesional y humana. La experiencia fue exigente, pero a la vez una experiencia maravillosa de aprendizaje en la que he participado junto con mi grupo de compañeros de la Maestría en Salud Colectiva. El grupo de profesores y los participantes del estudio han constituido un equipo pluridimensional y de contribución a mi formación como investigadora, además de ser un aporte significativo personal y profesional.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El profesional de enfermería, en su práctica de cuidado del paciente, establece una relación intersubjetiva y terapéutica con el otro, llámese paciente, familia o equipo de salud, y de esta relación en contexto surge la satisfacción o insatisfacción que requiere ser comprendida y conocida porque se constituye en un requerimiento para la construcción de la identidad profesional. Como lo afirma Zas, B1, la satisfacción es un fenómeno esencialmente humano que se inicia en el sujeto y culmina en el mismo, un fenómeno en esencia subjetivo desde su naturaleza hasta la propia interpretación de su presencia o no. La satisfacción no es sólo la evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, “desde y con el otro”.

Abordaré inicialmente el planteamiento de este problema desde los estudios de la satisfacción realizados en Norteamérica, seguido por los estudios hechos en España, Latinoamérica y finalmente en Colombia.

Son pocos los estudios que indagan por la satisfacción desde la práctica de enfermería profesional. La satisfacción se ha estudiado más desde los resultados de los indicadores generales de calidad y desde el paciente. En los últimos años, en Norteamérica se ha estudiado este fenómeno teniendo como centro el “ser enfermera”. En España y en Latinoamérica ha sido evaluado principalmente por indicadores de calidad y por mediciones cuantitativas del grado de satisfacción. En Colombia son pocos los estudios que indagan por la satisfacción del profesional de enfermería, y los que se encuentran, realizados a finales de la década del 90, coinciden con la instauración de la reforma al sector salud. Nos preguntamos entonces ¿Cómo está la satisfacción del

profesional de enfermería?

En Norteamérica, según la Nurses Association's Nacional (ANA)², en su base de datos El National Center for Nursing Quality (NCNQ), que es el indicador más grande en su clase de la calidad del cuidado de enfermería, en una encuesta realizada a 76.000 enfermeras de todo el país, se encontró que la mayoría registran la satisfacción más baja con respecto a la toma de decisiones, a la carga excesiva de trabajo y al salario. Los niveles de la satisfacción profesional varían, dependiendo del tipo de unidad en el cual laboran. Por ejemplo, quienes se desempeñan en el área maternal, recién nacido y pediátrico reportan los niveles más altos del disfrute total del trabajo, mientras que quienes trabajaban en áreas de quirúrgica y de emergencia divulgan los más bajos.

Linda Aiken et al, realizan un estudio con 43.000 enfermeras de más de 700 hospitales de de los EEUU, Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania; dicho estudio muestra que el índice de insatisfacción laboral se sitúa entre el 17% en Alemania, y el 41% en los EEUU. La insatisfacción se ve reflejada en el alto porcentaje de enfermeras que pensaban dejar su trabajo actual, que oscilaba entre el 17% en Alemania y el 39% en Inglaterra.

Kendall, K4, en los resultados de su estudio, demuestra que la satisfacción de la enfermera tiene un efecto significativo en la satisfacción del paciente y con el cuidado de enfermería que recibe. Además, señala que el acoplamiento entre la satisfacción-paciente y la satisfacción-enfermera se ha explorado poco, a pesar de encontrarse abundante literatura sobre el tema.

Fletcher, CE 5, encuentra parte de la explicación del descontento en la mayoría de las enfermeras en relación con la satisfacción y la seguridad de los pacientes, traducido en la culpabilidad de no poder ofrecer el cuidado de enfermería con más entrega, pero también expresaron que la carencia del cuidado obedecía a cambios administrativos en la provisión y asignación del personal y a otros factores extrínsecos al trabajo como la seguridad en el empleo, el sueldo, los beneficios complementarios y el horario del trabajo, considerados factores importantes en la satisfacción profesional.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y ANA² han identificado un efecto secundario de la satisfacción o insatisfacción en el trabajo, que se ve reflejado en la movilidad que tienen las enfermeras para cambiar de empleo y se constituye en un problema grave. Dicho fenómeno se ve reflejado tanto en los países desarrollados como el Reino Unido, EEUU y Canadá, como en países en desarrollo, entre ellos Sudáfrica y Senegal⁶.

Los autores Zurn, P Dolea, C y Stilwell, B⁶, presentaron un estudio para la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulado Contratación y retención de las enfermeras: formación de unos recursos humanos motivados; para ello revisaron investigaciones realizadas desde la década de los noventa hasta el 2004. Los resultados de este estudio señalaron como indicadores de insatisfacción los puestos vacantes y la rotación del personal. La situación anterior trae consecuencias en la atención en salud, como una productividad de menor calidad, la recarga laboral para quienes están trabajando y el aumento de los costos por la contratación y el entrenamiento de personal nuevo.

Kanungo, RN, Mendoza, M7; Bennett S, Franco, LM8, encontraron en sus estudios que al evaluar los factores que influyen en la motivación desde una perspectiva política, se identifican tres elementos claves que influyen decisivamente en la decisión de las enfermeras de abandonar los puestos de trabajo: La competencia para hacer su trabajo, la motivación del personal y el apoyo de la organización³.

Hasselhorn, HM et al⁹, en el estudio NEXT, (estudio de casos de abandono de la profesión por enfermeras) hecho en 11 países europeos sobre unos 40.000 enfermeros/as, indicó una relación evidente entre la satisfacción laboral y la intención de abandonar la profesión; cuanto mayor era la insatisfacción en el trabajo, mayor era la intención de dejar la profesión. Las enfermeras abandonan el sector de la enfermería para encontrar otro trabajo que les ofrezca unas mejores condiciones laborales en términos de horario, mayor remuneración, más seguridad en el entorno del sector salud, o que les permita cuidar de su casa y su familia.

Según la encuesta realizada por la Federación de Enfermeras y Profesionales de la salud de los EUA (FEPS, 2001), la mitad de las enfermeras especialistas actualmente contratadas había pensado en los dos últimos años abandonar su trabajo por motivos diferentes a la jubilación. Las principales causas de falta de motivación eran: dotación inadecuada de personal, sobrecarga de trabajo y mayor número de horas extras laboradas. “A pesar de que algunas encuestas revelan que un aumento de sueldo podría animar a las enfermeras a permanecer en su puesto de trabajo, el dinero no siempre se cita como la razón principal de la falta de satisfacción en el trabajo”⁶.

Pearson, R et al, en una encuesta al personal del National Health Service, de Londres, al preguntarles a los trabajadores de la salud por sugerencias para mejorar sus vidas laborales encuentra en la lista que la opción de “mejores sueldos” figuraba sólo en el cuarto lugar y en los primeros lugares figuraban “más personal”, “mejores condiciones de trabajo” y “más medios”¹⁰.

Los estudios revisados sobre la satisfacción en Norteamérica nos indican que existe una tendencia general al incremento de la insatisfacción de la enfermera, más evidente en los países desarrollados, porque han estudiado el fenómeno, lo han evidenciado, y se avanza con estudios que identifican categorías relacionadas con la satisfacción e insatisfacción tales como la productividad, la calidad del servicio, el empoderamiento, la estabilidad laboral y el síndrome del burnout⁵. Estas categorías que se están estudiando en Norteamérica las podemos identificar más desde el ser del enfermera, diferente a los países en vía de desarrollo donde predominan más categorías de índole administrativo y laboral, como son los sistemas de contratación, la organización administrativa y los bajos salarios, por nombrar algunos. También se diferencia una categoría importante que es la cultural, caracterizada por la forma de concebir los derechos a un trabajo digno, puesto que en los países desarrollados lo han logrado pero nosotros tenemos mucho por trabajar a este respecto.

Se revisaron diez estudios en España y Latinoamérica sobre la satisfacción laboral de la enfermera. Destaco algunas características de insatisfacción que indican los estudios:

Sarella, LH y Paravic, KT¹¹ en Chile; Jiménez, E y Perez, E¹², en España ; Garcia,

S et al13, en España, muestran los factores que más influyen negativamente en la satisfacción de las enfermeras y que son: la política de la empresa, la remuneración económica, la organización administrativa, el sistema de contratación, la relación entre dirección y trabajadores y la sobrecarga de trabajo.

Sarella, LH y Paravic, KT11, en Chile; Fernández, MI et al14 en España, señalan la variable de promoción de cargo como una de las que más insatisfacción genera.

Las enfermeras consideran que son muy pocas las oportunidades de promoción de cargo, y que cuando aparecen tiene un manejo poco transparente.

García, S et al13 en España, identifican como causas principales de estrés laboral en el personal de enfermería de Madrid, los factores relacionados con el sufrimiento del paciente, la muerte y la sobrecarga de trabajo. Señala, además, que el profesional de enfermería está expuesto de forma significativa a un mayor nivel de estresores laborales que las auxiliares de enfermería, por la sobrecarga de trabajo y las políticas de la empresa.

Para Sarella, LH y Paravic, KT11, en Chile, la insatisfacción también se genera por actividades realizadas que no guardan ninguna relación con la profesión, como los trámites de reparación y mantenimiento de los equipos, la consecución de suministros hospitalarios, entre otros, que ocupan su tiempo, restándole a las actividades que verdaderamente le competen.

Parada, ME et al15, al medir el grado de satisfacción laboral en un estudio realizado en Venezuela, obtuvo que 45,9% de los trabajadores presentan insatisfacción por factores intrínsecos debido a la falta de autonomía, la falta de reconocimiento, la gran responsabilidad en la variedad de tareas que deben realizar y las pocas posibilidades de promoción de cargos. El 38,5% reporta disminución en la satisfacción extrínseca, debido a las malas relaciones interpersonales, las inadecuadas condiciones de trabajo, el descontento con el salario, el modo de gestión en la institución, el horario de trabajo y la falta de estabilidad en el empleo.

En los estudios de Urricelqui, A y Sanz, AC16 en España; Sarella y Paravic11, en Chile, también se destacan como causas de mayor satisfacción laboral del profesional de enfermería acciones propias del trabajo como la administración del cuidado y la atención directa al paciente y su familia.

Linda Aiken, Mullin, M 17 mencionan la existencia de hospitales con magnetismo, con una cultura hospitalaria que influye positivamente en la satisfacción laboral, que permite a la enfermera independencia para actuar dentro de su ámbito profesional.

Fernández, MI et al14 en Madrid, identifican como causas de satisfacción laboral las buenas relaciones con los compañeros de trabajo, el superior inmediato y el horario de trabajo.

Sarella, LH y Paravic, KT, en Chile identifican una correlación altamente positiva entre la satisfacción laboral de la enfermera y la satisfacción con su vida personal.

Al comparar las enfermeras que laboran en instituciones públicas y privadas, se encontró una mayor satisfacción en las privadas, lo cual obedece a unos mejores sistemas de contratación y a la cultura organizativa que influye positivamente en la

satisfacción laboral^{16,18}.

En relación con las áreas de desempeño, las enfermeras se encuentran más satisfechas en el área comunitaria y de atención primaria que en la hospitalaria^{16, 19}, porque les permiten una mayor cercanía, familiaridad y trato humano a los pacientes de la comunidad, diferente a quienes ejercen en el área urbana hospitalaria, con los cuales se tiene un trato más distante y específico desde lo científico y lo técnico²⁰. El único factor que provoca insatisfacción al laborar en el área comunitaria es la dificultad para el desplazamiento al domicilio del paciente y el que genera un nivel medio es la coordinación con el resto del equipo y con el médico¹³.

En los estudios también se observan características sociodemográficas del profesional de enfermería que influyen en la satisfacción laboral tales como: ser más joven, llevar menos tiempo laborando en el medio hospitalario y ser especialista, lo cual favorece la satisfacción. En lo referente al sexo no se muestra un contraste significativo importante^{11, 16}.

Estos estudios son menos numerosos que los realizados en Norteamérica y Europa, pero también muestran una satisfacción moderada en el profesional de enfermería, que está relacionada con indicadores mensurables de los Sistemas de Salud de los países y las políticas institucionales. Es de anotar que los países desarrollados presentan unos contextos laborales más favorables que en Colombia y, aún así las enfermeras de estos estudios manifiestan una satisfacción moderada en su práctica, y empiezan a surgir indicadores de insatisfacción. Me pregunto entonces ¿Cómo está la satisfacción del profesional de enfermería que labora en una institución hospitalaria en el contexto actual del Sistema de Salud en Colombia?

La situación de la enfermería en Colombia no ha sido ajena al influjo de la reforma del Sector Salud, influenciada por la tendencia de un modelo económico neoliberal. Son muy pocos los estudios en nuestro país que han evaluado la satisfacción del profesional de enfermería antes y después de la reforma, que puedan direccionar hacia el comportamiento de la satisfacción y hacia cuáles son los factores relacionados. Se revisó el estudio de Lozada, E et al²¹, donde se analizan los resultados de quince investigaciones en Colombia, cuyo objeto de estudio fue la práctica de enfermería en áreas temáticas así: formación del recurso humano, actitudes frente a la profesión, evaluación del desempeño profesional, características socioeconómicas, condiciones de trabajo y salud ocupacional. Uno de estos estudios es la Evaluación del desempeño profesional de las enfermeras egresadas de la Universidad de Caldas (1975-1984)" que contempla la categoría de la satisfacción por su desempeño profesional. El 63,0% de las egresadas estaban satisfechas con su desempeño profesional mientras que el 37,0% de ellas no lo estaba.

Las autoras coinciden en afirmar que el profesional de enfermería, en su mayoría, se desempeñaba en el área de asistencia hospitalaria, con gran habilidad para el manejo de este tipo de pacientes y en la administración de servicios de enfermería y toma de decisiones, pero también concluyen que la carga laboral es pesada, al igual que las jornadas de trabajo, porque tienen que suplir funciones de provisión de suministros, mantenimiento de equipos y comunicaciones, lo cual les resta tiempo para dedicarse a

los cuidados de los pacientes. Esta situación afecta la calidad de la atención y produce un mayor desgaste y deterioro de la salud. Como se observa, este estudio no trabaja la categoría satisfacción como tal, pero sí hace alusión a factores relacionados.

En el estudio de Laverde, LA et al²² sobre la situación del profesional de enfermería y el personal auxiliar de enfermería en el servicio de urgencias, se exploró la satisfacción laboral teniendo en cuenta sus factores intrínsecos y extrínsecos.

Algunos de los que generaban insatisfacción en el profesional de enfermería estaban relacionados con las políticas en salud, que exigían a las instituciones prestadoras de servicios de salud cambios administrativos constantes como los procesos de admisión y facturación, entre otros. Otro aspecto para destacar es que el personal de enfermería que trabaja en urgencias se adapta en apariencia a las carencias materiales y emocionales del medio, disminuyendo el nivel de exigencias para su bienestar laboral físico, emocional y social” 22.

En el estudio de Correa, AE et al²³ ,Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud, municipio de Medellín 1999, se evaluó el grado de satisfacción laboral del profesional de enfermería, mostrando una tendencia global a la insatisfacción en cuatro de las trece variables evaluadas: sistema de promoción de cargos, disponibilidad de tiempo para participar en investigaciones, facilidades de capacitación profesional, incentivos salariales; y demostró satisfacción en las nueve restantes: jornada laboral y disposición de turnos, disponibilidad de tiempo para el cumplimiento de las funciones asignadas, disponibilidad de los recursos humanos, materiales y tecnológicos, autonomía en la toma de decisiones, posición en la estructura jerárquica de la institución, apoyo administrativo y disponibilidad de elementos de protección personal.

Al relacionar la satisfacción laboral por grupos de edad, el estudio de Correa, AE et al, encontraron una tendencia a la insatisfacción en las enfermeras de mayor edad en las variables anteriormente señaladas. Otro aspecto que llama la atención es la menor satisfacción de la enfermera en las entidades públicas que en las privadas. Lo anterior obedece posiblemente a los sistemas de contratación y a la crisis por las que están pasando las instituciones públicas de reorganización administrativa por la instauración de la Ley 100.

El estudio realizado por Lozada, E et al²¹, concluyen que la “reforma a la Seguridad Social en Colombia fue identificada como responsable de los cambios de la práctica de enfermería, que se manifiestan en insatisfacción del personal con la institución, deterioro de las condiciones de trabajo, aumento de la carga laboral, inestabilidad y baja remuneración”. A lo anterior se agrega la angustia de los trabajadores por la responsabilidad civil de sus actos²⁴.

Asimismo, Velandia, AL²⁵ plantea que las mujeres se han visto más afectadas que los hombres por la reducción del empleo, específicamente en los sectores de la educación y la salud (Organización Internacional del Trabajo,1998). Los procesos de reforma suelen ir acompañados de recorte de personal, congelación de vacantes, sustitución de empleos de tiempo completo por tiempo parcial, pérdida de derechos laborales que ocasionan al profesional de enfermería una gran insatisfacción por la

pérdida de estabilidad laboral, desprotección de la Seguridad Social y escasa participación en las organizaciones gremiales, de educación continua y de bienestar social.

Romero, MN26, señala que las políticas en el actual Sistema de Salud en Colombia tienen una perspectiva curativa y no de rentabilidad social, que se ve reflejada en la concepción de Seguridad Social como simple mecanismo de aseguramiento, y a la gestión en salud, con un fuerte direccionamiento hacia la rentabilidad económica de las instituciones de salud. Lo anterior dificulta brindar un cuidado de la salud íntegro y de calidad por parte del profesional de enfermería.

La misma autora²⁶ señala que las políticas en salud han llevado a muchas instituciones prestadoras a disminuir cargos de profesionales de enfermería para contratar mano de obra no calificada, lo cual va unido al aumento de la carga laboral, la baja remuneración, la falta de estímulo para la capacitación y otros factores que configuran unas condiciones precarias de trabajo, en desmedro de los profesionales de enfermería y de su formación. Dicha política deja en segundo plano el impacto negativo que se genera sobre la calidad de la atención y del cuidado de enfermería, con un aumento de las infecciones nosocomiales, la disminución de los estándares de seguridad, el aumento del día hospitalario, del error humano y de los costos, lo cual se ve reflejado en la insatisfacción de los pacientes y del profesional de enfermería.

La mayoría de los estudios existentes sobre la satisfacción del profesional de enfermería tienen un enfoque cuantitativo, y sólo uno trabajó con un enfoque cualitativo. Las técnicas utilizadas fueron los cuestionarios y diferentes escalas evaluativas de la satisfacción e insatisfacción, entre ellas la escala de Likert, la escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall, el Índice Descripción del Trabajo (IDT) y Maslach Bournout Inventory (MBI) y la escala de la satisfacción del paciente (LOPSS).

Como se puede observar, los estudios acerca del tema se han centrado más en los fenómenos objetivos, observables y mensurables de la satisfacción, como la evaluación de políticas y estructuras administrativas del escenario laboral. Es poco lo que se ha estudiado de la satisfacción en nuestro medio, en relación con los factores personales, emocionales y del comportamiento de la enfermera, por lo tanto se requiere otra mirada de este fenómeno por ser esencialmente humano e implicar una relación con el otro. El enfoque cualitativo sí puede dar cuenta de la satisfacción desde el sentimiento, el significado de ser enfermera en el acto del cuidado, en la cotidianidad del escenario hospitalario. Nos preguntamos ahora, en el contexto de los servicios de salud y de la estructura de gestión del cuidado de enfermería: ¿Cómo está la satisfacción del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de adultos de Medellín y el área metropolitana?

¿Cuáles son los factores que intervienen en la satisfacción del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de adultos de Medellín y el área metropolitana?

Se proyecta que el estudio sea una pista o señal para la academia, las instituciones y el colectivo del profesional de enfermería que les permita redimensionar la praxis de enfermería para alcanzar niveles de desempeño satisfactorio que redunden en el

liderazgo profesional y disciplinar.

El contexto internacional y colombiano muestra una tendencia al incremento de la insatisfacción en las enfermeras por el deterioro de las condiciones de trabajo y el aumento de la carga laboral. Por lo tanto se debe estudiar este fenómeno y su implicación en la praxis de enfermería.

Organismos internacionales como la OMS y el CIE han detectado la escasez del recurso humano en enfermería. Es así como la planificación y la motivación del recurso humano en enfermería se constituyen en prioridad para los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el sector salud.

La insatisfacción en las enfermeras en Colombia se relaciona con la reforma del Sector Salud, con la disminución de las condiciones laborales y con la escasa presencia del profesional de enfermería en las organizaciones gremiales, sindicales y de educación continua. Por lo tanto se requiere la participación del colectivo de enfermeras y de las agremiaciones para la garantía del ejercicio profesional y de la seguridad laboral.

Se requiere identificar los factores intrínsecos y extrínsecos que afectan la satisfacción o insatisfacción de las enfermeras en el medio hospitalario con el objetivo de potencializarlos o de controlarlos.

Continuar la discusión académica y la investigación con proyección social en esta línea de investigación que aborda la satisfacción del profesional y otras categorías relacionadas, como la autonomía, la calidad del cuidado, el liderazgo, la identidad profesional y la productividad, entre otras.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Conocer y comprender la satisfacción o insatisfacción del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de Medellín y el área metropolitana.

Describir los factores que contribuyen a la satisfacción o insatisfacción del profesional de enfermería.

3. MARCO TEÓRICO

En el marco teórico se exploran dos categorías que ya se venían dilucidando en el planteamiento del problema la satisfacción y el profesional enfermería.

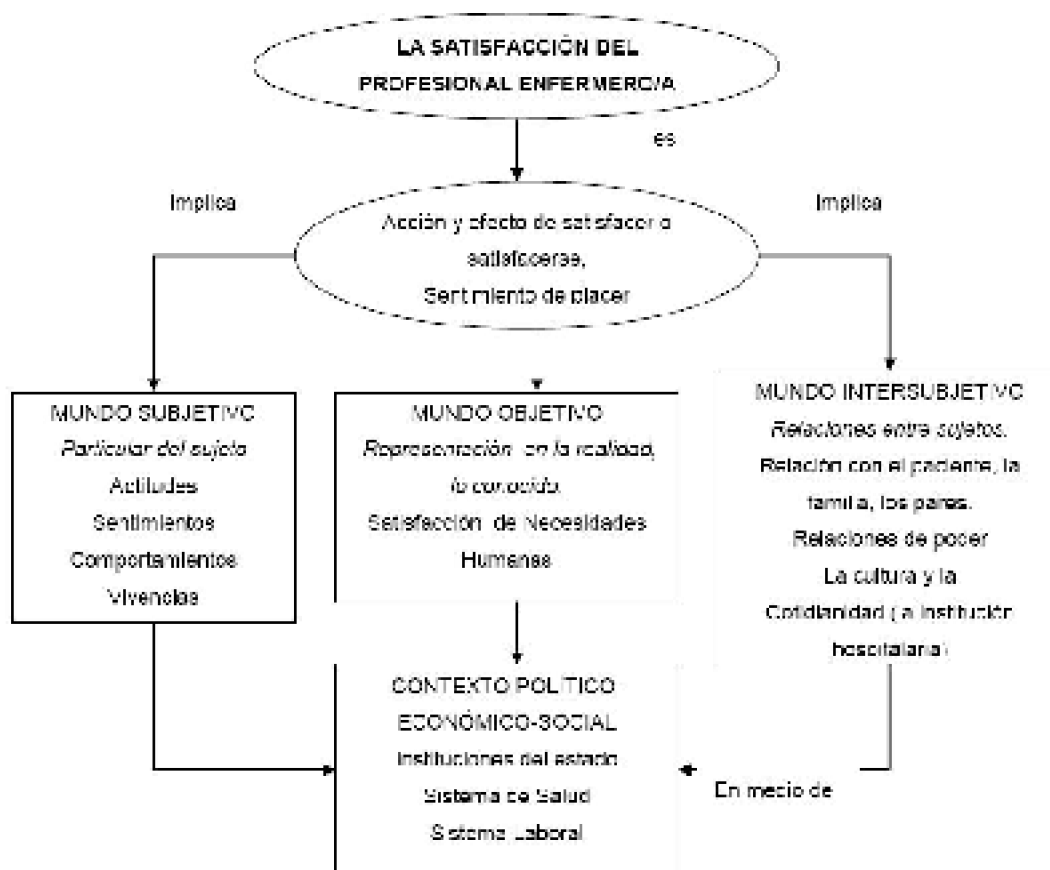
3.1 . LA SATISFACCIÓN

El concepto «satisfacción» lo abordaré desde diferentes conceptos de autores y su relación con la práctica del profesional de enfermería, o que implica adentrarse en los mundos subjetivo, objetivo e intersubjetivo del ser humano y en el contexto de la cotidianidad.

La satisfacción, según la Real Academia Española es “acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. Presunción, vanagloria. Tener mucha satisfacción de sí mismo. Confianza o seguridad del ánimo y cumplimiento del deseo o del gusto”²⁷. Al leer estas definiciones podemos observar lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho.

“La satisfacción es un fenómeno esencialmente humano” que se inicia en el sujeto, y culmina en el mismo. Es un fenómeno en esencia subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no, no es sólo la evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, “desde y con el otro”. “La satisfacción, así como la

excelencia, se resiste a un mero tratamiento estadístico”1.



(Diccionario de filosofía, 2004;Munné F, 1986; Max Neef M, Eizalde A, Hopenhayn M, 1996; Sen A,1996; Zas B, 2004; Berger y Luckmann, 1976; Elizalde A, 2006;Donabedian, 1990; Davis K y Newstrom JW, 1991; Herzberg,1954)

Desde el mundo subjetivo la satisfacción corresponde, según el Diccionario de filosofía 28 al ser del sujeto, el ser “real” en contraposición con el ser simplemente representado o externo. Es el sujeto cognoscente en su modo de pensar o de sentir. Según Munné,F29 La satisfacción es un sentimiento subjetivo que contribuye a la formación de la actitud de un individuo y está muy relacionada con las necesidades personales. Profundizaremos un poco en el concepto de actitud, para la comprensión de la satisfacción.

Munné,F define la actitud como “el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento”29. Usualmente el comportamiento humano está precedido por actitudes previas, por eso se habla de que la

actitud ha sido denominada pre-conducta; sin embargo, todos tenemos la experiencia de que el hombre actúa en contra de sus actitudes. La discrepancia entre actitud y conducta no es un simple caso de causa- efecto sino que amerita un estudio más profundo de los diferentes factores que influyen en las vivencias, experiencias y situaciones²⁹.

Munné,^{F29}, plantea que en la formación de las actitudes intervienen tres componentes: “la información que recibimos, el grupo con el cual nos identificamos y nuestras propias necesidades personales”²⁹. El primer componente, un mínimo conocimiento, es necesario para adoptar una actitud razonable respecto a la realidad. El segundo componente se observa a lo largo de la vida, se inicia en los grupos primarios como la familia, los amigos y los compañeros de trabajo; y el tercer componente es el que desarrolla el concepto de necesidades. Si estas son satisfechas, o por el contrario truncadas, determinan la formación de la actitud.

Desde el mundo objetivo la satisfacción .es la representación en la realidad, perteneciente o relativo al objeto en sí mismo, con independencia de la propia manera de pensar o de sentir; lo que es realmente, fuera del sujeto que lo conoce.²⁸

Para estar satisfecho, es un requisito tener satisfechas las necesidades humanas. Según Max Neef, Elizalde A y Hopenhayn M³⁰ cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. En cada sistema, éstas se satisfacen (o no se satisfacen) a través de la generación (o no generación) de diferentes tipos de satisfactores. La necesidad tiene, pues, un carácter social universal cuya realización resulta deseable a cualquiera.

La satisfacción desde el mundo objetivo implica la complacencia de necesidades humanas tales como bienes y servicios. Antonio Elizalde³¹ propone un nuevo concepto en el espacio relacional, el satisfactor, que da cuenta de la dimensión transformadora y cambiante de la necesidad. El satisfactor cambia de acuerdo con la cultura, la sociedad y el pueblo.

Amartya Sen³² retoma a Max Neef, y plantea que la satisfacción está muy relacionada con el bienestar o nivel de vida, y éste, a su vez, parece estar fundamentado en las necesidades de las personas o en los recursos. Si se decide que las necesidades son lo más importante, entonces lo que interesa es el “grado de satisfacción de las necesidades”; o si lo que importa son los recursos, el interés radica en la capacidad del hombre para satisfacer sus necesidades. El nivel de vida está muy asociado con los recursos, más no exclusivamente, porque algunas condiciones como la buena salud y la seguridad, no se obtienen sólo con los recursos.

Desde el mundo intersubjetivo la satisfacción surge en la relación entre sujetos. Todo conocimiento es el resultado de una actividad que llevan a cabo los sujetos (cognoscentes) y, al mismo tiempo, es deseable alcanzar conocimientos objetivos

válidos para todos, por lo tanto se extiende el alcance del sujeto a las relaciones entre sujetos en plural. La “intersubjetividad” o lo “intersubjetivo” es una especie de puente entre la subjetividad y la objetividad²⁸.

Elizalde,^{A31} hace un replanteamiento al pensar el contexto social de las necesidades humanas. Propone que no se trata de relacionar las necesidades con bienes

y servicios que presuntamente las satisfacen, sino de relacionarlas en especial con prácticas sociales, formas de organización, modelos políticos, valores, contextos, comportamientos y actitudes, todos en consolidación y cambio, que repercuten sobre las formas en que se expresan las necesidades. Presenta la satisfacción de necesidades desde una visión de desarrollo humano y ético, lo que implica asumir la responsabilidad por nuestro accionar en el mundo, ser capaces de entender nuestra calidad de vida, que alcanza la plenitud cuando trascendemos nuestra conciencia de existencia individual hacia el otro³¹.

Zas,B en la esfera de lo intersubjetivo, plantea que del concepto de la satisfacción se pueden deducir dos aspectos esenciales de la relación intersubjetiva: primero “La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea...) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto. Y segundo, para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como «satisfactor» o no”¹.

Continuando con Zas,B la satisfacción en las institucionales de salud es un proceso complejo donde interactúan los actores inmersos en el comportamiento institucional, entre ellos el hospital, el grupo de profesionales y técnicos de la salud, el paciente y el prestador de servicios de salud.

Al abordar la intersubjetividad para la comprensión del fenómeno de la satisfacción en el profesional de enfermería, retomo también a Berger y Luckmann que plantean un punto de reflexión de la interacción humana en la cotidianidad, afirmando que “no puedo existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarme continuamente con otros (...)”³³ y que es allí donde surge la creación del consenso en torno a los significados de la realidad social.

Para estos mismos autores³³ la realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo en el que se comparte con los otros, pero es diferente a otras realidades de las que el sujeto tiene conciencia, y a pesar de estas diferencias, se vive con otros en un mundo que nos es común.

Para comprender la satisfacción del profesional de enfermería se hace necesario incursionar en los mundos intersubjetivo, objetivo e intersubjetivo, en un contexto político-económico y social, el cual está representado en las instituciones del Estado, el Sistema de Salud y el Sistema Laboral.

Al hablar de calidad, Ríos, JLy Ávila, TL 34 nos remiten a Avedis Donabedian, 1966, autoridad y referencia obligada en los estudios de la calidad en salud. Según Donabedian, la satisfacción del paciente es una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y él; es una medida de eficacia y de control objetivo de la calidad. “La calidad de la atención en salud, como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”³⁵.

Donabedian no aborda directamente la satisfacción del personal de la salud, sino que la deriva de los estudios de calidad, puesto que para él ésta es una medida de resultado. Por lo tanto, en el medio de la salud, la evaluación de la satisfacción ha girado alrededor

de la visión del paciente, dejando de lado la visión del profesional de enfermería.

Cuando exploro la satisfacción en relación con la calidad, retomo la Ley 266 que reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. En el Artículo 2º, llamado "Los principios de la práctica profesional", se dice que "La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio" 36. Por lo tanto, la satisfacción no es sólo la del paciente, sino también la del profesional de enfermería y de su interacción. Pero en nuestro medio, la satisfacción desde la visión del paciente continúa ocupando la mayor atención en los sistemas de calidad y productividad.

Para el estudio también es de interés la satisfacción en el medio de la cotidianidad laboral. Davis;k y Newstrom,JW plantean que "La satisfacción en el trabajo es un conjunto de sentimientos favorables y desfavorables, de relativo placer o dolor, que los empleados perciben de su trabajo"37. No es un hecho aislado y exclusivo del medio laboral, e influye en la satisfacción de la vida, de la misma manera que la naturaleza del medio fuera del trabajo influye en los sentimientos que se tienen en su desempeño.

La satisfacción en el medio laboral está también influenciada por la organización administrativa y política de la empresa. La teoría de Herzberg,F38 al respecto ha tenido gran influencia en la denominada teoría bifactorial, la cual define la existencia de factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores extrínsecos corresponden principalmente a las políticas de la empresa y el entorno físico como son: la remuneración económica, la organización administrativa, el sistema de contratación, la carga laboral, los recursos, la relación con el jefe inmediato, las promociones de cargos y el área física. Y los factores intrínsecos relacionados con la motivación personal, como son: el propio trabajo (contacto directo con el paciente y la familia), las relaciones interpersonales con el equipo de trabajo, el reconocimiento profesional, la autonomía y la responsabilidad, por nombrar sólo algunos.

Los factores intrínsecos y extrínsecos pueden afectar positivamente la satisfacción cuando son estimulados, o, por el contrario, negativamente cuando son truncados. Por lo tanto, la satisfacción laboral está muy relacionada con unas condiciones adecuadas en el puesto de trabajo, con las obligaciones laborales y a la vez con el crecimiento personal y la vida cotidiana.

Después de haber revisado algunos autores y concepciones sobre la satisfacción y la relación con el profesional de enfermería, podemos concluir que el concepto de satisfacción es complejo y dinámico. Es un constructo social de los fenómenos humanos particulares y colectivos, influenciados por múltiples dimensiones que interactúan entre sí, como lo social, lo político-económico y lo cultural, que contribuyen a dar una imagen del mundo intersubjetivo del ser humano en el contexto de la cotidianidad.16-33

3.2 . REFERENTES HISTÓRICOS DE LA PROFESIÓN

La profesión, según M. Weber, en sus orígenes significaba misión impuesta por Dios. El

concepto adquirió un sentido ético- religioso, como un modo de vida grata a Dios que reconoce “el cumplimiento en el mundo de los deberes, que a cada cual impone la posición que ocupa en la vida, y que por lo mismo se convierte para él en «profesión»”³⁹. Posteriormente, el concepto originario perdió el carácter de sagrado sobre la base de que es la prestación personal de un trabajo.

Aunque desde sus orígenes tiene la connotación de vocación consagrada a Dios, también se observa en la figura de profesión una fuerte influencia de estatus y de poder, que muestra Weber en la división natural del trabajo, y que posteriormente se evidencia más claramente en las profesiones políticas, y las tradicionales más antiguas como el derecho y la medicina, que son las que han alcanzado a través de la historia el nivel más alto de prestigio y dominación. La profesión de enfermería ha tenido una fuerte influencia de vocación religiosa y de trabajo comunitario, realizado generalmente por mujeres, y con menos valoración.

3.3 . LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

“La profesión hace referencia a un campo especializado del trabajo, basado en la estructura teórica de la ciencia o del saber de una disciplina y las habilidades prácticas necesarias para desarrollarlo”⁴⁰.

Turner,^{B41}, Medina,^{JL42} plantean que la profesión de enfermería, desde sus orígenes, se ha enfrentado a la ambivalencia de la praxis de cuidar, por un lado, y por el otro, al dilema ocupacional en un medio inmerso por el profesionalismo médico dominante con unas condiciones tradicionales de acatamiento, tecnicismo y burocráticas.

Turner,^{B41} plantea algunos de los factores que pueden dar explicación a la situación de subordinación y descalificación ocupacional que presentan algunas profesiones, entre ellas la enfermería, focalizados desde el análisis marxista y la teoría feminista. El análisis marxista hace énfasis en el papel del poder y el control del mercado sobre la función legitimadora del conocimiento, que niega la función normativa de las profesiones y cuestiona su carácter ético. Por su parte, la teoría feminista también argumenta que las mujeres abaratan los costos de mano de obra con su trabajo doméstico y que en los servicios médicos las mujeres siguen funcionando como mano de obra subordinada.

En relación con los planteamientos del pensamiento femenino de la práctica de la enfermería, Medina,^{JL} plantea que “es necesario desmitologizar la enfermería como práctica natural feminista y subordinada al saber masculino biomédico”, porque “la intervención médica está orientada a la curación y no es lo mismo que el cuidado de la salud”⁴².

La enfermería, según Collière, se identifica con el cuidar, como un acto de vida. “Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto, volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la vida o más exactamente, el contexto del proceso de vida y de muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia”⁴³.

Asimismo, Kérouac, S et al respecto a la enfermería, afirman que “El centro de interés de la disciplina enfermera se refiere a la esencia, al corazón y al alma, o sea al cuidado, la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud”⁴⁴.

Medina, JL⁴² expresa que los cuidados profesionales de enfermería son todos aquellos modos humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte.

Según Benner, P y Wrubel, J (1989. Citado por Brykczynski, K) “La enfermería se considera como la práctica de cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad (...)” “La práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas, con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos tres elementos”⁴⁵.

Siguiendo a estos autores, el cuidado profesional de la enfermera es una práctica de cuidado humanizado de individuos y colectivos que implica una relación con el otro, con una formación académica con criterios éticos, científicos, humanos y sociales. Se hace énfasis en el cuidado profesional de enfermería porque existen algunas disciplinas, profesiones, cuidadores técnicos e informales que también proporcionan cuidados de enfermería.

La enfermería ha sido ampliamente estudiada y descrita como disciplina que tiene por objeto de estudio el cuidado de la salud. Para desarrollarla se plantean diversos campos de actividades como son la práctica, la formación, la investigación y la gestión⁴⁴.

Contextualizo el estudio de la satisfacción en la práctica del colectivo del profesional de enfermería en uno de los múltiples escenarios, la institución hospitalaria donde presta el cuidado a los pacientes. Este estudio me permitirá acercarme al reflejo de la realidad cotidiana que vive este grupo de profesionales de cara a la vida, la esperanza, la muerte, el dolor y el sufrimiento de los seres humanos que día a día se atienden en los hospitales, para promover y mantener la vida, y dar un cuidado de salud a individuos y colectivos, en medio de las políticas institucionales. Mi interés está en el ejercicio de la profesión de enfermería y en la satisfacción que surge de esa relación con el otro en la práctica de cuidado en las instituciones hospitalarias.

4. METODOLOGÍA

El estudio de la satisfacción del profesional de enfermería se efectuó en el Municipio de Medellín y su área metropolitana, durante un periodo de 12 meses, con profesionales de enfermería que voluntariamente aceptaron compartir sus experiencias y expresar sus sentimientos.

Se usó el enfoque cualitativo, enmarcado en el miniparadigma o la perspectiva de la etnografía^{46, 47}. Se seleccionó el método etnográfico, la forma más básica de investigación social, en la cual el investigador participa abiertamente de la vida cotidiana de las personas durante un tiempo determinado, viendo lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando cosas, o sea recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder arrojar luz sobre los temas elegidos para el estudio⁴⁸.

Se quiso conocer la satisfacción del profesional de enfermería desde las perspectivas de lo emic y lo etic, que caracterizan la etnografía. La visión emic es desde el interior de los participantes la voz, el sentir del profesional; y la visión etic, es la explicación desde la abstracción, la observación y el marco teórico que trae de afuera el investigador ⁴⁹.

Con la etnografía se pretende describir y comprender la realidad conocida por la cultura de un grupo, es decir, sus formas de pensamiento, sus comportamientos y los significados que se ajustan a esa construcción. Para nuestro estudio hablamos de la cultura del colectivo del profesional de enfermería en el escenario cotidiano de la sala de un hospital⁴⁹.

Según Boyle J.S 50, se distinguen dentro de la etnografía varios tipos, entre ellos el clásico o tradicional y el focalizado o enfocado. En el clásico, el etnógrafo hace una investigación completa de la cultura y realiza un trabajo de campo mayor a un año, mientras que en el de tipo focalizado, el etnógrafo investiga un aspecto particular del grupo, y su trabajo de campo puede corresponder a varias semanas. Considerando que la investigación se desarrollaría en un periodo corto de tiempo (un año) y que mi interés es el grupo específico de enfermeras, realicé una etnografía focalizada en la cotidianidad de las salas de hospitalización.

4.1 . POBLACIÓN Y MUESTRA

La población la constituyeron las enfermeras que laboran en instituciones hospitalarias del Municipio de Medellín y el área metropolitana, específicamente en salas de hospitalización de adultos de entidades públicas y privadas. Los participantes fueron enfermeras con formación universitaria profesional, con o sin posgrado, con un contrato vigente en la institución y con no menos de 6 meses de laborar en salas de hospitalización de adultos. El estudio no contempló la población de profesionales que laboran en áreas de urgencias, cuidado crítico, cirugía y pediatría, por tener estas áreas una características muy particulares relacionadas con la cantidad del recurso del profesional de enfermería, tiempo de estancia de los pacientes, recursos tecnológicos y condiciones de los pacientes, entre otros que ameritarían estudios particulares en cada uno de los escenarios.

4.2. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Los profesionales participantes del estudio fueron 15 enfermeras y 2 enfermeros que laboraban en salas de hospitalización de adultos. Todos eran egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, en edades entre 25 y 52 años, distribuidos así: el 24% menor de 29 años; 47% entre 30 y 44 años; y 29% mayores de 45 años de edad. El tiempo de antigüedad laboral osciló entre 6 meses y 26 años; la mayoría (41%) entre 6 meses y 2 años de antigüedad, y un 35% tenía una antigüedad mayor de 11 años.

Las entidades empleadoras fueron de carácter público (41%) y privado (59%), de Medellín y el área metropolitana. El tipo de contrato fue: a término definido 53%, y a término indefinido 47%; contratados por la institución hospitalaria el 76% y por cooperativa el 24%. De las enfermeras entrevistadas, el 59% eran solteras, el 29% casadas y el 12% separadas. Del total de las participantes, el 53% tiene hijos, frente a un 47% que no. De los participantes, el 29% tenía estudios de postgrado (especialización) y

uno de ellos (equivalente a un 6%) había realizado otro pregrado (en Gerontología).

Se tuvo en cuenta la diversidad de la muestra sin distinciones de edad, sexo, antigüedad, tipo de contratación ni de especialización, para que la muestra contemplara el criterio de heterogeneidad, “pero sin hacer uso de la estratificación o de cuotas”⁴⁷. De esta manera la selección de los participantes, episodios e interacciones fue conducida por un planteamiento conceptual, no por una preocupación por la “representatividad”, como sugieren Miles, MB y Huberman, AM⁵².

De acuerdo con Minayo⁵³, lo importante no es establecer el número de personas a estudiar, lo primordial es profundizar en la comprensión que el grupo social tiene de la temática que se pretende estudiar. Una muestra ideal es aquella capaz de representar a la totalidad en sus múltiples dimensiones. La muestra en la investigación cualitativa debe privilegiar los sujetos sociales que tienen los atributos que el investigador quiere conocer. Los participantes deben ser diversificados para posibilitar determinar las semejanzas y las diferencias. He tratado de tener presente la variedad de los datos en la selección de los hospitales y de los participantes, al tener en cuenta elementos como el tipo de hospital y las formas de contratación en instituciones de Medellín y del área metropolitana.

La selección de los participantes para la muestra se hizo mediante la técnica de bola de nieve de Taylor, SJ y Bodgan, R⁵⁴. En cada una de las instituciones se comenzó con una persona, y una vez ganada su confianza, se le pidió que nos recomendara a otras. También se recurrió a los contactos personales.

La recolección de los datos se hizo en dos partes: en la primera se reevaluó la guía de entrevista de acuerdo con el interés del estudio y con nuevas preguntas que aparecían en la medida que se codificaban los datos; y la segunda, con el objetivo de refinar la saturación de las categorías que estaban surgiendo. Una vez codificadas todas las entrevistas que se tenían en el momento se hizo una nueva guía de entrevista (Anexo 2)

Se suspendió la recolección de la información cuando se llegó a la saturación de los datos. es decir, la saturación según Bertaux, D⁵⁵ o saturación teórica de Straus, A y Corbin, J⁵⁶, que ocurre cuando en la recolección de los datos y las entrevistas no se produce ninguna comprensión auténticamente nueva para el estudio.

4.3. ACCESO AL CAMPO

Para el acceso al campo, es decir a los hospitales donde labora el profesional de enfermería, se hizo contacto con los “porteros”, como son denominados por Hammersley y Atkinson⁴⁸, Galeano, ME⁵¹, que en nuestro caso fueron las enfermeras coordinadoras para que nos permitieran gestionar más fácilmente permisos y autorizaciones, ya que el escenario del hospital es un lugar cerrado, con manejo de protocolos. De 15 solicitudes a los gerentes de las instituciones de Medellín y el área metropolitana que tienen servicio de hospitalización de adultos, sólo 6 aceptaron la participación de sus enfermeras en el estudio, las demás instituciones no respondieron. No obstante, es importante aclarar que fueron entrevistadas 4 enfermeras que aceptaron dar la entrevista a nombre personal y

por fuera de la institución contratante.

4.4. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

De acuerdo con las formulaciones anteriores, la técnica de recolección de la información utilizada fue la entrevista semiestructurada que sigue el modelo de una conversación entre iguales. Es un encuentro cara a cara entre la investigadora y los participantes, en el cual se recogió la perspectiva que estos tienen respecto a su propia vida: situaciones, experiencias, cómo las viven y expresan con sus propias palabras⁵⁴.

La entrevista se realizó con una actitud neutral, transmisión de interés, respeto y apertura, para que las participantes se sintieran tranquilas y pudieran hablar sin restricciones e interrupciones. Además, se tuvo en cuenta seleccionar un lugar tranquilo y cómodo, dentro o fuera de los centros hospitalarios, previamente concertado con las enfermeras. Se inició con una conversación de manera natural y posteriormente se abordaron las preguntas de interés en el estudio, con lo que me fui acercando de forma gradual al mundo simbólico y subjetivo de las enfermeras⁵⁴. Se manejó una guía de entrevista flexible, abierta y sometida a cambios como resultado de la propia conversación^{54, 57}.

El primer encuentro con el profesional de enfermería es un poco incidental, se realizó en cualquier momento del turno en el hospital, la comunicación es formal y muy precisa, explicándoles el por qué del estudio y solicitándoles una cita para la entrevista. La respuesta de las enfermeras ha sido variada, algunas se muestran muy interesadas en participar y otras un poco prevenidas. Algo que me ha llamado la atención es que al contactar la cita para la entrevista les sugiero un lugar tranquilo, en lo posible alejado del hospital al terminar el turno o en otro horario, pero algunas de ellas insisten en hacer la entrevista en el mismo sitio del hospital, incluso en el horario del turno, con las implicaciones que tiene interrumpir la entrevista por los compromisos laborales. Una vez se inicia la entrevista, la comunicación ha sido espontánea y fluida en la mayoría, al expresar tranquilamente su experiencia, sentimientos de complacencia y de angustia y al cuestionarse respecto a la satisfacción con su praxis de enfermería. Lo que más me ha gustado del estudio es el contacto con los participantes, se abre un panorama, un mundo de vivencias, experiencias y significados de mucha riqueza para el análisis.

Siguiendo los lineamientos de Hammersley y Atkinson⁴⁸ inicié con tres entrevistas, las cuales hicieron parte del estudio exploratorio, que tiene como fin probar las preguntas y realizar un acercamiento con los participantes. Las demás entrevistas hicieron parte del estudio principal que aportó la mayoría de datos. Cuando llegué a la saturación de los datos, se dio por terminada la recolección de la información y las últimas entrevistas me sirvieron para refinar, desarrollar y verificar las categorías encontradas.

4.5. OBSERVACIÓN

Según Taylor, SJ y Bodgan, R54, la observación es empleada para designar la interacción social entre el investigador y los participantes en el medio donde se encuentran estos últimos; durante la observación se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo.

Se pretendía hacer un encuadre cultural, mediante la observación, en la sala del hospital, de los rituales, rutinas y puntos clave de la práctica profesional. Siguiendo a Bonilla, E y Rodríguez, P58, las primeras observaciones serían de manera gradual y progresiva, con un enfoque abierto y exploratorio, para describir el contexto, y posteriormente la observación se focalizaría. (Anexo N° 2) Las observaciones se realizaron principalmente en los puestos de enfermería, ya que era el sitio donde permanecía la mayor parte del tiempo antes, durante y después de la entrevista. Se hicieron en horas de la tarde, ya que en la mañana las enfermeras expresaron encontrarse demasiado ocupadas. En los puestos de enfermería de las salas se observaron situaciones del comportamiento del profesional en interacción con el personal médico, auxiliar de enfermería, con otras enfermeras, los pacientes, las familias y el personal administrativo. También se realizaron observación y entrevistas a algunas personas que estaban hospitalizadas, haciéndoles preguntas relacionadas con el profesional de enfermería de las sala de hospitalización.

La observación fue no participante y no encubierta, dado el contexto restrictivo de los hospitales, y por cortos periodos de tiempo, ya que la enfermera todo el tiempo es solicitada, dando respuesta a preguntas del personal de salud y haciendo registros en las historias clínicas. Para la guía de observación en el campo se tuvieron en cuenta algunos aspectos señalados por Bonilla, E y Rodríguez, P58 (Anexo 4).

4.6. DIARIO DE CAMPO

Es el método de registro del día a día de los acontecimientos en el campo. “La elaboración de estos informes o memorias es una especie de diálogo interno o pensamiento en voz alta que se constituye en la esencia de la etnografía reflexiva”⁴⁸. En él se registró lo concerniente a las entrevistas, se describió el contexto individual e inmediato de los entrevistados y del grupo. Se hicieron anotaciones de todo aquello que no quedaba en la grabadora como gestos, silencios, señales y cambios de expresiones ante la llegada de otras personas. En este diario se registraron inmediatamente los aspectos claves y se hicieron grabaciones una vez terminadas las entrevistas con el fin de no perder los detalles en la información. El diario de campo es una herramienta complementaria a las entrevistas y, de la misma forma que las entrevistas, se transcribió al computador para obtener datos para el análisis del fenómeno o evento estudiado.

Inicié el diario de campo haciendo anotaciones en un cuaderno antes de la entrevista

y una vez terminada. Posteriormente, el diario de campo y algunas observaciones las hice por medio de grabación para ser transcritas después. Esta experiencia ha sido muy interesante porque he grabado en el propio terreno, y creo que “en caliente” tiene uno más detalles para la descripción. En la observación me falta aún más experiencia y habilidad, creo que me he dejado llevar por mis apreciaciones subjetivas, que son importantes, pero me ha faltado ser más objetiva y descriptiva desde los actores y los escenarios.

4.7. BÚSQUEDA DOCUMENTAL

Según Valles, SM47, en todas las fases del estudio se debe hacer la búsqueda documental (cualquiera que sea el origen del documento). Para este estudio, en su fase del planteamiento del problema se hizo una revisión de documentos, consistente en el estudio de investigaciones ya realizadas en relación con el tema, y una revisión de conceptos teóricos. Y en la medida que avanzó el análisis de los datos se realizaron nuevas revisiones de fundamentación teórica y contrastaciones con otros estudios sobre las categorías y conceptos que emergían en el estudio.

4.8. ANÁLISIS

El análisis se hizo paralelamente a la recolección de la información. Es un proceso interactivo que incluye las etnografías que están enfocadas a las descripciones y a las explicaciones⁴⁸. Se llevó a cabo de una manera cuidadosa y minuciosa al examinar, interpretar y organizar los datos de las entrevistas, notas de campo y observaciones. Se partió de lo particular para ir a lo general en pequeños pasos, iniciando con datos de una entrevista, y luego se comparó con otro similar y así sucesivamente, hasta obtener información valiosa que permitió el ordenamiento conceptual. Todo este proceso es llamado “colar” la información, ya que aquí se quita lo insignificante de cada una de las historias y sólo se dejan los rasgos comunes pero importantes ⁴⁹.

Una de las labores iniciales en el análisis es encontrar conceptos que ayuden a dar sentido a los datos de las escenas documentadas. El objetivo es dilucidar los datos, hacerlo de una manera analítica que permita acercarnos a una perspectiva del fenómeno y a sus características. Hammersley, M y Atkinson, P⁴⁸ plantean algunos pasos para el análisis, que tuve en cuenta: a) hacer lectura cuidadosa de la información recogida, plantear preguntas y hacer relaciones; b) documentar los significados de los conceptos que van surgiendo de forma espontánea y seguirles la pista; c) identificar los conceptos y clasificarlos hasta que puedan adoptar unas categorías analíticas y concretas para la organización de los datos, y d) trabajar con las categorías fundamentales para el análisis, buscar relaciones con otras categorías y subcategorías, hasta llegar al objetivo del estudio: comprender los factores que contribuyen a la satisfacción o insatisfacción del

profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de Medellín y el área Metropolitana.

En este proceso fue de gran utilidad el trazado de una ruta metodológica para la organización de los datos. Es un proceso largo que implica hacer una limpieza, o colar, las categorías y subcategorías, releer nuevamente los códigos establecidos y su relación con ellas, adoptar unas categorías analíticas, revisar conceptos teóricos y clasificarlas en grupos, para finalmente plasmar las principales en un gráfico, junto con las subcategorías y con los códigos que la soportan, y la relación entre ellas, haciendo una lectura de los datos ya organizados y teniendo siempre presentes los objetivos del estudio y los ejes teóricos. En esta parte fue beneficioso hacerlo con otras personas del macroproyecto del estudio y, una vez terminado el mapa, se les pidió la opinión a algunas enfermeras que no tuvieran conocimiento del estudio para corroborar la coherencia de las relaciones y las secuencias que allí se presentaban. Producto del análisis etnográfico surgen tres categorías principales: el ser enfermera: a) ser en sí o ser para sí; b) entre el rol y la identidad del enfermero/a; y c) el sentir del enfermero/a en el contexto actual: la satisfacción un concepto ambivalente.

4.9. VALIDEZ

Según Lawrence,S et al⁵⁹ (1976,Citado por Ratcliff,JW y González,A) la validez también es conocida como el rigor, como la aplicación con cuidado extremo y científicamente exacta de los métodos de investigación para la obtención de los datos y para su análisis. Para que este estudio tenga validez me he regido por los criterios del enfoque de los sistemas valor-crítico en la investigación y el reconocimiento.

Según Ratcliffe,JW y González,A⁶⁰ el enfoque del sistemas valor-crítico en la investigación, consiste en que cada una de las fases o etapas del proceso del estudio se encuentre en interacción dinámica con todas las otras fases del estudio como un todo, es decir, que tanto el planteamiento del problema, como la pregunta, el marco teórico, la metodología y los resultados, sean partes interactivas del sistema total.

Algunos autores como Lincoln,YS y Guba,EG⁶¹ consideran que para obtener una buena evaluación en la investigación, ésta debe tener el reconocimiento de los participantes de la investigación, es decir, que los profesionales de enfermería se sientan identificados y descritos por el análisis que hace la autora del proyecto.

Para dar cumplimiento a este requisito se cito a varias de las participantes del estudio para socializarles los resultados del estudio, cinco de los participantes acudieron a la cita, todos de instituciones diferentes, con ellos se validaron los resultados y se sintieron identificadas con las categorías y con los datos del estudio.

4.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética es un proceso que debe permear todo el estudio, desde el diseño y la ejecución hasta la publicación de resultados^{62,63}, máxime cuando son seres humanos los que están participando de este estudio.

Siguiendo el Informe Belmont⁶⁴, en este estudio se tuvo especial cuidado para que prevaleciera el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar del profesional de enfermería.

El contacto con el profesional de enfermería se efectuó previo consentimiento de la enfermera coordinadora. Se garantizó el principio de respeto, de manera que en la selección del profesional para este estudio no se discriminó la edad, el sexo ni la antigüedad en la vinculación a la institución, puesto que cada profesional de enfermería puede considerarse como un interlocutor válido, según los lineamientos de Camps,⁶⁵.

Se solicitó el consentimiento para participar en el estudio por libre elección y sin coacción; se aseguró al profesional de enfermería la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes, puesto que no se registraron los nombres propios de personas. La entrevista tendrá un código conocido sólo por la investigadora, para garantizar el anonimato de cada persona.

Según la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia⁶⁶, el estudio está catalogado como de riesgo mínimo para los participantes. En la investigación cualitativa estos asuntos suelen ser menos visibles y más sutiles que en la investigación experimental⁵⁰, pero igual requieren de cuidado y responsabilidad para no generar situaciones de angustia y estrés en las participantes por haber revivido una situación difícil o crear falsas expectativas, es decir, para salvaguardar el respeto a la dignidad humana.

Se exigió el consentimiento informado verbalmente y por escrito del profesional de enfermería (Anexo N° 4). La lectura del consentimiento se hizo en forma pausada, y una vez leído se entró en conversación para aclarar dudas o inquietudes, se guardó prudencia frente a los temas abordados por el profesional y se respetó el manejo de la palabra. En el consentimiento se expresó claramente la libertad de participar o no en el estudio, o de retirarse en el momento en que lo deseara. Una vez leído, el total de participantes lo firmaron. Algunas participantes expresaron temor al firmar el consentimiento y se les reafirmó la confidencialidad. Así, algunas lo firmaron con un seudónimo. El consentimiento también incluyó la autorización para grabar y tomar nota de la entrevista. Así mismo se informó a la persona entrevistada que se podía rehusar a responder alguna pregunta cuando así lo deseara.

Se guardó respeto y discreción con los datos personales, con el fin de garantizar el sigilo profesional en los aspectos en los cuales, en forma directa o indirecta, lo solicitaron las personas del estudio, y se guardó confidencialidad de la información obtenida. Tal como se les manifestó a los participantes, las grabaciones fueron destruidas con la presencia de uno de los miembros del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y de las participantes del estudio, para evitar el riesgo de que se filtrara la información y asegurar así el principio de no maleficencia. De este proceso se levantó un acta.

Como compromiso de la investigadora, y apuntando al principio de beneficencia para

el colectivo de enfermeras, se publicará un artículo en revista indexada y se socializarán los resultados en un evento académico nacional e internacional.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Por tratarse de una investigación cualitativa cuyo centro es el sujeto, en este caso el profesional de enfermería, no es procedente separar la discusión y los resultados, motivo por el cual los presentaré conjuntamente. Ahora bien, por tratarse de una investigación etnográfica en la cual se privilegia la voz de los participantes —es decir lo emic—, seguida de la comprensión que da el investigador —es decir el punto etic—, primero consignaré los testimonios en un marco émico, seguidos del análisis.

Conocer la satisfacción o insatisfacción del profesional de enfermería, objetivo de este estudio, implica entrar, así sea de forma discreta-a, al estudio del ser desde la filosofía.

En la filosofía se han dado numerosos modos de entender lo que ha llamado Aristóteles “el ser como ser” y “el ente en cuanto ente” puesto que este filósofo, desde la antigüedad, inició la discusión en torno al problema del ser. Después del planteamiento aristotélico los filósofos han debatido el estudio del ser, a lo cual se ha llamado ontología-b o metafísica²⁸.

a Hablo de forma discreta, puesto que mi formación desde el modelo biomédico me limita entrar en profundidad en el discurso filosófico. b Ontología, llamada por Aristóteles “filosofía primera y que luego se llamó metafísica. Su tema de estudio es el “ser” o “ente”. La ontología o metafísica ha oscilado tradicionalmente en dos temas de estudio: la metafísica general estudia el “ser” como ser, en toda su generalidad, independiente de qué clase de “ser” se trate; puede ser finito o infinito, material o no material, y como metafísica especial estudia temas como Dios y el alma”

Entre estas discusiones y postulados sobre el ser están las de escolásticos como Tomas de Aquino, quien propone que el ente o ser es un trascendental que “se caracteriza por estar presente en todas las cosas, aunque no se identifique con ninguna en particular”⁶⁷. Entre los modernos, Descartes lo llamo la cosa pensante: “pienso, luego existo”; Kant, al analizar el existente lo relacionó con la experiencia humana, y en su obra capital, Crítica de la razón pura, expresa: la cosa “existente no tiene derecho a aparecer dentro de una lista de términos que aspiran a expresar las condiciones que debe asumir algo para merecer cierta etiqueta; la existencia no es un estado, o cualidad o proceso; “existente” no es un predicado”⁶⁸. Entre los contemporáneos, Husserl enfatizó en la esencia o conciencia del ser trascendental; para Heidegger⁶⁹, en su obra Ser y tiempo, la esencia reside en la existencia en el mundo y acuñó el término Dasein, que significa “ser” o “está ahí”, mientras que Schutz,⁷⁰ circunscribe al ser en la teoría de la acción humana, que es a la vez individual y social: “el hombre (...) ingresa en cualquier relación social apenas con una parte de si-mismo, y siempre se halla, al mismo tiempo, dentro y fuera de tal relación”

En estos autores se apoyan otros grandes filósofos de la posmodernidad como Jean Paul Sartre, Hans Georg Gadamer, Habermas, Michel Foucault, Jacques Lacan, Jacques Derrida, entre otros, el pensamiento de Heidegger es uno de los más básicos en la discusión filosófica sobre el ser⁷¹.

El estudio del ser se inscribe en las dimensiones del concepto del ser, la pregunta por el ser, los contrastes del ser y las formas del ser²⁸. En esta última dimensión me apoyaré para describir y comprender el ser enfermera: el ser en sí o el ser para sí.

La pregunta por el ser en el proceso investigativo ocupa un lugar destacado en el pensamiento de filósofos como Edmund Husserl, Martin Heidegger y Alfred Shutz. Estos autores son referentes importante para el estudio del ser desde la perspectiva investigativa, especialmente la fenomenológica, sin dejar de lado la teoría fundamentada y la etnografía, entre otras perspectivas investigativas.

Antes de pensar en la enfermería como una disciplina profesional práctica, debemos centrar la atención en el ser- enfermera como aquél a quien se le asigna la difícil misión de cuidar a otro ser en el mundo de la vida diaria. Busco comprender y describir ese ser enfermera, subjetivo e intersubjetivo, que tiene motivaciones personales, que pueden ser estructuradas en su interior y por la interrelación con su medio familiar y social, por la academia y por la propia vivencia de la realidad circundante en el contexto hospitalario, para prestar un cuidado a otros seres humanos. Como lo expresa Torralba,⁷² “el ser humano, en cuanto tal, trasciende su rol profesional y desde una perspectiva integral jamás puede reducirse una persona al rol que desarrolla en su vida pública. Antes del profesional está la persona”. Por lo anterior cuando hablamos del ser-enfermera es imprescindible hablar del ser humano, del sujeto cuidador.

5.1 . EL SER ENFERMERA: SER EN SÍ O SER PARA SÍ

La satisfacción e insatisfacción están íntimamente relacionadas con el ser enfermera y el dilema que encuentro en las participantes del estudio está en el ser en sí o el ser para sí. El ser enfermera, ser en sí, según las formas del ser desde la ontología²⁸ y en la dialéctica hegeliana corresponde al objeto (en palabras de Hegel) aislado, que no evoluciona históricamente, estancado en lo social, laboral y educativo y que “vive en un mundo de lo puramente natural y ahistórico”⁷⁴. En este estudio el ser enfermera se moviliza entre el ser en sí y el ser para sí, tal como se evidencia en el marco émico 1. El ser para sí o el ser fuera de sí, no se puede mirar en forma opuesta al ser en sí, puesto que los límites no son claros.

“El ser fuera de sí se caracteriza por la tendencia a la alteridad”, es un ser que se constituye en la medida que “amplía el ámbito de su realidad por medio de nuevas formas o de nuevas experiencias”²⁸. Al respecto Torralba,F plantea que el ser humano “es un proyecto que se construye en libertad” ⁷², imposible de pronosticar, que no es rectilíneo, está mediado por el abismo, la fractura, la discontinuidad y la oscilación.

Marco émico 1. “Ser en sí”

Participante	Testimonios
E12	Otra cosa importante, es que yo esté de acuerdo con las cosas de la institución como con las directrices de la institución, porque cuando la institución va por un lado y uno va por otro, no puede haber armonía. Entonces como hay tan poquita oportunidad de trabajo mucha gente se queda en una institución porque ¿para dónde se va a ir? Aguantando el caos que porque no tiene más para donde irse, porque necesita la plata, porque tiene deudas.
E5	Yo me apasiono con el trabajo, me voy quedando más tiempo del que es, yo me quedaba aquí, había días que me quedaba hasta las 11:00, 12:00 de la noche. Los mismos dueños trabajan aquí en la clínica y los dueños son muy exigentes, muy caprichosos, ellos no respetan procesos, de pronto no respetan cargos. Así uno no esté de acuerdo, eso lo tenemos muy claro, nosotros somos empleados, nosotros tenemos sin que nos falten al respeto como personas, sí respetar las decisiones que ellos toman, porque esto es lo de ellos, aquí tienen un capital invertido muy grande.
E5	Cuando reniegan de alguna cosa, es que muchachas pónganse a pensar ustedes, si fuera la casa de ustedes, en la casa uno tiene la persona que uno quiere, sí la persona que uno quiere, no hace lo que a uno le gusta entonces no trabaje conmigo, a mi me parece muy difícil como que uno entienda cuando son sus límites. Cualquier cosa que no les guste entonces se la gana el personal de enfermería, entonces es todo el tiempo explicando, explicando, disculpando al médico, eso es desgastante, entonces tanto trabajo, tanta carajada, para que el que se lleve los honores siempre sea el médico, nosotros somos con las que barren y trapean, eso es en lo que uno se convierte. Porque las enfermeras no dedicamos a delegar, y delegar, y delegar... y no se hicieron respetar entonces les quitaron recursos, les quitaron persona, les quitaron un montón de cosas y obvio, si yo tengo menos gente, me toca delegar cosas porque si no, no me alcanza el tiempo para lo que tengo que hacer, las auxiliares cogieron fuerza y van a coger más
E8	Es a veces un trabajo muy estresante, tantas cosas, este le dice, el otro le pide, el paciente acá, el familiar allá, la auxiliar aquí, la parte administrativa, todo el mundo como que también, pero uno va aprendiendo a manejar todas esas cosas.
E4	Mi esposo siempre lo ha entendido, que yo trabajo los sábados, todos los domingos, festivos, los 24 de diciembre y que yo no puedo estar allí, en todos estos años que estoy en este proceso de entrega, esto ha hecho que uno se libere de todos estos vicios sociales que nada traen y que nada dejan. Obviamente la responsabilidad que uno maneja es supremamente grande, uno tiene que responder por todo. Pero uno aquí tiene que pedir la cita, tiene que pedir la ambulancia, uno tiene que estar pendiente hasta de que la facturación estuvo bien hecha, uno tiene que asumir muchas cosas, entonces esa parte directa, directa con los

Participante	Testimonios
	pacientes se ha ido diluyendo. Uno trata de que esa persona no se vaya con el nombre de la institución por el piso, es lo que uno busca, de pronto uno en el fondo dice, ese no se merece que lo atiendan tan bien como por su forma de ser, pero uno no quisiera que la institución se la fueran a empantanar a otra parte.
E2	Pero cuando uno está nuevo en una parte se puede poner todo patas arriba y uno no puede decir nada.
E2	El trato hacia uno pues, yo no estoy enseñada ni a que me regañen delante de todo el mundo ni a que me griten y eso me ha dado muy duro, me ha dado muy duro y estamos en una situación donde uno ya necesita el trabajo y tiene que tragar muchas cosas, en otra época no, de hecho yo lo hice y me retiré y me voy pues porque fue injusto, pero ya aquí no, trague, trague. Mi vida dio un vuelco, un vuelco de retroceso y estoy como donde no debería de estar, porque yo todo lo que he recorrido y estoy como empezando otra vez bajo cero donde ya yo pasé por el que me gritaba, ya lo superé, donde ya yo no me dejaba gritar y tenía bases sólidas y era capaz de defenderme, ya otra vez volví a empezar donde me gritan y tengo que bajar la cabeza, me regañan sin razón y tengo que bajar la cabeza. La verdad, ha sido súper difícil, vengo de un ambiente distinto de estar nueve años de ser alguien, aquí no soy nada, ni nadie, empezar es muy difícil en cualquier parte, por mucha experiencia que usted tenga, es muy difícil.
E7	Tenemos que estar pendientes de todo, de todo lo que hacen los demás del grupo interdisciplinario. Nosotras somos las que a la larga tenemos que responder por lo que hace todo el mundo.
E13	A nosotros se nos ha delegado un montón de cosas como que nadie responde y que entonces ah, no enfermería, es que a enfermería se le adicionan un montón de cosas que no debían ser, que de pronto te absorben mucho tiempo que podría ser destinado para tu paciente, que le podría dar más calidad en el cuidado.
E11	Entonces tienes que estar atento a todo lo que pase, que se dañó algo, que no compete a enfermería, pero como pertenece al hospital, vos tenés que responder y en determinados momentos tenés que decir vamos a llamar a un técnico, a un mecánico etc.
E17	Yo soy responsable por la higiene corporal, soy responsable por la comodidad en el cuarto, soy responsable porque todo esté limpio, organizado, así yo de pronto no lo haga, puede que yo ponga a otro a que lo haga.

a“Alteridad =Alteración: puede entenderse en dos sentidos1) como transformación de la cualidad actual de una cosa: 2) como transformación de una cosa en algo diferente. El término alteridad o alteración puede aplicarse indistintamente a todas las existencias, aún cuando de un modo propio solo convenga a la existencia humana. Empleando la terminología hegeliana, la alteración es la acción y efecto de un alterarse por lo cual un

ser en sí se transforma en un ser en otro”

5.1.1. Ser en sí

El ser en sí, descrito en el Diccionario de Filosofía como “el ser que permanece dentro de sí mismo” y apoyado en Sartre como un “ser compacto e informe, hostil a toda separación y a todo movimiento [...], carece incluso de toda significación (o de todo sentido), semejante ser no puede tener accidentes, ni atributos”²⁸. Es una concepción fuerte y radical, en la cual el ser de las enfermeras del estudio no se ubica completamente.

El ser en sí, según José Siles⁷⁴, corresponde a un ser enfermera ausente de un componente de proposición y de acción, temeroso, servil, que sólo cumple órdenes. Es el caso que nos trae el cuadro émico 1, al mostrar una enfermera que está constantemente “agachando la cabeza”, sin protestar por la injusticia que el medio económico y laboral actual le impone; no intenta romper el hilo conductor de la organización y se adapta a las exigencias, aunque estas vayan en contra de su dignidad personal y laboral: (marco émico 1, E2, E5).

El peso del legado histórico cultural de una profesión eminentemente femenina, (que se refleja en los participantes de este estudio con sólo dos hombres), puede ser uno de los factores que contribuyen al ser en sí de la enfermera. A este aspecto se refieren Medina, JL42 y Siles, J74 al analizar el papel de la mujer y de la enfermería en la sociedad y lo relacionan con la ralentización de su evolución como representante del sexo oprimido que es objeto de sumisión, dependencia o esclavitud, y lo identifica con la identidad de la dialéctica del esclavo hegeliano. La entrega y sumisión de las enfermeras también se refleja en este estudio (Ver Marco émico 1, E4, E9).

Según Siles J74 la enfermera no traspasa la frontera del ser en sí, dado que carece de conciencia crítica ya que en este tipo de identidad centrada en el feminismo, según este autor, también se conjuga el componente de la cultura religiosa, el cual no abordaré en este estudio.

Lo que se observa en el ser en sí de algunas de las enfermeras del estudio, es que, en aras de la sumisión y la poca crítica, invierten su responsabilidad de cuidar al sujeto enfermo: cuidara tal como lo expresan Kérouac, S et al⁴⁴, por una entrega y lealtad hacia la institución contratante, empieza a surgir, entonces, expresiones del tipo “darse a la institución”, que contrastan con “darse al cuidado del sujeto enfermo” (tema que será tratado en el capítulo Entre roles e identidad) (Ver marco émico 1, E4)

El ser en sí es permeado por las diferentes denominaciones que confunden la praxis del cuidar: cuidado directo, gestión del cuidado, roles médico-delegados o interdependientes, roles independientes o autónomos, gestión del servicio y la denominación de roles de enfermería, los cuales conceptualizaré en forma breve:

Cuidado directo: “función asistencial de relación directa con el usuario, familia y comunidad para la ejecución de las acciones precisas a favor del bienestar y la seguridad, que pueden tener aspectos de promoción, prevención, curación o rehabilitación”⁷⁵.

Gestión del cuidado: se debe centrar la acción en el paciente o cliente de la organización sanitaria. “El gestor tiene los campos claros de acción respecto a los usuarios: propiciar ambientes de cuidado favorables, asegurar la calidad de los cuidados y actuar como defensor de los derechos de los usuarios”⁷⁶.

Gestión del servicio: “su responsabilidad y su actuación tienen que ver con todos los elementos de la organización sanitaria: la propia organización, el personal y los clientes o usuarios”⁷⁶.

aEl centro de interés de la disciplina enfermera se refiere a la esencia, al corazón y al alma, o sea al cuidado, la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud”

Roles médico-delegados o interdependientes: son las actividades que realiza la enfermera para cooperar con el médico en la tarea de curar a los pacientes, como los tratamientos y los medios diagnósticos⁷⁷.

Rol independiente o autónomo: centrado en la gestión del cuidado, son aquellas actividades que realiza la enfermera de forma autónoma, inherentes a cuidar la salud y la vida para garantizar la recuperación y el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas⁷⁷.

Roles de enfermería: son los diversos papeles o funciones que desempeñan las enfermeras cuando prestan servicios a los pacientes. Por ejemplo, el rol de cuidador, de gestor, de comunicador, de educador, de defensor del paciente, entre otros⁷⁸.

Tal como se observa, estas diferentes denominaciones frente a la praxis del cuidar, tienen sentidos diferentes. No obstante, en la práctica profesional las enfermeras del estudio transitan por ellas sin distinción clara entre unas y otras. Están, en primer lugar, el cumplimiento de órdenes para la gestión del servicio, y en segundo lugar, las funciones médico-delegadas, lo que significa que hacen una delegación del cuidado profesional a la auxiliar de enfermería.

El estudio de Gutiérrez,P Núñez,ER y Rivera,CL⁷⁷ señala que, entre las actividades interdependientes o médico-delegadas y las autónomas o propias de enfermería, prima el ejercicio de las primeras, es decir, las enfermeras dedican la mayor parte del tiempo a las actividades interdependientes, lo que perpetúa más el rol centrado en cumplir órdenes, dejando en un segundo plano el cuidado del paciente, que es su esencia de ser enfermera, mientras que las actividades de cuidado directo están claramente asignadas al personal auxiliar de enfermería, como lo señalan MC Castrillón et al²⁴, tal como se constata en este estudio (Marco ético 1:E5, E13).

La primacía en la delegación del cuidado enfermero también es referenciada en estudios de México⁷⁹ y España⁸⁰. Frente a este tema, Zarate,^{R79} expresa que la enfermería requiere identificar la necesidad de volver la vista y la responsabilidad hacia el cuidado y la calidad de vida de las personas, porque con la tendencia del nuevo modelo de salud globalizado y las prácticas rutinarias de las actividades de cuidado médico-delegado, se está cayendo en una excesiva carga administrativa sobre las enfermeras, lo que lleva a que se desplace el cuidado directo y sus funciones autónomas.

Ese ser enfermera que desplaza el cuidado por cumplir órdenes médico- delegadas, también se observa en este estudio (Ver Marco émico 1:E4, E11), puesto que encontramos enfermeras que sólo cumplen órdenes y no manifiestan alternativas o propuestas para llevar a efecto su praxis frente al cuidado directo de las personas hospitalizadas bajo su cargo, es decir, prima un ser en sí.

Por otra parte, el estudio de Pico ME y Tobón O81 muestra que, en la formación de la enfermera aún continúan teniendo peso los imaginarios culturales de la profesión, lo cual puedo relacionarlo con el ser en sí. Según estos autores, culturalmente, como lo señala la historia, se ha considerado a la enfermera como una persona pulcra, integral, religiosa, de rol femenino y poderío masculino, es decir, una imagen de enfermera en un ser trascendental, como lo describiría Husserl, y además, sumisa ante el género masculino, representado en la figura del médico.

En estos imaginarios culturales de la profesión también se identifica a la enfermera con la más humana, bonita, pulcra, la que no se puede equivocar, el centro, la mamá, la polifuncional, y la “todera”⁸¹ y, añaden Spector R y Muñoz MJ⁸², como la persona que resuelve los problemas. Es decir, el ser para sí, representado en actitudes críticas y propositivas para dar el cuidado, se diluye ante el acatamiento de órdenes y la responsabilidad asumida para resolver todas las dificultades de los servicios de hospitalización. El ser enfermera polifuncional o “todera” también puede apreciarse en el estudio (Ver marco émico 1:E8, E4, E7).

A esta posición de sumisión y de acatamiento de órdenes médicas se suman las condiciones actuales del contexto colombiano: baja oferta de contratación laboral y las funciones asignadas por la entidad contratante, lo cual lleva a la enfermera a cumplir una polifonía de funciones sin espacio para reflexionar en su ser. De hecho, el ser en sí, no corresponde obligatoriamente a un deseo personal de la enfermera. Como lo he expresado, las situaciones del contexto limitan, en muchos casos, su toma de decisiones para buscar otras alternativas más dignas de empleo y la someten a la sumisión, como se aprecia en marco émico 1 (E1, E12).

Según Romero MN²⁶, la situación que están viviendo las enfermeras colombianas con relación a las instituciones empleadoras, en el contexto laboral y social, obedece a las políticas en salud que han llevado a muchas instituciones prestadoras a disminuir cargos de profesionales de enfermería para contratar mano de obra no calificada (ejemplo: auxiliares y ayudantes) para dar el cuidado con criterio científico y técnico profesional, todo esto, unido al aumento de la carga laboral, la baja remuneración, la falta de estímulo para la capacitación y otros factores que configuran unas condiciones precarias de trabajo en desmedro de los profesionales de enfermería y de su formación²⁶, doblegando el ser enfermera en su praxis real.

Este ser humano cuidador debe rescatarse como un ser con autonomía, cognitivo, crítico, propositivo, puesto que es la persona que debe interactuar directamente con otros sujetos en el contexto hospitalario. Este ser enfermera, como dirían los filósofos, está en constante cambio y transformación entre el ser en sí y el ser para sí. Se adapta, sufre y lucha para salir adelante y sentirse satisfecha con el ser enfermera que ha venido construyendo y deconstruyendo en su experiencia profesional de cuidar a las personas,

tanto en las instituciones como en su medio social. Al respecto, Téixidor, M expresa frente al acopio de la experiencia del cuidar que contribuye en ser enfermera que “La enfermera no ha de actuar mecánicamente, sino en función del contexto, de la persona, del momento, observado, mirando, escuchando, analizando, entendiendo significados. Solo así podrá comprender y actuar conjuntamente con la persona desde la perspectiva de cuidar. Esta es la grandeza de la profesión de enfermería y su razón de ser”⁸⁰. Esta visión de la enfermera: observadora, analítica, crítica, propositiva, corresponde a un ser para sí.

5.1.2. Ser para sí

Con la dialéctica, Hegel le aporta a la discusión del ser. La tesis, la antítesis y la negación del ser, son retomadas por filósofos como Heidegger y Sartre en sus planeamientos del ser y la nada, con elementos de cambio continuo, relaciones complejas, deconstrucción y construcción del “ser en sí” mismo, para llegar a un “ser para sí” o del “ser fuera de sí”, es decir, un ser en el tiempo, el ser histórico de Heidegger⁷⁴.

Según la teoría hegeliana, el “ser para sí” es el resultado de un movimiento determinado por la interna construcción de “ser en sí”; corresponde al sujeto que está en una construcción de conciencia crítica y con deseos de cambios históricos⁷³⁻⁷⁴⁻²⁸, tal como lo evidencia el marco ético 2, un ser enfermera preocupada por su realidad y con deseos de cambios.

Marco ético 2. “Ser para sí”

Participante	Testimonios
E5	¿Quiénes son los que están gestionando los proceso de enfermería?, ¿Quiénes son los que están liderando los procesos? y ¿Qué talentos o que actitudes hay que mejorar o hay que encausar? No le están enseñando a ninguna a ser líder de un proceso, no se está enseñando cómo debe ser, es que todos debemos ser igualitos, entender que tenemos un grupo a cargo y que ese grupo a cargo tiene que estar liderado por una persona, pero eso se está perdiendo. Es que yo me acuerdo que nosotros hacíamos práctica, nos íbamos para un servicio y la jefe del servicio era una autoridad y ella le decía al médico esto y esto, tenía voz y voto y el médico no pasaba ronda sino era con la jefe, y la jefe le contaba todo con pelos y señales del paciente. Requerimos más personal, nosotros hacemos muchas funciones de secretaria, estar haciendo pedidos de medicamentos, entonces uno no se encarga de administrar el cuidado al paciente porque tengo que hacer un pedido, una cosa que la pueda hacer una secretaria. Enfermería es más vocación que cualquier cosa, para uno ser enfermera debe tener vocación de servicio, no de servilismo, sino de querer hacer las cosas muy bien hechas con muy buena fundamentación para que la gente respete el trabajo. Para ser enfermera no puede ser cualquier tipo de persona, yo pienso que tanto para medicina, como para enfermería, el ingreso a la facultad no debería

Participante	Testimonios
	ser solamente un examen, uno tiene que tener un perfil y tener ciertas cualidades y ciertos talentos y ciertas actitudes hacia el cuidado de la salud.
E16	Uno dice, ¿yo por qué tengo que hacer esto?, por decir en el momento, ¿sí el médico genera una orden, yo por qué tengo que hacer la orden en un formulario, yo?, ¿sí el médico es quien genera la orden? Uno aquí saca fuerzas yo no sé de donde, pero esa fuerza yo pienso que es porque dentro de uno existe una motivación. Yo siempre me levanto con alegría de que me siento bien siendo enfermera, eso es una motivación importante y trato de lo que pasó el día anterior, si vengo de turno no me afecte.
E13	Uno dentro de la profesión, dentro de la formación, uno tenía como mucha iniciativa, autoría, uno llegar aquí, uno de pronto se tiene que restringir un poquito entonces, si yo hacía la curación, pasaba la dieta de tal a tal y aquí, ya no puedo hacer eso sin previa autorización del médico. Uno aprende a manejar muchas cosas, pero también le quitó como esa parte que uno sabía que tenía como esa autonomía. Uno poderse librar de esas cosas extras, de todas esas cosas extras que no me competen a mí, que a mí nunca me dijeron en la universidad que yo iba a tener que hacer.
E4	Es como una queja en general, porque yo converso con las compañeras de la mañana, en la mañana somos dos jefes y en la tarde uno solo y he conversado con ellas y dicen, que uno aquí se la pasa tramitando. Yo veo que se ha mermado la oportunidad de nosotras de hacer la parte asistencial por todas las funciones administrativas que nos ha dado el hospital.
E9	Esto aquí es muy difícil, porque esto es de socios, entonces si al socio no le gustó esto pues, mejor dicho hay que pelear y enseñarle la norma, pero a veces son muy rehaceos, pero en general, en cuestión del personal y todo, si lo toman a uno muy en cuenta.
E8	Eso también es muy demandante (el medio laboral) todo eso tú lo obvias y lo vas pasando, lo soportas, usted no le da como tanta importancia a eso, sino como más al gusto suyo por hacer las cosas, yo lo veo más por ahí. Todo así lo hagan ellas (las auxiliares de enfermería) algún problema, alguna cosa somos nosotros quienes tenemos que dar la cara ante la gerente, la administración, ante un llamado. Yo creo que se ha tratado de que seamos muy colegas, muy compañeros, pero no se da, cada cual vive su vida. [...] cada cual anda por su lado y esas cosas; muy independientes, muy calladas, nadie comenta aquí nada, en esa parte si nos falta como más compañerismo.
E12	Yo no creo que no haya una institución donde todo sea malo... y si usted no se adapta... váyase... tenga el coraje de decir: yo me voy, porque no me adapté a esta institución, porque no soy capaz de trabajar con la carencia de esta institución, y yo me voy. Pero yo aquí, no me quedo.
P8E1	Reevaluar si realmente el personal que está sí es capaz con tanta carga

Participante	Testimonios
	laboral, uno se va saturando, uno va llegando a esa situación del bournout laboral. En otras instituciones la profesión sí se ve como muy opacada.
E1	Entonces eso es como de grandes voluntades, de hacer bien las cosas, de sacar adelante la profesión, de trabajar duro cada día para que la profesión tenga más reconocimiento, de que logre un estatus real pues que se merece en la sociedad. Cuando uno escoge esta profesión, pues tiene que tener como cierta vocación, o tiene que tener cierta voluntad para el cuidado de un paciente.
E7	La enfermera es la que tiene que responder por todo el cuidado integral y responder por todo lo bueno, por todo lo malo, bonito o lo feo que hace todo el equipo de salud. Porque aquí en el hospital se le exige más al personal de enfermería que a los demás integrantes del equipo de salud. Entre nosotras mismas somos muy malas colegas, entonces nadie habla porque le da miedo que no le van a dar más contrato laboral, esa es la realidad ¡estamos atadas de pies y manos! y las poquitas que hablamos, pues porque no nos pueden echar tan fácil; si o no?
E14	El colegaje, hay mucha competencia, como mirar si cometí un error y al otro día señalarla, sí hay mucha competencia. Dificultades si no tengo con ninguna, pero uno sí nota que hay que ser muy perfeccionista, pero poco apoyo. La tolerancia, la comprensión, sentir como el dolor del otro, porque a veces una se va volviendo muy insensible.
E6	Entonces se le va a uno el tiempo haciendo actividades administrativas y las asistenciales ya se van delegando a un segundo plano, sabiendo que deberían estar en primer plano sobre todo en un hospital. Estar compartiendo la autoridad con un grupo de trabajo es difícil, con una colega es difícil, a pesar de que yo no tenía malas relaciones con ellas, me daba rabia ver cómo me manipulaban. Porque de las buenas relaciones que uno sostenga con ellas (auxiliares de enfermería) depende el ambiente de trabajo. Porque yo soy una persona muy exigente, pero al mismo tiempo yo las quiero y las apoyo.
E11	Una defensa por los enfermeros, que ojalá estuviéramos siempre unidos, es muy básico que el enfermero profesional siempre piense en su subalterno directo que es el auxiliar, yo siempre lo he dicho que la razón de ser del enfermero es el paciente y el auxiliar, el uno le ayuda al otro.

La reconstrucción del ser para sí es un proceso por el que pasa la enfermera, inicialmente tiene que deconstruir su ser en sí, acrítico y sumiso, para iniciar la nueva reconstrucción de su ser para sí. Según Siles, J es un proceso en el cual las enfermeras pasan por un estado de crisis, de incertidumbre y de cuestionamiento, como se evidencia en el estudio (marco émico 2:E5, E13, E16, E12).

Estas expresiones de descontento, de cuestionamiento y de queja con su ser enfermera frente al quehacer de secretaria, recepcionista, ayudantes de farmacia, entre otras, que no les compete con su profesión, ya ha sido descrito por Adam,E83(1991

Citado por Pico, ME y Tobón,O) y por Turner,B desde la sociología, con la categoría de la cultura de la queja entre las enfermeras.

La queja entre las enfermeras, según Salaman,G84 (1986, Citado por Turner,B) actúa como una válvula de seguridad que permite la salida de emociones, frustraciones, contradicciones y tensiones del sitio de trabajo. Cumple con las funciones de unificar a las enfermeras como grupo ocupacional con una experiencia y un léxico común. El resultado de la queja es conservador, con una actitud subordinada, para desafiar la estructura del sistema hospitalario. Sin embargo, en el contexto cultural hospitalario de las enfermeras del estudio, estas quejas no trascienden a los niveles administrativos superiores, dado el temor de desafiar la estructura organizativa o por miedo a la pérdida del trabajo. De hecho, algunas participantes en el estudio tuvieron temores de pérdida del trabajo al firmar el consentimiento informado, y fue necesario asegurarles que mantendríamos la confidencialidad de los datos. La expresión de las quejas conforma parte del proceso interactivo entre el ser en sí y el ser para sí (marco ético 2:E4, E7, E8), sólo que se requiere un mecanismo dinamizador para hacer trascender la queja hacia la construcción del ser para sí de las participantes del estudio.

Las quejas reportadas por las enfermeras, según Turner,B41, y que se encontraron en este estudio fueron el desempeño de la enfermería como actividad laboriosa y agotadora, la pérdida de autonomía, la falta de respeto y de reconocimiento por parte de la institución y el poco sentido de solidaridad del gremio de enfermería. Las quejas, de una u otra manera, aparecen en los testimonios de las enfermeras, empero, no las motivan a tomar decisiones para romper con las situaciones que originan el descontento. A pesar de que el léxico de la queja, para Turner,B, tiene un carácter claramente femenino, los hombres entrevistados en este estudio también se quejaron del dominio médico, de la carga de trabajo y de la falta de estatus de la profesión (marco ético 2:E1).

Otrora las quejas se expresaban ante las jefes del departamento de enfermería como una manifestación de desahogo ante las tensiones de las salas, en espera de que las jefes tomaran las decisiones para cambiar o mejorar las situaciones conflictivas o incómodas del contexto laboral; empero hoy en día, con la abolición de la mayoría de estos departamentos, la queja se reprime, creando mayor tensión y conflicto en su ser enfermera. Significa esto que, a pesar de la crítica y la queja, la reconstrucción del ser para sí se torna difícil, dada la pérdida de interlocutores válidos y del liderazgo de enfermería en las instituciones.

Otro elemento que emerge del estudio es el cuestionamiento que algunas de las participantes hacen a la vocación. Pero dicho cuestionamiento no lo relacionan con vocación religiosa o con misión impuesta por Dios o llamada, citando a Weber39, lo cual contribuiría con el ser en sí, sino, como la actitud vocacional, expresada por Arroyo,MP et al85, como una "sensibilidad suficiente como para dejarse impactar por ese bien interno y sentirse responsable de él, en este caso por el sufrimiento concreto, por el dolor único e irrepetible del que está a mi cargo" y por la necesidad humana, tal como lo evidencia el marco ético 2 (E1, E5, E14, E16). Las participantes del estudio manifiestan que para ser enfermera se requiere tener vocación de servicio, o como lo expresa Torralba,F86, espíritu de servicioa pero no servilismo (Ver marco ético 2: E5). Ellos expresan que el trabajo debe hacerse con calidad profesional para que sea respetado y reconocido.

Rechazan el servilismo, considerado como tener la cabeza siempre abajo, sin criterio y sin autonomía, y afirman que la enfermera, por lo contrario, debe ser centro de referencia para la gestión de procesos y la toma de decisiones, es decir que la vocación de enfermera o el espíritu de servicio que expresan las participantes del estudio contribuye al ser para sí.

Esta manifestación de vocación de servicio que expresan las enfermeras también dificulta comprender su ser, por un lado, la satisfacción con su vocación de servicio, como una ayuda humanizada, y por otro lado, la queja por las condiciones de subordinación y exceso de trabajo. Es decir, hay un movimiento dinámico y complejo entre la deconstrucción del ser en sí y la reconstrucción del ser para sí, entre la satisfacción e insatisfacción del ser enfermera.

Para lograr el ser para sí en la enfermera, es necesario, como dice Siles,⁷⁵ que el sujeto haga una negación de su identidad anterior, es decir, que provoque “la muerte o deconstrucción del estatuto de esclavo y el significado de palabras coercitivas cargadas de valores negativos desde la perspectiva de género que siguen recalitrantes ejerciendo de yugo lingüístico e ideológico (...)”. La identidad se analizará en el capítulo 5.2).

aEspíritu de servicio: es estar atento y “siempre disponible para ayudar a los demás a responder a sus necesidades”

Ser enfermera como un ser autónomo en el ámbito de la cultura hospitalaria es un reto para el profesional, como lo expresa Daniel Chanbliss⁸⁷, puesto que la enfermera ingresa a formar parte de un grupo particular de trabajadores sanitarios que debe cumplir al menos tres misiones difíciles y algunas veces contradictorias:

“Se espera que la enfermera de hospital (y generalmente ella misma también lo espera), sea simultáneamente 1ª) una persona que cuida, 2ª) una profesional, y 3ª) un miembro relativamente subordinado de la organización”. Estos tres requerimientos respecto a su papel, hacen necesario que se analice el “difícil problema teórico de la enfermería como una profesión femenina” y con una fuerte influencia de la moral en el trabajo (las normas del cuidado cuando se es profesional y cuando se es subordinado) lo que hace que sean “personas moralmente preocupadas, pero subordinadas, pertenecientes a las organizaciones”⁸⁷.

Según Chanbliss,^D las enfermeras han tenido grandes avances en su desarrollo científico y profesional, pero aún continúan con dificultades para alcanzar el prestigio y ser reconocidas socialmente por varias razones: 1ª) Las enfermeras se dedican a “cuidar” en una sociedad que rechaza el cuidado; 2ª) La mayoría de los médicos (y muchas enfermeras) consideran la enfermería como una clase de medicina “menor”, por la diferencia en su formación académica, que debe ser subordinada a las órdenes médicas y la 3ª) Las enfermeras, tradicionalmente (puede ser por su connotación femenina), tratan su trabajo de manera rutinaria y se adaptan a él con todas las vicisitudes y conflictos que abarca el cuidado de pacientes, comportándose como profesionales y trabajando como subordinadas en la organización del hospital,⁸⁷ tal como se observa en el estudio:(marco ético 2: E16, E13, E9, E8, E1).

El planteamiento de Chanbliss,^D sobre lo que significa ser una enfermera, nos muestra la connotación tradicional de la profesión como una ocupación femenina, rutinaria, con baja visibilidad y moderado prestigio, lo que me motiva a pensar en la imperiosa necesidad de la reconstrucción del ser para sí de la enfermera. En esta reconstrucción de su ser no se debe considerar de forma fragmentada el ser enfermera; por el contrario, el ser se refiere a la integralidad de persona que cuida, de una profesional y de un miembro activo del equipo de salud en una institución.

Otra manifestación del movimiento entre el ser en sí y el ser para sí se encuentra en el estudio de Aguilar MC, García MA y Calvo A⁸⁸ quienes, al analizar los valores hacia el trabajo del personal de enfermería en las organizaciones de la salud, encontraron que priman los valores personales e individuales frente a los valores colectivos o laborales. Es decir que la profesional de enfermería está más interesada en sí misma, en su autopromoción y conservación (autoridad y logro) que en las dimensiones de apertura al otro, al cambio, al espíritu de equipo y a la interacción con otros profesionales y con los mismos colegas, que son los que en últimas promueven los intereses grupales y la renovación de la organización.

Es paradójico que en las enfermeras predominen los valores individualistas sobre los de la cooperación, como lo plantea Sara Fry⁹⁰ : “si tenemos en cuenta que el objeto formal de la profesión se centra en la prestación de ayuda y de cuidados a las personas que lo necesiten. Esta situación también se aprecia en (marco ético 2: E1, E5, E6, E11).

a Cooperación:”es un concepto que incluye la participación activa con otros a fin de obtener una atención de calidad para los pacientes⁸⁹.

En este estudio se encontró un profesional de enfermería con claras manifestaciones de valores individualistas (dignidad humana, altruismo, reconocimiento, autonomía) y dificultades para el colegaje (marco ético 2:E7, E8, E14) Pero también se encontraron enfermeras que expresan la necesidad de tener buenas relaciones interpersonales, de cooperación con otros profesionales, no de sumisión sino de colaboración y de trabajo en equipo con el personal de auxiliares para desarrollar el potencial profesional.

Las instituciones de salud también tienen un papel determinante en el ser enfermera, como es el caso del llamado “Hospital Magnético” identificado en los estudios de American Nurses Credentialing Center por Lake ET⁹⁰, (2002, citado por López A) y por Kramer,M y Schmalenberg,C⁹¹. El hospital magnético, según las autoras, es considerado un buen lugar para trabajar, además de ser una institución reconocida y competitiva a nivel nacional. Estas instituciones se caracterizan por sus esfuerzos en desarrollar fórmulas que hacen más atractiva la profesión de enfermería, como “la satisfacción personal y profesional, el estatus, el rol del enfermero en la calidad del cuidado del paciente, la ratio enfermera- paciente, el reclutamiento y mantenimiento de los enfermeros, la relación médico- enfermero, la descentralización de la toma de decisiones, el liderazgo clínico, la autonomía y responsabilidad en el cuidado del paciente y la flexibilidad de los horarios de trabajo, entre otros”⁹⁰. Muchas de estas características, ya identificadas por Lake ET, han emergido como una necesidad de las enfermeras en este estudio como es el caso de la satisfacción, el rol del enfermero y la autonomía, que serán

desarrolladas más ampliamente en el segundo capítulo de este estudio.

El análisis de los cuadros émicos sobre el ser en sí y el ser para sí de las participantes de este estudio, y la revisión de otras investigaciones y autores me llevan a expresar que en la construcción del ser enfermera juega un papel importante el ser en sí y el ser para sí, sin que se puedan establecer límites entre uno y otro. Yo diría que es más un estado del ser enfermera en constante cambio y transformación que se mueve entre sus deseos personales y profesionales y la relación con el otro en el contexto cultural de la institución hospitalaria. Aquí confluyen las tres dimensiones que Chanbliss, D identificó en el ser enfermera: una persona que cuida, una profesional y un miembro relativamente subordinado de la organización. Sin embargo, al preguntarles a las enfermeras sobre la autonomía en su trabajo, la mayoría contestaron tener autonomía pero en actividades principalmente administrativas de las salas y de gestión del cuidado y haber perdido autonomía y autoría para tomar decisiones sobre el cuidado directo del paciente (Ver Marco émico 2: E5, E6, E4, E13).

Las enfermeras de este estudio pasan por unos estados y momentos de construcción y deconstrucción del ser enfermera para sentirse más a gusto en su ser y siempre están en búsqueda de esta plenitud, bien desde su deseo interno o bien desde el accionar de este deseo por medio de la crítica propositiva. En este ir y venir para desempeñar su ser enfermera en la compleja interrelación con los otros, emergen el rol y la identidad profesional que constituyen la segunda categoría que abordaré en este estudio.

Ahora bien, en términos de Chanbliss, D en la cultura de las instituciones contratantes las enfermeras deben tener una plasticidad tal que les permita movilizarse continuamente entre los intereses personales del ser en sí (subordinadas y cumpliendo funciones) y la interrelación con los otros, el ser para sí (profesional crítica con deseos de cambios); dilema ético que finalmente confunde la identidad enfermera con los roles o funciones, tal como se analizará en el siguiente capítulo.

5.2 ENTRE EL ROL Y LA IDENTIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“La identidad es huella y sendero; marca y proyecto, rostro y máscara, realidad y simulacro. Es un campo de disputa entre actuaciones posibles, de interlocuciones necesarias que implican un ámbito de intersubjetividad común, un juego de espejos donde se redefinen rasgos comunes y se ponderan diferencias”. José Manuel Valenzuela⁹².

En el estudio de la satisfacción de la enfermera fueron reiterativas las expresiones del rol y de la identidad. Si bien en el proceso de identidad profesional los roles o funciones tienen un papel básico, no se puede asimilar la identidad de la enfermera con los roles de enfermera, puesto que en las funciones actuales, según el estudio, priman el responder el teléfono, el pedido de medicamentos, la solicitud de ambulancias, entre otros, y mal se podría decir que la identidad de enfermera esté dada por ser telefonista. Esta confusión

entre identidad y rol que se presenta en las participantes del estudio es la que quiero analizar en este capítulo, bien porque necesitamos discutir esta indiferenciación que bastante mal le hace a la profesión, bien porque asumir la indiferenciación es la forma de justificar la satisfacción o insatisfacción, o porque en este contexto globalizado y comercial de la salud y enfermedad la indiferenciación entre la identidad y el rol abre otros caminos para una reflexión crítica sobre la praxis y la identidad del profesional de enfermería. Como expresa Erikson, EH93, la formación de la identidad en sus aspectos individuales y colectivos entraña un conflicto continuo, con poderosos elementos negativos y positivos del pasado y del futuro.

5.2.1. Rol

Según las ciencias sociales, el concepto de rol o papel social es originario del vocabulario de la dramaturgia. Surge inicialmente en el ámbito de los psicólogos sociales y clínicos para el análisis de la conducta interpersonal, y posteriormente “ha ocupado un puesto central en el análisis sociológico que intenta ligar el funcionamiento del orden social con las características y el comportamiento de los individuos que lo constituyen”⁹⁴.

Según el Diccionario de Sociología, Parson T y Shills, desarrollan el concepto de rol “en relación con el de situación: la situación es la posición ocupada por determinados individuos en un sistema social, mientras que el rol es la puesta en acción mediante la conducta, de las expectativas normadas atribuidas a una posición”⁹⁵ y que vienen establecidas a través de la cultura, las normas y los valores. Cada individuo ocupa múltiples situaciones y para cada una de ellas hay un rol asociado. La interacción del rol es exitosa en la medida que cada uno de los actores se comporta conforme a las expectativas que sobre su acción tienen los demás actores implicados en la situación. Una misma posición en el sistema social puede congregar varios roles y estatus relativos⁹⁵.

Según Berger y Luckman³³, el rol aparece en el origen de las instituciones y representa el orden institucional. “Todo comportamiento institucional involucra «roles», y éstos comparten así el carácter controlador de la institucionalización. Cualquier realización de un «rol» concreto se refiere al sentido objetivo de la institución y, por ende, a las otras realizaciones de “roles” que la complementan y al sentido de la institución en su conjunto”³³.

Según MF Collière⁴³, el concepto de rol en relación con la disciplina de enfermería, es complejo por sí mismo y tiene una doble connotación: la de un rol social y la de un rol individual. El rol social es la expresión del cumplimiento de una función social y el rol individual se refiere a la manera de representar personalmente dicho rol social.

Tal como se observa, cada individuo ocupa múltiples situaciones, y para cada una de ellas hay un rol asociado. En nuestra profesión tiene varios roles: cuidadora, gestora del cuidado, gestora del servicio, investigadora, educadora. Para Collière, rol es diferente a función y tienden mucho a confundirse, “el rol es la manera de actuar, la manera de vivir, de volver a sentir lo que se hace al ejercer la función. No es la función, es la expresión de la función”⁴³, es decir, cuando la enfermera desempeña sus roles en el contexto

institucional está representando la identidad del profesional de enfermería.

5.2.2. Identidad

Desde la filosofía, el concepto se ha trabajado desde el ámbito ontológico formal (o metafísico) y el lógico. El primero es llamado principio ontológico de identidad ($A = A$), según el cual toda cosa es igual a ella misma; y el segundo es el principio lógico de identidad (A pertenece a todo A). En el curso de la historia, ambos sentidos, el ontológico (o metafísico) y el lógico de la identidad, se han entremezclado y no ha sido fácil su separación²⁸.

Para Aristóteles, la identidad se da en varias formas: es “una unidad del ser, unidad de una multiplicidad de seres o unidad de un solo ser tratado como múltiple”²⁸. Aristóteles también habló de identidad desde el punto de vista de la igualdad matemática. Los escolásticos consideraron varios tipos de identidad: identidad real, racional, numérica, específica, causal, primaria, entre otras, y pronunciaron uno de los conceptos de identidad, común a todos los tipos de identidad: “la conveniencia de cada cosa consigo misma”. Para Kant, “la identidad se hace trascendental en tanto que es la actividad del sujeto trascendental la que permite por medio de los procesos de síntesis identificar diversas representaciones (en un concepto)”²⁸.

La filosofía contemporánea, al examinar el problema de la identidad, plantea que “hay la idea de la “unidad consigo misma” de la cosa. Empero, para los idealistas alemanes Fichte, Schelling y Hegel, “no es posible representar la identidad como una mera unicidad. La unicidad es puramente abstracta y nada dice del “ser en sí mismo con” que plantea el principio de identidad metafísico”²⁸.

Ahora bien, desde la Sociología también se ha discutido el concepto de identidad. Erikson EH sustenta que la identidad psicosocial posee características complejas, a la vez subjetivas y objetivas, individuales y sociales. “La identidad psicosocial, por tanto, depende de dos elementos complementarios: una síntesis interna (yo) en el individuo y una integración de papel en su grupo”⁹³.

Para Valenzuela, JM⁹², las identidades sociales también se adquieren en ámbitos intersubjetivos de reconocimiento y diferenciación en la relación entre el individuo y la colectividad, llevan implícitos las características de ser cambiantes en el tiempo, conflictivas y delimitadas en contextos sociohistóricos particulares.

Desde las teorías de enfermería también se ha hablado sobre identidad del profesional de enfermería. Collière expresa que “el concepto de identidad abarca este campo de las relaciones humanas donde el sujeto se esfuerza por realizar una síntesis entre las fuerzas internas y las fuerzas externas de su acción, entre lo que es para él y lo que es para los demás”⁴³.

En este capítulo me apoyaré en las teorías de la sociología y de la enfermería, puesto que éstas van más allá de la concepción trascendental y de la unicidad, hacia una concepción de identidad que tiene en cuenta el sujeto transformador y las relaciones intersubjetivas, como lo plantea Collière, entre lo que es para él y lo que es para los demás.

A partir de Collière⁴³, la identidad se define como la síntesis de las fuerzas internas, lo subjetivo, (del ser en sí y el ser para sí, que forman un pilar básico de la identidad del profesional de enfermería, ya tratado en el capítulo anterior y que será tomado en forma breve) y la síntesis entre las fuerzas externas de su acción y lo que los demás esperan de él, lo intersubjetivo —en lo cual me centraré. De hecho, expresiones tales como “ganar espacio” y “ganar reconocimiento”, entre otras, señalan los caminos en la construcción de la identidad del profesional de enfermería en el contexto de las instituciones en salud (Ver marco émico 3).

El profesional de enfermería, en la construcción de la identidad, se esfuerza por ganar reconocimiento ante los otros. Como lo expresa Arias,^{J96}: “identidad es una categoría construida en la realidad social donde nos formamos y nos representamos frente a uno mismo, frente a los otros y requiere del reconocimiento del otro, de los otros, de la alteridad, de la diversidad y de la creación de espacios de intersubjetividad donde el lenguaje transmita significados”. Para las participantes del estudio, el reconocimiento de la enfermera se adquiere progresivamente con la experiencia en la institución, con el desempeño, y se evidencia en algunas actividades que realiza de manera exclusiva. Aquí ocupan un lugar importante la comunicación y la relación consigo mismo y con los otros.

Marco émico 3. Ganar espacio y reconocimiento

Participante	Testimonios
E1	En la medida que uno tenga más conocimiento de la empresa, uno se va volviendo alguien importante en ella y va ganando mucho reconocimiento y hay decisiones que son importantes para la institución. Se ha ganado mucho espacio en la medida de que, por ejemplo, en este momento hemos podido implementar los diagnósticos de la NANDA, hemos podido desarrollar guías de reacciones inmediatas, de manejo de situaciones especiales, adicional pues de las guías de manejo clínico. Entonces, ya por múltiples razones, si yo no estoy, me esperan y entonces, de cierta forma hemos ganado mucho respeto en esa parte y siempre el diagnóstico de enfermería. Es difícil que el cuidado directo con el paciente se vea, o sea, no se ha ganado el reconocimiento por el cuidado directo al paciente, sino más como por la gestión administrativa que se hace. Es algo que tiene que hacer todo enfermero, que además de tener conocimiento, habilidades, destrezas tiene que tener muy buena competencia comunicativa, y de generar empatía, credibilidad y confianza tanto en el usuario como con los compañeros y con los superiores ese espacio se gana.
E12	Me iba para remisiones pues lo disfruté mucho y me gané muchos espacios con eso, no solamente con las auxiliares sino también con los médicos, pues ya me tenían en cuenta para muchas cosas y con el gerente también. Es muy importante como grupo tomar decisiones y es más [...] ellos son los que preguntan: "jefe: ¿le hacemos este TAC ya o se lo hacemos mañana... o ¿usted qué opina?... ¿cómo reanimamos a este paciente? será que cambiamos esos catéteres o usted qué dice?..." sí doctor, es que mire por esto, por esto, yo sé que se debe hacer, entonces uno tiene que ganarse como ese lugar; también para que a uno lo escuchen, para que lo tengan en cuenta y para uno hacer parte de ese cuidado".
E13	Me adapté, y en la medida que lo van conociendo a uno y uno tiene esa confianza, que le vean el trabajo y todo, uno gana ese espacio.
E6	Tengo muy buena relación con ellos (los especialistas), tienen muy en cuenta a la jefe del servicio para cualquier necesidad, me tienen muy en cuenta.
E3	En los hospitales sí lo tienen a uno en cuenta, y dígame a la jefe, o dígame a la enfermera, o lo que diga ella.
E5	Me gusta que la gente reconozca que uno está interesado en ellos, que uno quiere brindarles una buena atención, entonces a mí me gusta que me llamen, no me molesta, no me choca que me llamen, porque eso quieres decir que el paciente está reconociéndome como una persona que le está ayudando a aliviarse.
E17	Igual con el personal, todos se refieren a uno, todos, jefe por aquí, jefe por allá, jefe, jefe, ay yo creo que es el rol, así haya sujetos que en su desempeño hagan que de pronto la gente pierda la credibilidad. Yo creo que es el rol de enfermera como tal, el sujeto que lo desempaña tiene

Participante	Testimonios
	mucho que ver, pero es lo que la enfermera en todos los años se ha ganado. Me da reconocimiento ser el punto donde confluye y donde se respeta la decisión.
E8	Yo he tratado de hacer las cosas muy bien, uno no es perfecto, pero sí quiero que todo sea como organizado, que esté bien, nada de medio cuidado, sino que todo esté bien con responsabilidad, con respeto ante el otro, ante el paciente.

Lo que es para los demás, como lo expresa Collière⁴³, se refleja en la importancia que las participantes del estudio le atribuyen a ser considerado imprescindible: la tienen en cuenta para suplir necesidades del personal médico y para solucionar todo tipo de problemas.

El ganar reconocimiento realimenta la identidad profesional y corresponde a un proceso en el cual se ponen en juego, por un lado, el ejercicio de su praxis, y por el otro, lo que los otros esperan de ella. De hecho, cuando la enfermera ingresa a una institución le asignan el cargo de jefe de un servicio; sin embargo, el reconocimiento de sus conocimientos y capacidades lo gana más o menos rápido, dependiendo de su desempeño profesional y de sus interrelaciones. Las enfermeras expresan que son reconocidas cuando las tienen en cuenta, cuando las escuchan y reclaman su presencia en la toma de decisiones; esto es ganar espacio, es la realización de un rol exitoso, el cual se traduce en una manifestación de respeto, de confianza y de satisfacción en su desempeño que reafirma la identidad profesional. También contribuyen a la identidad profesional la autoridad, la seguridad, la confianza y el trabajo en equipo. (Marco émico 3 E1, E12, E3, E5, E17).

En la construcción de la identidad es necesaria la creación de espacios de intersubjetividad donde el lenguaje transmita significados⁹⁶. De hecho, las enfermeras del estudio manifiestan que para ganar espacio y reconocimiento se deben tener ciertas habilidades, como competencia comunicativa, empatía, credibilidad y confianza, y para lograr esto se requieren algunos elementos de la formación, pero principalmente depende de las habilidades personales individuales y del conocimiento que la profesional tenga de los procesos de la institución (Ver marco émico 3 E1, E6, E13, E8).

La mayoría de las enfermeras del estudio expresan que el ganar espacio y reconocimiento se obtiene principalmente de los médicos y de los gerentes, como resultado de buenas habilidades de gestión y de comunicación en su desempeño laboral, es decir, por autoafirmación y heteroafirmación del personal que labora en la institución.

En otro pequeño grupo, representado en las enfermeras con más antigüedad en las instituciones —aunque tiene en cuenta el espacio ganado con el personal médico—, se destaca el reconocimiento obtenido por el desempeño de sus roles profesionales por parte del personal auxiliar de enfermería y por los pacientes y las familias (Ver marco émico 3: E1, E6, E5, E12). Se observan, entonces, divergencias entre la autoafirmación del profesional de enfermería frente al personal médico y de la institución y la autoafirmación en la praxis del cuidar.

Para Valenzuela, JM97, la identidad se construye en relaciones de poder y de lucha, e incluye procesos de conciliación, innovación y resistencia cultural; lo que observamos en las enfermeras es un interés de ser reconocidas por la ejecución de los roles asignados por la institución y por la poca motivación para luchar e imponer sus intereses profesionales.

La identidad profesional no se da en el solo hecho de ganar espacio y reconocimiento. Corresponde al conocimiento teórico y práctico internalizado que le confiere el sentir de enfermera y que le permite ser reconocida y diferenciada por los otros profesionales en los diferentes contextos de las salas de hospitalización de adultos. Se observa en este estudio un sacrificio del ser enfermera —como parte de su identidad— por el deseo de ganar un reconocimiento; una pérdida de autonomía en sus roles profesionales por cumplir funciones asignadas; una pérdida de la individualidad del cuidado por la delegación del cuidado; y una pérdida de la diferenciación entre cuidado profesional y el cuidado proporcionado por la auxiliar de enfermería. Esto señala una crisis de la identidad del profesional de enfermería y la necesidad de replantear otros caminos en la complejidad para abordar esta problemática.

En el estudio se puede evidenciar que las enfermeras, en su búsqueda de la identidad profesional, continúan dándole un valor importante a la otredad y dejan en un segundo plano el significado que tiene diferenciar la práctica del cuidado de enfermería de otras prácticas y funciones técnicas. Su búsqueda de identidad se hace más difícil por los diferentes roles que les toca asumir en su práctica: el rol interdependiente o médico-delegado y el rol independiente o autónomo.

El rol autónomo es un pilar básico en la construcción y reafirmación de la identidad profesional, pero con frecuencia se deja subsumir por el rol interdependiente al no encontrar su individualidad y su diferenciación frente a otros cuidados y al sucumbir frente a la complejidad en las relaciones y acciones que redundan en el cuidado de enfermería.

De hecho, Collière⁴³ plantea la necesidad de encontrar una identidad de los cuidados enfermeros para hacerlos identificables, no para hacerlos idénticos, porque tendrán que ajustarse a situaciones cambiantes. Así, se puede decir que estamos frente a una confusión en cuanto a la identidad del profesional de enfermería o estamos en la construcción de un nuevo paradigma del cuidado profesional.

A pesar de ganar reconocimiento gracias al cumplimiento de los roles interdependientes y funciones delegadas por la institución, las participantes del estudio también expresaron la necesidad de tener autonomía en su desempeño laboral para estar a gusto con su identidad profesional, como aparece en el marco émico 4.

Marco émico 4. La enfermera busca autonomía para ejercer la profesión

Participante	Testimonios
E13	A nosotros se nos ha delegado un montón de cosas como que nadie responde y que entonces ah, no enfermería, es que a enfermería se le adicionan un montón de cosas que no deberían ser, que de pronto te absorben mucho tiempo que podría ser destinado para tu paciente, que le podría dar más calidad en el cuidado. Doctor ¿no tiene algo para el dolor

Participante	Testimonios
	<p>y tiene tal cosa?, entonces es una lucha muy dura, porque aunque uno quisiera brindarle como una comodidad al paciente, depende de esa persona, y muchas veces no ser escuchado, no digo que todos, pero sí es una lucha difícil o el que no le explica a la familia. Uno dentro de la profesión, dentro de la formación, uno tenía como mucha iniciativa, autoría, uno llegar aquí, uno de pronto se tiene que restringir un poquito entonces, sí, yo hacía la curación, pasaba la dieta de tal a tal y aquí, ya no puedo hacer eso sin previa autorización del médico.</p>
E15	<p>La autonomía y el manejo del poder lo he ido adquiriendo y es muy importante aquí en el hospital, que la enfermera tenga autoridad, yo creo que influye una parte importante personal de cada una de tener seguridad y autoridad, porque yo he visto con algunas compañeras que son muy seguras, pero también se va adquiriendo.</p>
E1	<p>Entonces usted tiene que estar comunicándose con todas las áreas, tiene que estar reuniéndose con farmacia, porque usted tiene que hacer un plan de mejoramiento con farmacia, con imágenes diagnósticas, y ver que en cierta forma usted es el centro de todo, porque los jefes de área no están todos los días, los jefes de área no coordinan tantas cosas como uno las coordina. El enfermero como tal tiene mucho poder de decisión y las decisiones son muy valoradas y muy respetadas en la institución. Porque aquí, en la institución, cuando a uno le toca pararse en la raya, se para y, cuando le toca decirle al médico, no médico es que así no es[...] o cuando le toca hacerle un comentario a un profesional se lo hace, en la institución hemos ganado mucho ese espacio. Estoy yo como jefe de enfermeros de hospitalización y de urgencias, entonces el hecho de que usted esté en los dos servicios tiene que conocer los dos servicios muy bien; a nivel profesional yo he crecido mucho.</p>
E7	<p>Uno sale de la facultad con ideas muy diferentes, de lo que a uno como profesional de enfermería le va a tocar hacer, le va a tocar pues realizar con el cuidado. En la realidad uno no tiene tiempo de aplicar eso tan bonito, tan teórico que le enseñan a uno en la facultad. Vea, seamos honestas, de la teoría a la práctica hay mucho trecho, yo por ejemplo ahora veo que a los estudiantes les hablan mucho de los diagnósticos de enfermería, del cuidado, que las teorías de una enfermera, de otra, bueno ¡todo eso tan lindo...! Permitir que el departamento tenga una estructura sólida, donde seamos las enfermeras las que planeemos el cuidado, las que tengamos oportunidad de estudiar, de investigar y tengamos esa asesoría, no del personal médico, porque es que los médicos no saben nada de enfermería. Por la administración autocrática que tenemos, y porque a todo el mundo le da miedo hablar, pedir, exigir en una reunión, nadie habla porque todo se sabe y la mayoría están en un contrato a término definido. Entre nosotras mismas somos muy malas colegas, entonces nadie habla porque le da miedo de que no le van a dar más contrato laboral, esa es la realidad ¡estamos atadas de pies y manos! y las</p>

Participante	Testimonios
	poquitas que hablamos, pues porque no nos pueden echar tan fácil, ¿sí o no?
E6	Entonces se le va a uno el tiempo haciendo actividades administrativas y las asistenciales ya se van delegando a segundo plano sabiendo que deberían estar en primer plano sobre todo en un hospital[...] en este momento en mi sala me toca hacer muy poquitas actividades asistenciales, no porque no quisiera sino porque no puedo. Me siento trabajando con mucha presión sobre todo de la parte directiva, de la dirección médica, uno se siente muy presionado pero a largo plazo uno ve que el hospital está cambiando, tiene que ir cambiando su misión y su visión entonces ha hecho muchísimos cambios, sobre todo en la parte administrativa. Porque aquí en el hospital tienen muy marginada a la enfermera, no tanto a la auxiliar, ni la parte médica, sino a la enfermera, entonces la dirección médica corrió a la enfermera como el eje de más servicios, pero nos condiciona casi por amenazas, hay que hacerlo, hay que hacerlo y si no lo hacen un castigo. Lo que más satisfacción me produce es que me digan en ese servicio las cosas están saliendo bien, en ese los pacientes no se complican, están saliendo cada día mejor, se disminuyó la morbilidad, la mortalidad va disminuyendo, que digan enfermería hizo bien las cosas así sea el personal auxiliar quien presta toda la asistencia.
E17	El quehacer de algunos médicos que no son como idóneos y es uno como teniendo que morderse un codo y viendo que las cosas no van por donde deben ir. Me respetan que yo soy la autoridad para exigir la norma, por favor cácese los guantes, por favor se coloca el tapabocas. Tengo autonomía en cuestiones de cuidado, en todo lo que tenga que ver en cuanto al cuidado, yo no dependo de la orden médica. Mientras yo tenga las normas claras puedo pisar terreno frente a la custodia. No doctor, qué pena pero no es pertinente, si usted lo obliga y lo pone como mandatorio, pero sólo le digo que va a tener todas las dificultades del mundo, porque ese paciente le va a quedar aquí ocupando una cama y no le va a quedar en el sistema. Entonces yo no sé, sería más de autonomía o de gestión, ahí sería más de gestión que de autonomía, de que yo pueda gestionar el cuidado directo del paciente.

Según Dibábora,E y Rossi,C, autonomía “quiere decir que el individuo tiene libertad y autoridad para actuar en forma independiente y significa identidad”⁹⁸. Para Topp D, Stansfield K y Stewart J, “la autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía ha sido identificada como una variable importante que afecta la percepción de la enfermera en relación con su satisfacción en su trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería”⁹⁹.

Si bien el código deontológico colombiano de enfermería no habla de roles en la

práctica colombiana, en otros países sí se habla de ellos. Dichos roles se pueden agrupar en el rol interdependiente o médico-delegado y el rol autónomo, tal como lo señalan Topp D, Stansfield K y Stewart J99 Collière, MF43 y el Código Sanitario de Chile77.

El rol interdependiente corresponde a las acciones médico-delegadas: chequear historias clínicas, hacer kardex, consecución y administración de medicamentos, medios diagnósticos, tramitar procedimientos médicos, gestionar remisiones, entre otras. Este rol absorbe casi la totalidad del tiempo laboral de las enfermeras del estudio; así también lo reportan otros estudios del contexto latinoamericano81,77, 99.

El rol independiente o autónomo corresponde a la gestión del servicio y a la gestión del cuidado; éste último incluye la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE): valoración individual de la persona, diagnóstico de la enfermera, plan de cuidado, aplicación y evaluación del plan de cuidado.

Si un componente esencial de la identidad del profesional es la autonomía, la dedicación de las enfermeras al rol interdependiente lacera su autonomía y, por ende, su identidad. Tal como se observa en el marco émico 4, la mayoría de las enfermeras optan por dedicarse de lleno a la gestión de los servicios y al rol interdependiente. Empero, a pesar de que expresan que dedican buen tiempo a la gestión del servicio como parte del rol autónomo, en la práctica se evidencia que la mayoría del tiempo lo emplean en los roles médico-delegados.

En su identidad profesional tratan de suplir la falta del rol autónomo, argumentando que al asumir el rol interdependiente o médico-delegado contribuye a que al paciente se le brinde todo el cuidado y atención que requiere para su recuperación; asimismo consideran que participar activamente en los procesos de certificación y acreditación hace parte del cuidado del paciente y los indicadores de morbi-mortalidad reflejan el desempeño de enfermería en los servicios (Ver marco émico 4: E6,E1,E7). Justifican dedicarse al rol interdependiente y a la gestión del servicio por garantizar estos mayor estatus, identidad profesional y poder, además de aportar a la buena marcha de la institución, situación que también identifican otros autores81.

Esta apreciación de sentirse a gusto con la dedicación casi exclusiva a los roles interdependientes no es compartida por otras enfermeras que consideran que al hacerlo están descuidando la profesión de enfermería y el objeto de su formación que es el cuidado de las personas enfermas y las familias, los individuos y el colectivo (Marco émico 4:E5, E6, E7, E15).

Siguiendo esta discusión frente a los roles, Topp D, Stansfield K y Stewart J99 afirman que “para lograr un acercamiento coordinado hacia el cuidado de la salud, se requiere una reevaluación de los roles independientes e interdependientes de los profesionales de la salud”. En el estudio se encontró que la autonomía de las enfermeras de un servicio se puede limitar o apoyar de acuerdo con la forma de estructuración de sus roles99. Las enfermeras se sintieron autónomas cuando pudieron ejercer principalmente su rol autónomo en el plan de cuidado de las personas; empero, señalaron que el ejercicio de la autonomía va articulada al apoyo de la institución, a los ambientes favorables de comunicación, a la relación de mutuo apoyo médico-enfermera y a la confianza y al respeto por el saber de cada uno; todo esto hace parte del reconocimiento,

de la autonomía y de la satisfacción⁹⁹, lo que fue igualmente expresado por las participantes de este estudio.

Algunas participantes de este estudio se quejan de no tener autonomía para el ejercicio libre de su profesión, puesto que dependen todo el tiempo del personal médico y de los directores de los hospitales, y muchas veces no son escuchadas. Reclaman el departamento de enfermería como una estructura sólida de la organización, que actuaba como un interlocutor válido entre la base y la estructura organizacional de la institución. La pérdida de estos departamentos en muchas instituciones de salud hacen que las enfermeras sean subordinadas y evaluadas por el personal médico, quien no está capacitado para comprender, por ejemplo, el PAE y su dimensión socio-cultural y humanística. Expresan también que en la tarea de alcanzar su autonomía se sienten solas y con miedo de hablar para hacer cumplir su praxis profesional por temor a perder sus empleos (marco émico 4: E5, E6, E7, E9, E13, E17).

Las enfermeras, en su deseo de ganar reconocimiento, se van involucrando en múltiples compromisos del rol interdependiente y demandas administrativas: gestión de dos o tres servicios a la vez, integrantes de los comités de acreditación, de infecciones, de evaluación, de historias clínicas. De ahí viene la queja de sentirse agobiadas por la carga de trabajo, de la poca autonomía y de ser subordinadas.

Adquirir la autonomía, como lo expresan las participantes, corresponde a un proceso difícil y gradual, el cual depende de la seguridad de cada enfermera, de su experiencia, de su conocimiento de los servicios, del personal de la institución y de las políticas de ésta. Expresan que están constantemente en lucha con el personal de la institución, principalmente los médicos, por hacer cumplir la norma, y con esto garantizan la custodia del servicio o del hospital y eso les proporciona autoridad y respeto, —lo que a su vez les reporta autonomía—, pero reclaman el apoyo institucional a su gestión como enfermeras (Ver marco émico: E1, E9, E13, E15, E17).

Al retomar la identidad como la lucha entre las fuerzas internas y externas, no se puede olvidar que estas dos fuerzas deben estar en conciliación. Susan Reverby plantea la articulación entre el ser cuidador y la autonomía, expresando que las enfermeras, al igual que otros profesionales que realizan lo que se define como “trabajo de mujeres” en nuestra sociedad, han tenido que luchar entre articular el deber de cuidar con el enfoque de vocación de servicio (asumido como la base del cuidado) y la autonomía (asumida como la base de los derechos) como si fueran caminos separados del ser. Las enfermeras siguen buscando una forma de forjar un vínculo entre la vocación de servicio y la autonomía, que les permita tener “cuidado con autonomía”, o “una forma de vida que incluye el servir a otros sin ser subordinadas”¹⁰⁰.

En las enfermeras se observa una pérdida del rol autónomo y la primacía del rol interdependiente. Se suman a este último otras funciones delegadas por la institución contratante o asumidas por ellas, dada la carencia de personal de apoyo en las salas, como telefonista, secretaria, auxiliar de farmacia, mensajero, por mencionar algunos. Todo esto contribuye a la crisis de identidad del profesional de enfermería.

Es clara la diferencia entre las dos generaciones de enfermeras del estudio: las de más antigüedad reclaman el ejercicio de los roles autónomos y el cuidado directo como

una forma de fortalecer y recrear la identidad profesional, mientras que las más nuevas enfatizan en la necesidad de asumir la gestión de los servicios, los roles interdependientes y otras funciones administrativas asignadas como una forma de cimentar su reconocimiento institucional. También es evidente en este estudio la confusión que tienen las enfermeras respecto a la diferenciación entre los roles autónomos e interdependientes, situación encontrada en otras investigaciones^{99, 100}.

En la construcción de la identidad del profesional de enfermería, que es un proceso, se pasa por una serie de cambios positivos y negativos, luchas, construcciones y deconstrucciones en el ser enfermera, lo que es para sí y lo que es para los demás, que algunos autores como Erikson,^{EH93} y Barbero, ^{JM102} han llamado crisis de la identidad, como se señala en el siguiente cuadro émico 5.

Marco émico 5. Crisis de la identidad del profesional de enfermería: en busca de una nueva identidad

Códigos empíricos	Testimonios
Yo soy la dueña de casa Yo soy como la mamá en la casa	Yo los sincero, les digo, ay es que yo soy la que mando aquí, así charlando, ay que tal cosa, ah, un momentico que yo soy la dueña de casa, entonces eso es también como utilizar cositas para hacer que la gente se sienta bien, eso sí, tiene que uno irse creyendo como ese concepto de que esta persona yo tengo que respetarla, pero a medida que uno también la tienen en cuenta. [...] Uno dice ¡uy! aquí yo soy como la mamá en la casa, yo tengo que ver aquí con todo, con la sabanita, con la agujita, con el equipo más grande, con los monitores y yo soy la que tiene que responder, esto es lo que yo tengo que hacer. E4
Como un pulpo Responsable de todo	<p data-bbox="392 725 1313 913">Usted por muy bien que coordine su agenda, por muy bien que usted venga diario con un plan de trabajo elaborado siempre se le distorsiona; porque son tantas funciones, tantas responsabilidades, que uno aquí en la institución es como un pulpo. E1</p> <p data-bbox="392 920 1313 1218">La enfermera es la que tiene que responder por todo el cuidado integral y responder por todo lo bueno, lo malo, lo bonito o lo feo que hace el equipo de salud y entonces todo eso le quita tiempo para el cuidado directo del paciente que es lo que la enfermera debería de dar. [...] La responsabilidad que uno maneja es supremamente grande, uno tiene que responder por todo, pero si hay que hacer mucho equilibrio en lo que el equipo de salud pueda ofrecer y lo que está demandando el servicio. E7</p> <p data-bbox="392 1225 1313 1368">La responsabilidad cae sobre nosotros, así lo hagan ellas (personal auxiliar de enfermería), algún problema, alguna cosa, somos nosotros quienes tenemos que dar la cara ante la gerente, la administración, ante un llamado. E8</p> <p data-bbox="392 1375 1313 1554">Todo implica responsabilidades como jefe de servicio; yo tengo que estar al tanto de todo y tengo que rendir cuentas a la hora que me pidan informe de algo, yo tengo que saberlo todo, entonces ésa es la mayor preocupación y que de pronto termine el turno agotada, cansada y estresada. E16</p>
La jefe Solucionadora de problemas	

Códigos empíricos	Testimonios
	<p>La mera palabra a mí me choca (jefe), aquí lo he vivido, la jefe es la que te soluciona desde el más mínimo problema, pero el mínimo es el mínimo, que no tenés como más visión para nada, sino que es ella la que me puede solucionar todo, todo. Uno apenas oye a la secretaria vaya donde la jefe, la jefe le soluciona el problema vaya, usted todo el día es jefe, jefe, jefe. E2</p> <p>El enfermero jefe es catalogado como un ser pensante que tiene que estar solucionando toda la parte de actualización. E1</p> <p>Por ejemplo, como enfermera, todo lo que falte, todo lo que se haya perdido, todo lo que no haya venido al turno, todos son vaya allá con la jefe, que el suministro no hay, la jefe, jefe no tengo tal cosa. E17</p>
<p>Secretaria Enfermera de escritorio</p>	<p>Entonces nos tienen pues como si nosotros fuéramos unas secretarias de ellos (médicos), para ellos cumplir con el objetivo, para lo que los tiene la dirección médica. [...] Claro que hay servicios más complejos que otros, ¿no cierto?, también depende del enfermero/a porque no nos digamos mentiras, hay compañeras que también se vuelven de escritorio, muy perezosas, que todo lo delegan; de todo hay en todas partes. E7</p> <p>Uno no se siente bien porque, hace las veces como de secretaria... Uno se gasta hartoo tiempo contestando el teléfono, haciendo las funciones de secretaria. E3</p> <p>Una secretaria, porque el teléfono es una barbaridad, pero una barbaridad, donde usted tiene que comunicar a todo el mundo a todas partes, es más usted se sienta y lo primero que le pusieron a usted aquí al frente fueron todas y cada una de las extensiones de las habitaciones para que usted pase las llamadas. [...] El buen cuidado de enfermería es velar por el bienestar del paciente, así no sea uno el que le da el cuidado directamente, porque qué pesar, como nos hemos vuelto enfermeras de escritorio, porque es tanta la recarga que a uno no le queda tiempo. [...] Uno se vuelve secretaria, no tenemos secretaria que nos conteste el teléfono, aquí todas las llamadas entran por ahí, comuníqueme a la habitación, comuníqueme a no sé qué y por eso me vine para acá, porque si usted está allá, se enloquece. E2</p>
<p>Como loca Brincando de sala en sala</p>	<p>Los médicos dan altas y todas esas altas le toca a la enfermera devolver todos esos medicamentos y eso hay que hacerlo en una hoja y hay que ponerle una papelería, meterlo en una bolsa e ir a guardarlo al stock, y eso gasta mucho tiempo. Entonces usted tiene primero que hacer las salidas para poder llevarle a los facturadores las altas porque la gente empieza a acosar por las altas y usted es a las carreras como una loca de un lado para otro que cree que no le va a alcanzar el tiempo. Por ejemplo, decir que el cirujano vino a las siete y empezó por sala 1 a pasar ronda y yo no he podido estar con él, como</p>

Códigos empíricos	Testimonios
	usted está brincando de sala en sala.... Uno sí les entrega como lo más habitual o los complicados, pero irse con el carrito a pasar ronda de cama en cama no. E3
Toderó	Uno tiene que ser todero en las salas de hospitalización, en el quirófano o donde sea y no es solamente en el hospital "X"; uno habla con otras compañeras de otras instituciones y es lo mismo. E7
Sánduche	La enfermera profesional es como un sánduche entre el médico y la auxiliar, está uno ahí como en la mitad, entonces veo que hay como mucha falta de respeto. E3
Figura de enfermera	Ahora en muchas partes lo importante es tener una figura ahí de enfermera en el puesto, independiente de que esté capacitada, de que haya estudiado en el SENA o en la universidad, simplemente que se llame enfermera ¿sí o no? E3
Para el trabajo sucio	Se siente uno decepcionado, pero más que con el usuario es con el sistema y con los problemas administrativos, esto no es una urgencia, a usted no lo autorizaron aquí, no lo puedo atender aquí, uno tener que devolver a una persona sin mínimo de atención. Y se van diciéndole a uno es que a usted no le dio la gana de atender. E4
	Entonces todo el tiempo explicando, explicando, disculpando al médico, eso es desgastante, entonces tanto trabajo, tanta carajada, para que el que se lleve todos los honores sea el médico, nosotros somos con quienes barren y trapean, eso es lo que uno se convierte. E5
Administradora Gestionadora	Es una muy entregada como a esa parte administrativa, pegada del teléfono. E2
	Es la persona que busca agilizar ese proceso y que está al pie de la jugada, que todo se vaya dando, vaya caminando por donde es, que uno no es el que exactamente las tiene que ejecutar pero sí ir muy al ladito del trabajo, haciendo los procedimientos más difíciles, los que tengan mayor riesgo de complicación. E4
	Aquí hay enfermeras de la parte asistencial y otras de la parte administrativa, pero igual cuando a uno le toca asistencia le toca mucha administración. E14
	Cuando uno va a la universidad con el ánimo de estudiar Enfermería uno piensa que el 90% es asistencia, sólo piensa que el 10% es administrativo y llega a voltearse el porcentaje, el 90% es administrativo y un 10% asistencial, entonces uno muchas veces no se siente satisfecho. . [...] Porque la concentración se da en la parte administrativa y eso me ofusca, porque para mis pacientes yo quisiera esas cosas que yo aprendí y que se que son buenas y que le van hacer bien al paciente. E15

Para Erikson, EH el ser humano, en su crecimiento y maduración psicosocial histórica —en un contexto inmerso en la innovación y en la tecnología— está continuamente expuesto a cambios y a la crisis en su identidad, que necesariamente “no significan una vicisitud fatal, sino más bien un momento crucial, un punto decisivo e ineludible para mejorar o empeorar”⁹³.

En este estudio, las participantes identifican y critican una variedad de roles interdependientes y funciones impuestas al profesional de enfermería, que terminan por confundir la identidad del profesional, a tal punto que ellas mismas se denominan como “un pulpo”, “la jefa responsable de todo”, “la dueña de casa”, “la solucionadora de problemas”, “la administradora”, “la secretaria”, “el figurín”, “la todera”, entre otros, como lo vemos en el marco émico 5.

Cuando se habla de la enfermera como un pulpo, la responsable de todo, la dueña de casa y la jefa solucionadora de problemas, se representa a un profesional con una sobrecarga de tareas. Un estudio que se llevó a cabo en Colombia⁸¹ también identificó estas representaciones sociales en las enfermeras: la todera, la polifuncional y la mamá, estructura patriarcal ya identificada por la sociología ocupacional por la relación entre la maternidad y la enfermería⁴¹.

El sentirse el centro del servicio o de la institución representa, para unas, un valor que no quieren perder y acreditan que ser polifuncional es ser buena administradora. La enfermera se asume como el centro de un servicio para responder por todo, pero con la autonomía limitada para asumir su rol profesional. En este proceso, primero se adapta a la institución y obtiene experiencia, y luego va adquiriendo progresivamente responsabilidades y compromisos en su desempeño en relación con todo el equipo de salud, del servicio y del hospital, que la hacen única responsable de todo lo que sucede en el servicio, tanto de los procesos como de los problemas y fisuras del mismo. Estas enfermeras afrontan solas el compromiso y la sobrecarga de tareas que les impone la institución y son las que se sienten más estresadas o entran en un proceso de crisis y desdibujamiento de la identidad profesional, como lo expresan Dibábora,^E y Rossi,^{C98}. Como una forma de aligerar la carga, otras enfermeras involucran al grupo de auxiliares de enfermería, asignándole responsabilidades específicas y trabajando en equipo para mejorar el ambiente y el rendimiento laboral de las salas bajo su cargo.

Esta situación de crisis —relacionada con la inequidad en la composición y la distribución de la fuerza de trabajo en enfermería, la recarga laboral, las condiciones desfavorables de contratación y la desmotivación laboral de las enfermeras— ya ha sido identificada por organismos internacionales como el CIE, la OMS, Malvarez, SM y Castrillón,^{MC103}. Todo esto se ve reflejado en la insatisfacción y en el abandono de un cuidado de calidad.

También hacen parte de la crisis profesional las tareas emergentes en el ámbito invisible de lo doméstico, que son delegadas a las enfermeras; hacer de secretarias, telefonistas y muchas otras cosas ha sido una crítica constante de las enfermeras asistenciales. Esta situación amerita una reevaluación, porque las aleja del centro de interés que debe ser el cuidado^{104, 79}.

La excesiva delegación de funciones administrativas, de coordinación de servicios y

de roles médico-delegados dificultan la administración del cuidado de los pacientes. Para Dibábora, E y Rossi, C98, esta situación problemática contribuye a desdibujar la identidad del profesional de enfermería además, agrega, esta situación no suele ser tratada, analizada por las enfermeras ni por las instituciones y se entra a una familiaridad acrítica, a una rutinización de tareas donde no se interroga, y se confunde lo real con lo esencial. Tal como se analizó en el capítulo del ser enfermera, el ser en sí estaría contribuyendo al no cuestionamiento y a la rutinización de la recarga laboral sin buscar otras alternativas de cambio. Algunas enfermeras han marcado la diferencia con la responsabilidad de la gestión del cuidado, como lo expresa Zarate, R79, pero para alcanzarlo se ven sometidas a múltiples obstáculos en su entorno, que las ha llevado a buscar alternativas, con un enfoque de gestión, dirigido a garantizar la calidad del cuidado a personas que viven experiencias de salud.

En el estudio se encontró que la mayoría de las enfermeras critican la alta carga de trabajo por las múltiples responsabilidades del rol interdependiente y de la gestión del servicio. Opinan que el tiempo es insuficiente para dedicarse a la gestión del cuidado y al cuidado directo; y que, además, no les sirve de nada hacer planeación de su trabajo porque continuamente tienen que estar respondiendo y solucionando todas las contingencias que van resultando. Otra circunstancia que agrava la crisis profesional de las enfermeras es tener unos ambientes de trabajo tensionantes, es así como se quejan de la opresión y la persecución, de ser culpadas y castigadas por las fallas y rupturas en el sistema de prestación de servicios.

Dibábora, E y Rossi, C98 plantean que el rol interdependiente y las funciones administrativas agregadas hacen difícil identificar su verdadero rol, pues a menudo se confunde con el de otros profesionales de la salud, inclusive entre la comunidad de usuarios, quienes no diferencian el cuidado del profesional de enfermería y le otorgan un mismo significado al concepto de enfermera; de hecho, en las observaciones y entrevistas con las personas enfermas en las salas de adultos la mayoría no identificaban la enfermera profesional, y quienes lo hacían la identificaban por la toca con raya negra o por su permanencia en el puesto de enfermería "muy ocupada y la que manda". Según las mismas autoras⁹⁹, algunas

aLa toca con raya negra hace parte del uniforme usado por algunas enfermeras del estudio. Al respecto Valenzuela afirma "en la identidad se definen el interreconocimiento y no en el mantenimiento o abandono de vestuario, objetos u otros elementos de cultura objetivada, pues la función de estos como referentes de la identificación colectiva sólo depende del sentido simbólico que el grupo les otorgue"⁹⁷.

de las enfermeras de este estudio caen en un estado de conformismo, pesimismo, desmotivación, y esta situación de pérdida de la identidad profesional pasa desapercibida, se asume como otra función rutinaria. Otras, por el contrario, rechazan los roles asignados, la subvaloración del ejercicio profesional, la alta carga de trabajo, la pérdida del rol autónomo y la pérdida de la identidad profesional.

A esta crisis de identidad del profesional y de pérdida de la autonomía para ejercer su profesión se suma también su descontento con la formación académica recibida, porque no la encuentran coherente con las exigencias de las instituciones, situación

identificada en otros estudios: Gutiérrez P, Núñez ER y Rivera CL77, en Chile; Pico ME y Tobón O81 en Colombia; Daza R, Torres AM y Prieto GI105, en España; Gómez de Pedro JE y Morales JM106 en España. Cuando la enfermera inicia su praxis profesional en las instituciones hospitalarias, encuentra una brecha entre su formación académica y los roles que debe ejercer en las instituciones, es decir, en su ser enfermera se topa con su primer desencuentro.

Las enfermeras lo expresan como una brecha entre lo aprendido en la academia y los roles asignados por la institución porque lo ven como dos mundos con enfoques diferentes. Las instituciones académicas forman a los profesionales para ser competentes en la gestión del cuidado, en la gestión del servicio y en la investigación, pero las instituciones hospitalarias demandan una enfermera competente básicamente para la gestión de servicios de enfermería y para desempeñar el rol interdependiente, denominándola como “la jefe” de un servicio. (Ver marco émico 5: E15).

García,I y Buendía,A107, en un estudio realizado en España, muestran algunas causas de la brecha entre las escuelas formadoras y la práctica de enfermería en las instituciones, una falta de identidad con los contenidos de la profesión, como los modelos de enfermería y el PAE y los modelos biomédicos de las instituciones centrados en la enfermedad y con una clara orientación de sumisión a la práctica médica. Se suman a esto las demandas del contexto actual colombiano: requerimiento de enfermeras para los procesos de acreditación y calidad de los hospitales, de acuerdo con su política e intereses económicos, dando prioridad a la contratación de jóvenes recién graduadas para los servicios de hospitalización, sin importar mucho la experiencia que tengan, porque su interés no está depositado en los cuidados y conocimientos que ellas puedan prestar a las personas enfermas sino en la gestión de los servicios y en la administración de los recursos del hospital. Los hospitales prefieren contratar profesionales con más experiencia y trayectoria para los servicios de más complejidad o más especializados, como son el cuidado crítico de niños y adultos, cirugía, servicios de neonatos, unidades renales, entre otras.

La situación de crisis que se evidencia en este estudio ya ha sido identificada en países como España, Inglaterra y EEUU; se señala que ante la situación problemática que afrontan las enfermera en su medio laboral, por la dificultad para desarrollar su rol autónomo, la insatisfacción y el abandono laboral, se deben proponer estrategias a las instituciones para que garanticen mejores ambientes laborales de la práctica de enfermería, favorezcan el desarrollo profesional, promuevan la investigación sanitaria, y con ellos garanticen la calidad de los cuidados y servicios que prestan¹⁰⁶.

Collière⁴³ plantea que es un reto para las instituciones formadoras abordar la problemática de la identidad profesional. Desde allí se deben abrir espacios de reflexión, nos debemos comprometer con proyectos que permitan el desarrollo profesional y el posicionamiento de la enfermería en la sociedad.

Dibábora,E y Rossi,C⁹⁸ proponen que “estimular el desarrollo profesional de los individuos, pero también la autonomía de pensamiento y acción, el compromiso social con la salud de la población, la responsabilidad ética frente a la tarea y la participación institucional”.

En relación con la crisis de identidad por la que están pasando los profesiones, evidenciada en este caso por las enfermeras, tal como la falta de autonomía y el desdibujamiento del profesional de enfermería, Barbero, JM102 plantea que en esta sociedad del conocimiento, y estructuralmente “sociedad de Mercado”, se exige un replanteamiento del papel que está jugando la universidad, del sentido que tiene hoy el trabajo y lo que es un trabajador, porque hoy en día a las instituciones y al sistema no les interesan la agremiación ni la productividad colectiva sino la competitividad individual, entre grupos y colegas; les interesa la inventiva y la creatividad pero individual, para, de esta manera, fragmentar tanto el oficio como las comunidades de oficio. Todo esto lleva a que el trabajador se sienta cada día más solo, inseguro, lleno de incertidumbre y con tendencia a la depresión y al estrés. Este panorama que nos presenta Barbero es el que estamos observando en las participantes del estudio. Ellas se sienten solas, aisladas, abandonadas, en una competitividad individualista, con miedo a la agremiación y a luchar para reclamar sus derechos por miedo al señalamiento y la pérdida del empleo. A este panorama se agrega el planteamiento de Dibáborá, E y Rossi, C “La orientación del servicio ha pasado del bienestar del paciente a las necesidades de la institución”⁹⁸, a la carencia de una identidad colectiva, de un frente común, a los desacuerdos internos y a la rivalidad; todo esto lleva a un ser enfermera fragmentado y a la impotencia política e ineficiencia profesional. (Ver marco émico 4: E6, E7, E8, E14).

Collière⁴³, ante esta crisis de la identidad y ante la confusión del rol del profesional de enfermería, plantea que la identidad profesional se lograría con la demarcación de la influencia médica, fortaleciendo la formación superior y con el reconocimiento científico por la investigación.

Castrillón, MC, ante la poca visibilidad social del profesional, “Propone innovaciones en enfermería, tanto en la formación como en el ejercicio profesional y lograr una toma de conciencia colectiva de su ser profesional”¹⁰⁴. Además, propone la investigación para alcanzar una innovación transformadora en el espacio de conocimiento y en el campo de acción de la enfermería.

Para Sánchez, B108, el reto de la búsqueda de identidad de la enfermería está unido a los conceptos de participación, autonomía, identidad, desarrollo e integración. Este autor avizora la necesidad de una enfermera empoderada, con un crecimiento de la enfermería que vaya a la par de las necesidades y problemas sociales y de salud en las comunidades y a la vanguardia de las tendencias modernas y los avances científicos.

Teixidor, M80, plantea la necesidad de hacer visibles los cuidados enfermeros, habla de la enfermera como un aglutinante invisible que facilita el funcionamiento del sistema, y de la estructura asistencial hospitalaria con la gestión de los servicios y la gestión del cuidado, a expensas de una carga de trabajo poco visible y medible.

Torralba, F109 plantea como estrategia para la autonomía del profesional de enfermería el trabajo interdisciplinario en el área de la asistencia, porque obliga a cada disciplina a delimitar con más precisión su función, su estatuto y su rol en el conjunto de las ciencias de la salud; por lo tanto, la enfermería debe hallar su singularidad y reivindicar su estatuto y su rol autónomo, debe tomar conciencia de que existen funciones propias de las enfermeras, además de las funciones médico-delegadas y de que existen

cuidados de enfermería sobre los cuales los profesionales deben poseer competencia y ser responsables.

Estadero,C y López,R proponen, ante la crisis de enfermería, abandonar la falsas creencias de continuar la enfermería como un sistema cerrado y luchar para “pasar de un paradigma de simplicidad a un paradigma complejo, centrado principalmente en los valores de la autonomía y en la dignidad del propio profesional de la enfermería, que se nutre de los adelantos de la multiplicidad de investigaciones y de la disciplina”¹¹⁰.

Las propuestas y estrategias planteadas por los autores para hacerle frente a la crisis de la identidad del profesional de enfermería pasan por la conciencia colectiva de su ser profesional, el trabajo interdisciplinario, el empoderamiento, la responsabilidad, los valores, reivindicar su rol autónomo, la singularidad y la investigación, entre otros. Los autores proponen la articulación entre lo individual y la colectividad, mediados por la intersubjetividad, lo que reafirma la necesidad de girar la mirada hacia el yo interior, el ser enfermera —el ser en sí o el ser para sí— y hacia la identidad y el rol del profesional, es decir, hacia la identificación y la representación en la sociedad, con su legado histórico y cultural, que ha representado el rol de las enfermeras que se han dedicado a la ocupación de cuidar en la sociedad en un contexto particular y dinámico como es el medio laboral de las instituciones hospitalarias.

También es necesario replantear el papel que han desempeñado los diferentes actores como la academia, las instituciones de la salud, los profesionales de enfermería y las agremiaciones de enfermería, en la misión de mantener y fortalecer la praxis de enfermería en su área profesional y disciplinaria y, en consecuencia, todo esto cómo está afectando en el presente y afectará en el futuro tanto la calidad de los servicios en salud como los profesionales de enfermería. En el estudio se puede observar que estos actores trabajan de manera aislada en sistemas cerrados y la propuesta es crear sistemas complejos, abiertos, de alianzas y de cooperación, donde la enfermería y la praxis profesional tengan una participación activa y transformadora en la sociedad, junto con otras disciplinas.

En el desarrollo de los capítulos ya presentados, el ser enfermera y entre el rol y la identidad del profesional de enfermería, salió a relucir continuamente la satisfacción e insatisfacción del profesional de enfermería como la respuesta al sentir de las enfermeras en su experiencia profesional. La satisfacción e insatisfacción, las motivaciones, alegrías, tensiones y frustraciones del profesional de enfermería en el contexto actual de la institución hospitalaria en salud, será el siguiente capítulo a tratar en este estudio.

5.3 . LA SATISFACCIÓN, UN CONCEPTO AMBIVALENTE

La satisfacción, como ya se había definido en el marco teórico, es un fenómeno esencialmente humano e intersubjetivo¹. En las participantes del estudio se encontraron apreciaciones diversas con respecto a la satisfacción. Algunas expresan sentirse muy

satisfechas, como se presenta en el marco émico 6, mientras, por otro lado, afirman sentirse insatisfechas, como se muestra en el marco émico 7. Finalmente, lo que caracteriza a las enfermeras de este estudio fue una actitud ambivalente respecto de la satisfacción. Se sentían, al mismo tiempo, satisfechas en unas cosas pero insatisfechas en otras. Trataré de ampliar un poco más la discusión sobre la satisfacción del profesional de enfermería y complementar los capítulos ya presentados, el ser enfermera: ser en sí o ser para sí y ente el rol y la identidad del profesional de enfermería, porque nuevamente salen a relucir en este capítulo.

Marco émico 6. La satisfacción del profesional de enfermería

Código empírico	Testimonio
Ver a la gente salir recuperada	Me deja muy satisfecha es cuando uno entrega un paciente en alta a la familia, una se queda muy pensativa, porque ¿cómo me irán a traer esta paciente después?, ¿Sí le cuidarán la piel? [...] y después llega la paciente y la familia y encuentra uno que está supremamente bien, que entendieron demasiado. E6
	Ver salir al paciente de un servicio con su problema solucionado, ver la gente que se va contenta con la atención que uno les brindó. E10
Dar cuidado directo	A mí me satisface atender a los pacientes, me gusta mucho brindar una atención y ver cómo el paciente mejora. Yo me siento feliz, a mí me encanta ir a hablar con los pacientes cuando puedo, porque es que el trabajo no deja. E5
	Satisfacción sí, porque así sea poquito el contacto, lo poquito que yo pueda estar con el paciente, pero ese contacto con el paciente es importante, es como me siento yo frente a lo que estoy haciendo y si yo estoy haciendo con gusto y con cariño, yo sé que el paciente lo va a sentir. E16
	La satisfacción es uno poder estar con el paciente, ayudarlo a él. Bueno, lo más positivo es uno poderse acercar al paciente, aunque es muy poco porque uno como jefe le toca mucha parte administrativa. E14
	Uno darse cuenta que la mayoría de estas personas después de haber trabajado toda su vida, de haber criado unos hijos, de tener una familia, y como se sienten solos y abandonados entonces la satisfacción más grande es uno poder acompañarlos, apoyarlos. E7
	El solo hecho de ver contento un paciente o ver que se le calmó el dolor y uno saber que fue uno el que le llevó la droguita [...] que uno estuvo atento ante eso, eso causa mucha satisfacción. E13
Identificadas con la profesión	

Código empírico	Testimonio
	<p>Ese carisma que tiene el individuo para ofrecer un servicio, entonces en la medida que uno se va proyectando y va adquiriendo conocimientos, se va proyectando para ofrecer lo que sabe y la satisfacción de ver la gente que sale adelante. [...] La satisfacción que esa señora que yo creía que no me conocía y que no sabe quién soy yo, se va feliz, diciéndome qué bueno que personas como usted estén aquí, eso le da a uno un fresquito, cuando la gente le expresa eso a uno, uno se siente bien, uno queda muy contento.E4</p> <p>Satisfecho porque uno cuando escoge esta profesión pues tiene que tener cierta vocación, o tiene que tener como cierta voluntad para el cuidado de un paciente. E1</p> <p>Yo, en medio de todo esto, yo me siento muy feliz trabajando en mi servicio, tengo una relación muy positiva con todo el equipo médico, con todos los grupos de los servicios de apoyo, pues me siento, muy a pesar de todo, me siento muy contenta y muy feliz de realizar mi trabajo. E7</p> <p>¿Que me haga sentir muy bien, muy bien? A ver, yo pienso que más que la institución, que un pago, muchachas, yo pienso que es el paciente, aquí uno en la institución trabaja con gente de muy escasos recursos. E8</p> <p>Yo como enfermera me siento muy satisfecha de ser enfermera y no me arrepiento de serlo, sigo convencida de que el desempeño mío como persona, como mujer, como profesional está desde el quehacer de enfermería. E17</p> <p>La mía es salir con el deber cumplido de acá, yo me voy contento cuando termino mi trabajo, cuando todo lo que esperaban de mí quedó bien hecho. E11</p>
Mostrar resultados con la gestión del cuidado y del servicio	

Código empírico	Testimonio
	<p>Que me digan: «enfermería hizo bien las cosas», así sea el personal auxiliar de enfermería, quien presta toda la asistencia, pero de uno depende que ellas hagan bien las cosas, lo hizo oportunamente, correspondió las ordenes médicas, no se equivocó, no se le cayó el paciente, eso es satisfactorio. [...] Lo que más satisfacción me produce es que me digan en este servicio: las cosas están saliendo bien, los pacientes no se complican, están saliendo cada día mejor, se disminuyó la morbilidad, la mortalidad va disminuyendo. E6</p> <p>Otra cosa que me haga sentir satisfecha, lo que yo hago en salas y los resultados que uno tiene con el trabajo que uno hace. E3</p> <p>Eso es muy gratificante porque estamos sustentando que el paciente con toda la planeación que hemos hecho, con toda la gestión, con todos los planes de mejoramiento, cumplimiento de metas, estamos garantizando que ese paciente se está sintiendo satisfecho. E1</p> <p>Si uno está satisfecho cree que puede hacer las cosas, hacer más diligencias y más gestión para que el cuidado sea más bien hecho y uno trabaja contento, alegre. E15</p>
El apoyo institucional	Aquí en la clínica tenemos gente que nos apoya y que nos respeta mucho, que cree en el trabajo del enfermero/a y lo apoya, el gerente, el director médico y muchos de los socios [...] y eso me produce mucha satisfacción. E5
Estar Trabajando	<p>Hay que querer mucho este trabajo, porque esto se ve muy poquito.E5</p> <p>Yo me siento muy feliz de trabajar en el mejor hospital del mundo, es un hospital muy bueno y qué tan rico que nosotros tengamos la oportunidad de trabajar en este hospital. E6</p> <p>Yo me siento satisfecha en mi trabajo, yo he querido mucho el hospital y lo que hago me gusta. E3</p>

Las participantes del estudio expresaron que la mayor satisfacción en su ser enfermeras profesionales provenía de: 1º) ver a la gente salir recuperada de las instituciones; 2º) dar cuidado directo a las personas enfermas; 3º) sentirse identificadas con su profesión; 4º) mostrar resultados en la gestión del cuidado y del servicio; 5º) tener el apoyo institucional y 6º) estar trabajando. Como lo muestra el marco émico 6 (E4, E7, E11, E5, E16, E6, E1), estos seis elementos identificados por las participantes como objetos de mayor satisfacción en su praxis profesional, están todos relacionados e imbricados con el cuidado de la persona enferma como objeto de la profesión de enfermería.

Aunque se distingue el cuidado directo a la persona enferma como motivo de satisfacción, también se destaca satisfacción por el cuidado indirecto: ver salir a la

persona ya recuperada, como el resultado de todo el cuidado y tratamiento proporcionado por del equipo de salud. Las participantes señalan que el cuidado directo que pueden dar a las personas enfermas es muy poco, pero aun siendo así les produce mucha satisfacción (marco émico 6: E6, E10, E16, E14, E5, E7).

La satisfacción del profesional de enfermería se ve reflejada en la relación enfermera-persona enferma, obteniendo, ambos sujetos, satisfacción. La satisfacción por parte del profesional de enfermería se refleja y se da en la felicidad, la motivación, la proyección social, las buenas relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, el ambiente laboral y el sentido de pertenencia a la institución. Por parte de la persona enferma, la satisfacción se da por los servicios recibidos y por la pronta recuperación.

Otro aspecto que se debe destacar es que las participantes se sienten más satisfechas cuando logran poner en práctica su rol autónomo representado en la gestión del cuidado y la gestión del servicio, lo cual también refuerza su identidad profesional, que está relacionada con el ser interior (ser en sí o ser para sí) y la articulación con lo social. (marco émico 6; E4, E1, E17, E11, E6, E5). Similar comportamiento de la satisfacción en el profesional de enfermería se observa en los estudios de Urricelqui,A y Sanz,AC16 en España; Sarella,LH y Paravic,KT11, en Chile, quienes identifican como causa de mayor satisfacción del profesional de enfermería las acciones propias del trabajo independiente: la gestión del cuidado y la atención directa a la persona enferma y a la familia.

Entre los elementos identificados por las participantes, que favorecen la satisfacción, también se destacan el apoyo de la institución, la buena comunicación y un ambiente de mutuo respeto que se ve correspondido por el equipo de salud y por la gestión realizada por las enfermeras en las salas de hospitalización, por la calidad en la prestación de los servicios, la oportunidad, la satisfacción del usuario y la rentabilidad de las instituciones. (Ver marco émico 6 E6, E3, E1, E15, E5) Similares resultados se encontraron en los estudios de Kanungo,RN y Mendonca,M7; Bennett,S y Franco,ML8, al evaluar los factores que influyen en la motivación del profesional de enfermería y la decisión de no abandonar los puestos de trabajo: la competencia para hacer su trabajo, la motivación del personal y el apoyo de la organización.

El apoyo de la institución también se ve reflejado en los estudios de Linda Aiken17, Lake ET.91 y kramer,M y Schmalenberg,C91, al señalar la existencia del llamado "Hospital Magnético", con una cultura hospitalaria que influye positivamente en la satisfacción personal y profesional, permitiendo a la enfermera autonomía para actuar dentro de su ámbito profesional, el estatus y el rol en la calidad del cuidado de la persona enferma, entre otros.

Las participantes también señalan como factores que contribuyen a la satisfacción el tipo de contratación, los salarios, las prestaciones sociales y los turnos, sintiéndose afortunadas de estar laborando en empresas que ofrecen estas garantías en las contrataciones laborales.

El fenómeno de la insatisfacción del profesional de enfermería está en incremento, tal como se referenció en el planteamiento del problema; consecuencia de ello, organismos internacionales como la OMS y el CIE, reportan la escasez de enfermeras en

todo el mundo: “La calidad de los entornos de la práctica profesional de las enfermeras se ha vinculado con aspectos de satisfacción en el trabajo, motivación, productividad, rendimientos y resultados en los pacientes”¹¹¹.

En los resultados de este estudio y otros tantos revisados, se observa una tendencia general al incremento de la insatisfacción del profesional de enfermería, afectándose con esto la calidad del cuidado y agravando la crisis del profesional de enfermería ya planteada en el capítulo 5.2, el cual evidencia la pérdida de la autonomía, el desdibujamiento de la identidad profesional y la insatisfacción, como se puede ver en el marco émico 7.

La situación de crisis en el recurso humano del profesional de enfermería en el mundo también tiene implicaciones con la satisfacción del profesional de enfermería en Colombia, como lo presenta el estudio de Malvárez, SM y Castrillón, MC103 de la OPS: se vislumbra un deterioro del recurso humano de enfermería en América Latina relacionado con la inequidad en la distribución y composición de la fuerza de trabajo, la disminución en la calidad de los cuidados, las condiciones desfavorables de trabajo caracterizadas por jornadas extensas, turnos rotatorios y trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicio, carga psicológica y salarios bajos, el aumento de las funciones, el incremento en el ausentismo por accidente y enfermedad debido al riesgo ocupacional y el incremento en los índices de rotación y de ausencias del personal.

Marco émico 7. La insatisfacción del profesional de enfermería: Pérdidas

Código empírico	Testimonio
Pérdida del cuidado directo y del rol autónomo	El cuidado directo con el paciente se pierde, por eso es la insatisfacción, el contacto directo con el paciente es muy poco. E1
	El proceso es duro, porque es otro ritmo de trabajo, es enfermería pero tiene unos cambios grandes, es que aquí hay mucho secretariado, es horrible cuando yo dejo la asistencia y me pongo en un teléfono a remitir, a hacer citas. E4
	Entonces las auxiliares han ganado de pronto mucho poder en la noche, que hace que el médico se pegue mucho de la auxiliar de enfermería, porque la auxiliar es la que conoce al paciente. E5
	Muchas veces nos encontramos que la enfermera tiene que dedicar mucho tiempo a la parte administrativa y no puede dar un cuidado directo, entonces eso es lo angustiante para uno. E7
	Usted no tiene tiempo de revisar una historia a una auxiliar, de hacerle un seguimiento en un procedimiento, entonces está fallando la calidad de la atención, claro. E8
	Eso a mí me frustra, me parece muy triste porque a uno lo educaron para darle cuidado al paciente, yo sé que la parte administrativa también entra en el cuidado al paciente porque si no, no se le ofrecen medicamentos, no se le hace el examen a tiempo, pero a mí me gustaría más estar en ese contacto con el paciente. E15

Código empírico	Testimonio
Alta carga de trabajo	<p data-bbox="435 300 1358 533">Siento insatisfacción o digamos inconformidad en la medida en que es mucha carga de trabajo, el hecho de usted estar coordinando dos servicios urgencias y hospitalización. [...] Hay veces el estar inmerso en auditorias donde usted de cierta forma se desmotiva porque hace tanto y falta mucho por hacer, que usted, ni en un día de 24 horas lo haría. E1</p> <p data-bbox="435 539 1358 689">¿Qué insatisfacción siente uno en el trabajo?, que a veces es tanta la carga de trabajo que uno muchas veces termina el turno y uno siente que faltaron tantas cosas por hacer o que hizo cosas como una máquina. E3</p> <p data-bbox="435 696 1358 880">Entonces cuando él llega (médico) uno tiene tantas actividades y tantas cosas que no puede acompañarlos a hacer la ronda, ya no puedo acompañarlos, entonces muchas veces uno queriendo hacer un proceso bien hecho[...] eso da tristeza porque no es un trabajo organizado. E5</p> <p data-bbox="435 887 1358 1037">Entonces hay veces el exceso de trabajo, porque aquí hay mucho trabajo, hay veces que el volumen es muy alto, la rotación de camas es alta y eso lo hace todo un poquito estresante, pero en general yo trabajo. E13</p> <p data-bbox="435 1043 1358 1193">Yo creo que la relación es muy tensa debido a la alta carga laboral que hay, entonces vamos como perdiendo ese respeto hacia el otro, entonces se ofusca uno y se ofusca el otro, entonces hay discusión y malos entendidos. E14</p> <p data-bbox="435 1200 1358 1487">Es que esto también es prioritario porque tal médico lo está esperando o porque estoy recibiendo una llamada de un servicio, entonces me tienen que dar alguna otra información, son tantas cosas [...], entonces uno dice aquí ¿a qué hora voy donde el paciente? a explicarle o darle alguna información con respecto a su enfermedad, que hace que yo sienta, bueno, ¿mi trabajo desde la parte profesional se está dando como por partes o no se está dando?, esa es mi mayor angustia. E16</p>
El ser enfermera quebrantado	

Código empírico	Testimonio
	<p>La mayoría de las decisiones, de los planes de mejoramiento están liderados por el enfermero o enfermera jefe, entonces es muy estresante, yo en esa medida considero que no disfruto mucho la profesión por ese lado. E1</p> <p>Uno se siente desanimado, pero en ningún momento pues uno deja de hacer las cosas, yo llego a trabajar y como que se me olvida todo. E3</p> <p>Falta de motivación de parte de uno, falta de capacitación... hay poca concentración, no hay como ganas, se vuelve uno poco ágil. E14</p> <p>Cuando uno está aburrido en un lugar o insatisfecho con lo que está haciendo, para mí es amargado, no es amable, no toma en serio lo que hace no le va a importar. E15</p> <p>Otra cosa que no me satisface mucho es que los pacientes no reconocen el trabajo del enfermero/a, no la reconocen, no lo valoran. No me satisface, me da mucha tristeza ver las compañeras mías formadas en una universidad, formadas muchas conmigo, otras antes, que llevan mucho tiempo trabajando y que yo veo que son completamente mediocres, a mí a veces me da como rabia. E5</p>
Condiciones laborales desfavorables	<p>Una persona indispensable en la gestión de un hospital, eso es lo que me causa insatisfacción, porque hoy estás descansando y no te falta la llamada del hospital, la llamada del director científico. E1</p> <p>Antes había tres secretarías para cada sala. En este momento una sola enfermera hace todo lo que hacían esas tres secretarías más lo que le toca a uno. La cuestión de que no le pagan a uno ni los domingos ni los festivos, o sea no le pagan a uno el recargo, para usted es el mismo el salario un domingo o un lunes. E3</p> <p>Por la cooperativa, es por todos los lados, entonces eso es lo que le sacan a uno mensualmente, entonces pues también desmotiva. E8</p> <p>Estuve insatisfecha por 3 años que estuve haciendo turnos nocturnos y festivos, porque no era lo que yo quería y esto dejó una cicatriz en la familia, a mí me da tristeza porque la familia es más importante que estar bien en el trabajo. E6</p>
Cambios en el Sistema de Salud y la organización	

Código empírico	Testimonio
	Insatisfacción porque hay una cantidad de cosas, ante todo uno vive en función de la Ley 100 y del POS, entonces uno «eso no lo cubre el POS», y qué siente uno en el momento en que un paciente, por decir algo, necesita un examen y no lo cubre el POS. E2
	Se siente uno decepcionado, pero más que con el usuario es con el sistema y con los problemas administrativos, esto no es una urgencia, a usted no lo autorizaron aquí, no lo puedo atender aquí, uno tener que devolver una persona sin mínimo de atención. Y se van diciéndole a uno es que a usted no le dio la gana de atender. E4
	Me parece que la insatisfacción es más que todo el castigo a cualquier error que uno cometa, por ejemplo se perdió una hoja de la historia clínica, eso decirlo es muy sencillo para un médico, un administrador, para cualquier persona, pero para mí como jefe de la sala. E6
	Todo, todo, así lo hagan ellas, algún problema alguna cosa, somos nosotros quienes tenemos que dar la cara ante la gerente, la administración, ante un llamado. E8
	No somos apoyadas en ningún momento sino que siempre somos las que tenemos que dar la cara por todo y entonces esto es muy estresante. E7

Las participantes del estudio expresaron que la mayor insatisfacción de la praxis profesional se debe a la pérdida del cuidado directo y del rol autónomo, la alta carga de trabajo, el ser enfermera quebrantado, las condiciones laborales desfavorables y los cambios en el sistema y la organización. Todos estos elementos están relacionados y contribuyen a la insatisfacción, como lo muestra el marco ético 7, y lo refirieron los estudios de Sarella, LH y Paravic, KT11 en Chile; Jiménez, E y Perez, E12, en España; García, S et al13, en España, éstos muestran que los factores que más influyen negativamente en la satisfacción del profesional de enfermería son: la política de la empresa, la remuneración económica, la organización administrativa, el sistema de contratación, la relación entre la dirección y los trabajadores y la sobrecarga de trabajo.

La mayoría de las participantes del estudio coincidieron en afirmar que una causa importante de la insatisfacción era la pérdida del cuidado directo, argumentando los cambios del Sistema de Salud y de la organización de las instituciones que le exigen al profesional de enfermería múltiples ocupaciones del rol médico delegado y otras funciones adicionales administrativas que le restan tiempo al rol autónomo (ya presentadas en el capítulo 5.2). Las participantes del estudio lo asumen como una pérdida, porque en otras épocas “podían prestar más cuidado directo a las personas y actualmente es más difícil hacerlo”. (Ver marco ético 7 E1, E3, E4, E5, E7, E8, E13, E14, E15, E16).

Pero si bien el ejercicio del rol interdependiente y las funciones administrativas dan reconocimiento y estatus, la pérdida del rol independiente genera tristeza y algunas expresan “vergüenza”; en otros estudios lo identifican como sentimientos de culpa

(Fletcher,CE5).

Según Fletcher⁵, la carencia del cuidado obedece a cambios administrativos en la provisión y en la asignación del personal y a las condiciones laborales como la seguridad en el empleo y el salario, situaciones que también contribuyen a la insatisfacción del profesional de enfermería.

El desdibujamiento de la identidad profesional y la pérdida de autonomía por el exceso de carga laboral atribuida al rol interdependiente, producen insatisfacción y, por consiguiente, la crisis del profesional de enfermería. Parada,ME et al¹⁵, en Venezuela, al evaluar el grado de satisfacción del profesional de enfermería obtuvieron que 45,9% de las profesionales presentan insatisfacción por factores intrínsecos, debido a la falta de autonomía y de reconocimiento y a la gran responsabilidad en la variedad de tareas que deben realizar.

La insatisfacción y la crisis de identidad del profesional de enfermería también se pudieron percibir en las observaciones y entrevistas a las personas hospitalizadas durante el estudio, al detectar que las personas enfermas no alcanzan a distinguir quién lidera su cuidado de enfermería ni identifican a la enfermera profesional, por la falta de claridad en los roles y tareas que desempeña. De hecho, algunas enfermeras expresaban vergüenza y angustia por no conocer muy bien a las personas hospitalizadas en sus salas a cargo, como lo muestra el marco émico 7 (E4, E7, E1, E5, E3).

Para Sarella, LH y Paravic, KT¹¹ en Chile, la insatisfacción también se genera por las actividades que realiza la enfermera, que no guardan ninguna relación con la profesión, como los trámites de reparación y mantenimiento de los equipos, la consecución de suministros hospitalarios, las funciones de secretaria, entre otras, que ocupan su tiempo, restándoselo a las actividades que verdaderamente le competen, también identificadas en las participantes de este estudio.

Con la insatisfacción, el profesional de enfermería entra en un proceso de laceración y quebrantamiento de su ser enfermera que se manifiesta inicialmente por un inconformismo, disconfort, estrés, y a medida que la insatisfacción se incrementa y se perpetúa entra a un estado de desmotivación, se generan relaciones interpersonales tensas, angustia y tristeza. (marco émico 7:E1, E3, E5, E14, E15).

A esta situación de insatisfacción se le agrega el poco apoyo de la institución para la realización del rol autónomo, las condiciones laborales desfavorables en la contratación y la alta carga de trabajo que tienen que afrontar algunas participantes del estudio (marco émico 7:E1, E3, E5, E8, E6, E13). Ante este panorama, las enfermeras optan por buscar alternativas que le ayuden a soportar, mejorar o cambiar la situación, como el silencio y la actitud de resignación (marco émico 1: ser en sí), la lucha para salir adelante (marco émico 2: ser para sí), la búsqueda de reconocimiento institucional e identidad profesional (macro émico 3) o la búsqueda de otro empleo con unas mejores condiciones de ambiente laboral, como decía una participante: "y si usted no se adapta... váyase... tenga el coraje de decir, yo me voy, porque no me adapté a esta institución, porque no soy capaz de trabajar con la carencia de esta institución, y yo me voy. Pero yo aquí, no me quedo" (marco émico 2: E12).

Cuando las participantes optan por la alternativa de aguantar y adaptarse a las

condiciones desfavorables que les impone el medio (marco emico1: ser en sí), porque no encuentran alternativas o porque las oportunidades de empleo son escasas, es cuando encontramos enfermeras que están a disgusto con los roles impuestos pero no hacen nada para cambiar la situación que las aqueja, entrando en un estado de conformismo y rutinización de las tareas, como lo expresan Dibábora,E y Rossi,C98, y es entonces cuando la satisfacción se torna más ambivalente.

Marco émico 8. Ante la ambivalencia de la satisfacción: Se cuestiona la reivindicación del ser enfermera

Participante	Testimonio
E1	El cuidado directo con el paciente se pierde, por eso es la insatisfacción (...), pero hay otra gran satisfacción en la medida de que usted sea dinámico, que usted coordine, que usted gestione se vea reflejado en que el sistema de calidad de la institución. [...] Aquí en la institución como dificultades grandes que yo veo es un enfoque muy administrativo, la parte administrativa hace que se pierda el cuidado directo con el paciente, por lo que usted muchas veces resulta haciendo actividades que no le incumben, que no hacen parte como del objeto de la profesión.
E3	Y eso que nosotros hay cosas que no nos hemos dejado montar, bueno, por ejemplo todo lo de las remisiones.
E4	Yo considero que una enfermera tramitando exámenes se pierde, entonces no sirve su valor agregado, está haciendo algo que perfectamente puede hacer una persona bien entrenadita, un bachiller. [...] La idea es que las instituciones no alcanzan a cubrir todas esas partes, pero si se ponen a hacer un estudio se darían cuenta que es más costoso poner una enfermera que contratar una secretaria. [...] Como procurar que el sistema de salud estratificara la función del enfermero/a, a ver, a usted le gusta la asistencia, prepárese para ella, dedíquese a la asistencia y a la que le guste la administración que se dedique a la administración y que las instituciones se acojan a esa estructura laboral.
E5	Como que sí y como que no, pero es por eso, uno quisiera que fuera tan distinto y por la formación que uno tiene, que yo tengo un ideal de enfermera, pero entonces yo no me siento satisfecha porque el trabajo no me deja ser así. [...] El modelo que yo conocí es muy distinto [...] El concepto ha cambiado porque uno encuentra personas que son muy líderes y que son muy buenas para manejar personal, para hacer defender sus derechos y su puesto, pero encuentra también personas que son muy tranquilas. [...]
E5	Hay cosas que uno no puede perder, de pronto lo verán como un progreso, la verán como una ejecutiva, pero no se puede perder la razón de ser del enfermero/a, la enfermera es eso una [persona] que tiene una auxiliar de enfermería que es para que le ayude en procesos de enfermería.
E6	Yo me encuentro muy satisfecha con el desempeño, porque yo sé que lo hago bien, pero no estoy satisfecha con la parte de asistencia porque no se puede prestar tanta asistencia, esa parte me deja como un vacío.
E7	De las enfermeras más contentas del mundo, así hayamos sufrido como todos estos cambios y todas esas cosas que nos han llevado a cuestionar tantas cosas y, sin embargo, siempre me gusta. [...] Ésa es como mi satisfacción más grande, esa parte social y que de todas maneras, en medio de tanta adversidades se dé un cuidado con calidad hasta donde sea posible. [...] Que la institución le dé a la enfermera la participación que se merece, porque nosotras, el mismo director del hospital dice, que las enfermeras somos la columna vertebral de la institución, pero no tenemos ninguna participación, es muy poca la participación en las decisiones, en la planeación.

Participante	Testimonio
E8	O sea se está perdiendo la razón de ser de nosotras, nosotras estamos es para ayudar a que un paciente salga más rápido.
E14	Sí me parece que influye (en la satisfacción) porque enfermería está basada en el cuidado al enfermo, ¿por qué tengo que hacer tanto papeleo si también el cuidado es importante?
E15	Yo no sé, unas veces me siento satisfecha y otras veces muy insatisfecha porque quisiera hacer y saber tantas cosas, pero hay veces que no alcanza el tiempo.
E16	Desde el punto de vista profesional pienso que es lo que siempre quise hacer, sin embargo, hay cosas que hacen que esta profesión a veces la sienta como que le faltara algo y ese algo es para mí muy importante, el cuidado directo sobre el paciente. [...] Entonces es uno de los factores que me hace sentir que mi profesión, mi servicio, el cuidado hacia el paciente lo estoy dejando de prestar por hacer otras cosas, que hacen parte del funcionamiento del servicio, pero que en cierta forma las puede hacer otra persona.

Al explorar la satisfacción en las participantes del estudio, se observó una particularidad: las enfermeras expresaron, al mismo tiempo, sentirse satisfechas e insatisfechas. Muy satisfechas en algunos aspectos de su ser enfermera y de estar trabajando en una profesión que les agrada, pero también referían sentirse insatisfechas en su praxis profesional porque hay algo que les falta, sienten un vacío y algunas expresan que estaban sintiendo pérdida de la razón de ser del enfermera. A esta situación encontrada la denominé de ambivalencia frente a la satisfacción, la cual se caracteriza por un estado de inseguridad y de inconformidad y, concomitante a este estado, la felicidad por dar el cuidado y la seguridad del trabajo. Esta ambivalencia refleja una lucha interna en su ser enfermera que la mayoría de las participantes expresaron en las entrevistas, como lo muestra el marco ético 8.

La respuesta de ambivalencia en la satisfacción no fue inicial en las entrevistas, surge más como en el intermedio y al final de las mismas cuando las participantes cuestionaban nuevamente su satisfacción, cuando relacionaban ese ser enfermera subjetivo e interior con lo objetivo e intersubjetivo, es decir, cuando se aborda el rol y la identidad profesional en lo social, en el contexto hospitalario del actual Sistema de Salud como lo muestra el marco ético 8.

Las participantes del estudio, aunque expresan su ambivalencia en la satisfacción, ésta no es motivo suficiente para tomar la decisión de dejar el empleo, mas por miedo a quedar desempleadas. Prima en este caso la seguridad familiar y económica por encima de los propios intereses personales, en un contexto difícil para hallar empleo. Diferente a los países de Europa y Norte América, como lo muestran Kanungo RN, Mendonca M7; Bennett S, Franco LM8; Hasselhorn, Tackenberg HM, Müller BH9, como resultado de la insatisfacción se da una gran rotación del profesional y una crisis del recurso humano que trae como consecuencia menor productividad y calidad de los servicios de salud, aumento de los costos de contratación y entrenamiento de personal nuevo y la recarga laboral en las enfermeras que están laborando. Ellas abandonan los empleos para

encontrar otro trabajo que les ofrezca unas mejores condiciones laborales, mayor remuneración económica y horarios razonables que les permitan mayor tiempo para estar con sus familias.

En la ambivalencia con la satisfacción expresada por las participantes del estudio se evidencia una desarticulación entre las políticas de calidad en las instituciones, la satisfacción de los usuarios y la satisfacción del profesional de enfermería, porque el trabajo de las enfermeras gira alrededor de la satisfacción del paciente, como lo promulgan las políticas de calidad en las instituciones, pero interiormente las enfermeras están insatisfechas porque no pueden cuidar ni gestionar el cuidado de las personas enfermas. Las instituciones tienen en cuenta sólo la satisfacción del paciente, ignorando que la relación enfermera-paciente es un indicador importante para la satisfacción de ésta última y para la calidad del cuidado, lo que será posible sólo si las enfermeras pueden ejecutar su rol autónomo con la gestión del cuidado en las instituciones; de ahí viene la ambivalencia, por la desarticulación entre las políticas de calidad de las instituciones y la satisfacción del profesional de enfermería.

6. CONCLUSIONES

La discusión por la satisfacción del profesional de enfermería giró en torno al sentir de las enfermeras en una relación intersubjetiva con el personal de la institución, las directivas de la organización, las personas enfermas y las familias, en la cotidianidad de una sala de hospitalización en el Sistema de Salud colombiano.

En esta discusión emergieron tres categorías principales del estudio: El ser enfermera: ser en sí o ser para sí; entre el rol y la identidad del profesional y la satisfacción un concepto ambivalente, que me llevan a considerar la presencia de una crisis de la profesión de Enfermería.

Este estudio devela una crisis frente al ser en sí y el ser para sí en la enfermera, una confusión entre roles autónomos y roles interdependientes, una crisis entre la identidad y los roles asignados y una ambivalencia en la satisfacción, un dilema entre la defensa y el rescate del rol autónomo frente al desempeño de los roles interdependientes y demás funciones asignadas, las cuales les dan reconocimiento y estatus dentro de la institución.

Es difícil y complejo concluir en este estudio si es la falta de empleo o el deseo de ganar estatus lo que doblega el ser para sí en la enfermera; si es que las entidades formadoras no están cimentando el ser para sí y la identidad de enfermera, o es que el medio es tan fuerte que las subsume; si en el desempeño de los roles interdependientes y las otras funciones asignadas, la enfermera encuentra su satisfacción. Es difícil y complejo concluir si, en el ser en sí y en la ambivalencia de la satisfacción, con respecto a su trabajo, finalmente encuentra su satisfacción.

Es claro que hay una crisis, la cual debe alarmar a entidades formadoras, a las asociaciones gremiales, a los tribunales de ética en enfermería y a las propias enfermeras. Sentimos que las enfermeras se encuentran en una total soledad con respecto a las entidades formadoras e instituciones gremiales; ambas instituciones conocen la situación pero las dos guardan silencio y la enfermera se encuentra sola dentro de la institución contratante, al perder en la mayoría de éstas el departamento de enfermería que se constituía en un interlocutor válido entre las enfermeras y la administración central.

El profesional de enfermería está cumpliendo un rol exitoso en las instituciones de salud contratantes porque están haciendo lo que la institución les demanda, pero esto no implica que las enfermeras estén satisfechas con su desempeño. El cumplimiento del rol siempre lleva implícito un mecanismo de control que las instituciones de salud han sabido aprovechar, además les permite fomentar el estatus de unos roles sobre otros, donde la profesión de enfermería ha desempeñado tradicionalmente un rol subordinado de la profesión médica.

La profesión de enfermería y la de otras profesiones tradicionalmente ejercidas por mujeres, cuyos roles son considerados de estatus inferior por la sociedad y las organizaciones, han sufrido el peso y la connotación de ser subordinadas y de estar cumpliendo órdenes por encima de los propios intereses personales y del derecho a ejercer de forma autónoma la profesión. Es entonces cuando se habla de la difícil misión que tienen los profesionales de enfermería de ser a la vez una persona que cuida, un profesional reconocido por la sociedad y una persona subordinada por las instituciones, lo que lleva a las enfermeras a una situación de insatisfacción y de crisis de identidad que se evidencia por una confusión de roles y tareas asignadas sin autonomía.

El profesional de enfermería no se encuentra satisfecho con su praxis porque no puede ejercer el rol autónomo de la enfermería que implica ser una enfermera para dar cuidado directo y para gestionar el cuidado. Cuando la enfermera se aleja del cuidado que es el objeto de la profesión y de su ser enfermera por estar cumpliendo los roles interdependientes o médico delegados y otras funciones adicionales administrativas que les han delegado, esto no le produce satisfacción y es cuando se genera la no identificación y la no diferenciación del cuidado profesional por los otros actores de la institución, entre ellos las personas enfermas y las familias, entonces estamos hablando de la crisis de identidad del profesional de enfermería.

Ante esta situación de crisis profesional, se requiere por lo tanto reafirmar la necesidad de volver la mirada hacia el yo interior, el ser enfermera —el ser en sí o el ser para sí—, y hacia el fortalecimiento del rol autónomo y de la identidad profesional, es decir, la identificación y la diferenciación en la sociedad, con su legado histórico y cultural, dentro del cual la enfermera se ha dedicado a la ocupación de cuidar la salud y promover la vida.

El estudio de la satisfacción del profesional de enfermería es un llamado de atención ante el panorama mundial de escasez y crisis del recurso humano en enfermería que afrontan ya países de Norte América y Europa, y en nuestro medio lo estamos observando en la migración de profesionales de enfermería al exterior. Esta situación

parece no afectar, aparentemente, la oferta de profesionales en el medio, pero ¿qué hay detrás de las migraciones de esos profesionales? ¿Qué otras cosas hay detrás de la insatisfacción que están expresando las participantes del estudio, de la crisis de la identidad del profesional de enfermería y de la calidad de los cuidados de enfermería? Son algunas de las preguntas que deberíamos hacernos.

Quizás ahora sea un anatema, pero se debe pensar que si la enfermera al finalizar su formación tiene seguridad frente a sus competencias laborales es posible que su desempeño del rol autónomo se equilibre frente al rol interdependiente y las funciones delegadas pierdan fuerza; de esta manera no escucharíamos expresiones como “Me ha dado muy duro y estamos en una situación donde uno ya necesita el trabajo y se tiene que tragar muchas cosas”.

7. RECOMENDACIONES

Se requiere, desde la academia, fortalecer la formación profesional y disciplinar de enfermería, reivindicar el ser enfermera, la singularidad y la investigación. Es decir, formar profesionales con una identidad tan sólida que no se dejen subsumir por el contexto social imperante en las instituciones.

Proponer debates en la academia y en las instituciones sobre la crisis de identidad del profesional de enfermería por la pérdida de condiciones laborales, la pérdida del rol autónomo y la disminución de la calidad del cuidado.

Incentivar al profesional de enfermería en la política, mediante su unión, participación y representación en lo gremial, sindical, comunitario, entre otros, que luche por los derechos y deberes del colectivo, por el reconocimiento social, por el respeto del ejercicio profesional del rol autónomo y la calidad de los cuidados de enfermería.

Fomentar en la academia y en la sociedad la formación del profesional de enfermería autónomo, crítico y transformador de realidades, que le permita avanzar en demandas y necesidades prioritarias de los colectivos, para desarrollar propuestas desde las políticas, los poderes locales y la articulación con el gobierno.

Fomentar los sistemas de cooperación y comunicación entre los profesionales de enfermería y de otras disciplinas en la academia y las instituciones de la salud, para mantener y fortalecer la praxis de enfermería en su área profesional -disciplinar y de esta manera lograr su reconocimiento y diferenciación.

Acompañar a las enfermeras para hacer cumplir la práctica profesional amparada en

la legislación de la profesión, mediante la demanda por su cumplimiento ante los tribunales de ética en enfermería.

Contribuir en la construcción de las políticas de recurso humano del profesional de enfermería, mediante la participación política en las instituciones del Estado como es el caso de la Ley recientemente promulgada sobre el Talento Humano (1164 de 2007), que tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Profesional del área de la salud y la conformación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.

Continuar la discusión académica y la investigación con proyección social en esta línea de investigación: Autonomía y reconocimiento social de la práctica de cuidado de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zas Ros B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Revista Electrónica Psicología Científica [Internet]. 2002. [Acceso 5 de enero de 2007]; Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-80-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelenc>
2. American Nurses Association's. Survey of 76,000 Nurses Probes Elements of Job Satisfaction [Internet]. Georgia: The American Nurses Association, Inc; 2005. [Actualizada en 2008] [Acceso 5 de enero de 2007]. Disponible en <http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2005/pr04>
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Busse R, Clarke H et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Affairs. [Internet]. 2001 [acceso el 12 de enero de 2007]; 20(3):43-53. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/20/3/43.pdf>
4. Kendall Sengin K. The relationship between job satisfaction of registered nurses and patient satisfaction with nursing care in acute care hospitals. [Internet] Philadelphia: Universidad de Pennsylvania; 2001. (Acceso 5 de enero de 2007). Disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=08-04-2013&FMT=7&DID=728479371&RQT=309&att>
5. Fletcher CE. Hospital RN's job satisfactions and dissatisfactions. J Nurs Adm. 2001 [Internet] [acceso 5 de enero de 2007]; 31(6): 324-31. Citado por: Kettle JL. Factors affecting job satisfaction in the registered nurse. [Internet]. Estados Unidos; University North Carolina; [acceso 5 de enero de 2007]. Disponible en:

<http://juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%202002/Kettle.htm>

6. Zurn P, Dolea C, Stilwell B. Contratación y retención de los enfermeros: Formación de unos recursos humanos motivados. [Internet] Ginebra: CIE; 2006. [acceso 5 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.icn.ch/global/Issue4RetentionSP.pdf>
7. Kanungo RN, Mendonca M. Work motivation: models for developing countries. New Delhi: P Sage Publications; 1994. Citado por Consejo Internacional de Enfermeras. Contratación y retención de los enfermeros: Formación de unos recursos humanos motivados. [Internet] Ginebra: CIE; 2006. p17 [acceso 5 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.icn.ch/global/Issue4RetentionSP.pdf>
8. Bennett S, Franco LM. Public sector health worker motivation and health sector reform: A conceptual framework. [Internet]. Bethesda: Development Associates, Inc. n Harvard School of Public Health Howard University International Affairs Center n University Research Co., LLC; 1999. [acceso 5 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.phrplus.org/Pubs/m5tp1.pdf>
9. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Müller BH. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NEXT - nurses early exit study. Stockholm: National Institute for Working Life, 2003. Citado por Zurn P, Dolea C, Stilwell B. Contratación y retención de los enfermeros: Formación de unos recursos humanos motivados. [Internet] Ginebra: CIE; 2006. p20 [acceso 5 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.icn.ch/global/Issue4RetentionSP.pdf>
10. Pearson R, Reilly P, Robinson D. Recruiting and developing an effective workforce in the British NHS. J Health Serv Res Policy. 2004;9(Suppl 1):17-23.
11. Sarella Parra L.H, Paravic KT. Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el sistema de atención médica de urgencia (SAMU). Cienc. Enferm. 2002;8(2):37-48.
12. Jiménez Peláez E, Pérez Martínez E. Satisfacción laboral de la enfermera. Rev. Enferm IMFF 1999;7(3):177-80.
13. García MJ S, Malpica AI B, Bermejo PC, Calvo GMA, Gómez de Enterría PC . Estresores laborales y satisfacción laboral en la enfermería de una unidad de críticos. Enferm Intensiva 2005;16(1):3-14.
14. Fernández San Martín MI, Moinelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JN. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. Rev Esp. Salud Pública. 2000; 74(2):139-47.
15. Parada ME, Moreno B. R, Mejías M Z, Rivas FA, Rivas F F, Cerrada F J, Rivas P FI. Satisfacción laboral y síndrome de Bournout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA); Mérida, Venezuela, 2005. Rev. Fac. Nac. Sal Pub. 2005;23(1): 33-45
16. Urricelqui A, Sanz AC. Satisfacción Laboral y factores asociados con el personal de Enfermería. Rev. ROL Enferm. 2000;23(5): 354-55
17. Aiken LH, Mullin M. Hospital con magnetismo: un mecanismo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. Enferm Clín 1995; 5(6): 35-38 Citado por: García Palacios N, García Palacios R, VILA Pérez M, Torres Ramírez P, Moreno Alvarez MM. Entorno clínico de la enfermera de hemodiálisis en la provincia de Cádiz. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. [Internet]. 2004. Jul.- sep. [accesp 15

- de febrero de 2007]; 7(3): 6-12. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n3/art01.pdf>
18. Fernández Larraguibel B, Paravic Klijn T. Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. *Cienc. Enferm* 2003; 9(2): 57-63
 19. Frías Osuna A, Aceijas Hernández C, Prieto Rodríguez MA, Hejerle Valero C, Gil García E. Actitudes, percepciones y satisfacción de las enfermeras andaluzas con la Atención Domiciliaria. *Enferm. Clín* 2004; 14(6): 297-306
 20. García Laborda A, Bermejo Caja C, Mejías Lizarascos F. Satisfacción profesional de las enfermeras. Un estudio en el Área 10 del INSALUD de Madrid. *Rev. ROL Enferm* 1996;(219):38-42
 21. Lozada García E, Sánchez Hernández LC, Pérez Peláez L, Giraldo Giraldo LI, Castrillón Agudelo MC, Delgado Tamayo S. Estudios sobre la práctica de enfermería. *Invest. Educ. Enferm* 1992;10(2):29-37
 22. Laverde de Botero LA, Forero Pulido C, Macías Suárez G. Situación del personal de enfermería en el servicio de urgencias en una institución de tercer nivel, en Medellín en 1998. *Invest. Educ. Enferm.* 2000;18(2):35-41
 23. Correa Ulloa AE, Palacios ML, Serna Galeano LE. Situación laboral de los profesionales de enfermería de instituciones de salud, municipio de Medellín. 1999. *Invest. Educ. Enferm* 2001;19(2):10-25
 24. Castrillón Agudelo MC, Orrego Sierra S, Pérez L, Ceballos ME, Arenas GS. La enfermería en Colombia y la reforma del sector salud. *Invest. Educ. Enferm* 1999; 17(1):13-14
 25. Velandia Mora AL. Regímenes laborales en enfermería y calidad de la atención. *Avances en enfermería [Internet]*, 2001 [Acceso 7 de enero de 2007]: 5-22 Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx2_1.pdf
 26. Romero Ballen MN. Reflexión desde la enfermería sobre el sistema garantía de la calidad de los prestadores de servicios de salud. En: Libro de ponencias: Foro permanente sobre la calidad de la atención en salud, 2002. Bogotá: Academia Nacional de Medicina de Colombia; 2002. p139-148
 27. Diccionario Real Academia Española. 22ª. ed. 2001 [Internet]. 2001 [acceso 5 de enero de 2007]. Satisfacción. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drael/>
 28. Diccionario de filosofía. Barcelona: Ariel S.A; 2004. Itersubjetivo; subjetivo; objetivo; Ontología; Ser; Schutz Alfred; Identidad, p.3392 2603, 1890, 2622, 3206; 3245, 1743-1745
 29. Munné Matamala F. Psicología social. España: Biblioteca Básica de Psicología CEAC; 1986. p.33, 30, 31-33
 30. Max Neef M, Eizalde Hevia A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro. Chile: Cepaur; 1996. p 37-39
 31. Elizalde Hevia A. Desarrollo humano y ética para la sustentabilidad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006. p. 32- 33,49
 32. Sen AK. La calidad de vida. México: Fondo de cultura económica; 1996 p 108-109
 33. Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires:

- Amorrortu; 1972.p 38-39, 66-67, 96,98
- 34.De los Ríos Castillo JL, Ávila Rojas TL. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Invest. Educ. Enferm. 2004;22(2): p 128-37
- 35.Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990. p.12
- 36.Ley 266 de 1996 de 25 de enero. Diario Oficial No. 42.710 (5-02-1996)
- 37.Davis K, Newstrom JW. Las actitudes de los empleados en el trabajo y sus efectos. En:El comportamiento humano en el trabajo. México: Mc GrawHill, Interamericana de México; 1991. p. 202-230
- 38.Herzberg F. Work and the nature of man. Cleveland: world publishing co.; 1966.
- 39.Weber M. La ética del protestante y el espíritu del capitalismo. Barcelona: Ediciones Orbis; 1985. p.90,138
- 40.Alligood MR, Marriner TA. Importancia de la teoría para la Enfermería como disciplina y profesión. En: Marriner TA, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. España: Mosby; 2003. p.14-31
- 41.Turner Bryan. Los profesionales y los pacientes. En: Cuesta Carmen (Comp) Salud y enfermedad. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p.187-222
- 42.Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. España: Laertes; 1999. p 115, 142-143, 41-42,120-124
- 43.Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993. p.233, 89, 229-, 231, 181,183
- 44.Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 63, 73, 77,73
- 45.Benner P, Wrubel J. The primacy of caring: Stress and coping in health and illness. Menlo Park,CA: Addison-Wesley; 1989. Citado por Brykczynski K. De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En:Marriner TA, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. España: Mosby; 2003. p.165-185
- 46.Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3a ed. Estados Unidos: Sage Publications; 2002. p 132
- 47.Valles MS. Técnicas cualitativa de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis; 1997. p.63, 109-125
- 48.Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. España: Paidós; 2001. p. 16, 246-249,71, 209, 223-224, 227-231, 231, 246-249.
- 49.Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.219, 213, 226, 237, 39, 389,
- 50.Boyle J. S. Estilos de etnografía. En: Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003 p. 185-214.
- 51.Galeano Marín ME. El diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2004. p 36
- 52.Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2a ed. Estados Unidos: Sage Publications; 1994 Citado por Valles MS. Técnicas

- cuantitativa de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis S.A.;1997. p:92, 63, 170, 117-172, 109-125.
53. De Souza Minayo M. C.. O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1999. p. 102,103
54. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1992-1984. p. 41, 109, 108, 101, 114,115-116,29
55. Bertaux D. Come 1 approche biographique peut transformer la pratique sociologique : Paris, 1977. Citado por: Córdova V. Historias de Vida. Una metodología alternativa para Ciencias Sociales. Caracas: Fondo Editorial TopyKos, Postgrado. FACES/UCU; 1990. p. 54
56. Strauss A y Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002. p.174
57. Ruiz Olabuenaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999. p. 172
58. Bonilla Castro E, Rodríguez Sehk P. Más allá del dilema de los métodos. Santa Fe de Bogotá: Grupo Editorial Norma; 1977. p121-124,113
59. Lawrence S, Sellitz C, Lazarsfeld JM, Deutsch M, Cook SW. Research methods in social relations. New York: Holt, Rinehart, and Wiston; 1976. Citado por: Ratcliffe JW, González del Valle A. El rigor en la investigación de la salud: Hacia un desarrollo conceptual En: Denman CA, Haro JA (eds). Por los rincones. Antología de los métodos cualitativos en la investigación social. Guadalajara: Editorial Pandora S.A, 2002. p.57
60. Ratcliffe JW, González del Valle A. El rigor en la investigación de la salud: hacia un desarrollo conceptual En: Denman CA, Haro JA. (eds). Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Guadalajara: Pandora S.A, 2002. p. 57-111
61. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Estados Unidos: Sage Publications; 1985 En: Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. España: Paidós; 2001. p. 246-249
62. Gómez Tabares GE, Molina Restrepo ME, Evaluación ética de proyectos de investigación: una experiencia pedagógica, Universidad de Antioquia, Colombia. Invest. Educ. Enferm 2006;24(1):68-70
63. Alcaraz López GM, Correa A. la ética en la investigación: el caso con los tulle (Kunas) de Urabá, Colombia. Biomédica 2006;26(9): 9.21
64. Universidad de Navarra, Centro de Documentación de Bioética El Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de sujetos humanos de investigación [Internet]. España: , Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental; 1979 [acceso el 7 de enero de 2007]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>
65. Camps V. Ética, retórica, política. España: Alianza;1995: p.97-98
66. Resolución 008430 de 1993 de 4 de octubre. Ministerio de Salud

67. Beltrán Pena F, Sans Adrados JJ. Filosofía medieval y del renacimiento. Bogotá: Universidad de Santo Tomás; 1977. p.241
68. Bennett J. La crítica de la razón pura de Kant; La dialéctica. España: Alianza Editorial; 1990. p249
69. Heidegger M. El ser y el tiempo. Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica, 1998. p.16-17
70. Schutz A. El problema de la realidad social. España: Amorrortu; 2003. p 27
71. Lemay E, Pitts A, Gordon P. Heidegger para principiantes. Buenos Aires: Era Naciente; 2000. p.125
72. Torralba Rosello F. Antropología del cuidar. España: MAPFRE; 1998. p226, 227
73. Heidegger M. La fenomenología del espíritu de Hegel : Curso del semestre de invierno, Friburgo, 1930-31. Madrid, Alianza Editorial, S.A, 1995.p.76-77; 76-78
74. Siles González J. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Index Enferm. 2005;14(50): 7-9
75. Mompert García MP. Administración de servicios de enfermería. España: Masson, 2000. p.46
76. Mompert García MP, Duran Escribano M. Administración y gestión. España: Difusión Avances de Enfermería; 2004. p.245
77. Gutiérrez González P, Núñez Carrasco ER, Rivera CL. Características del rol en el profesional de enfermería intrahospitalario. Enfermería. 2002; 37(120):.29-33
78. Kozier BB, Erb G, Berman A, Snyder SJ. Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y práctica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p10-11
79. Zarate G Rosa. La gestión del cuidado en Enfermería. Index Enferm. 2004;13(44-45):46,43
80. Teixidor i Freixa M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I) Rev ROL Enferm 2002;25(4):15-16
81. Pico Merchán ME, Tobón Correa O. Sentido del rol del profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. Index Enferm 2005;15(51):19-23
82. Spector Rachel E, Muñoz MJ. Las culturas de la salud. España: Prentice Hall; 2003. p.48
83. Adam E. Etre infirmière. Un modèle conceptual, 3ª ed. Montreal: Etudes Vivantes; 1991 Citado por: Pico Merchán ME, Tobón Correa O. Sentido del rol del profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. Index Enferm 2005;15(51): 19-23
84. Salaman G. Working, Chichester, Ellis Horwood y Londres, Tavistock.1986. Citado por Turner Bryan. Los profesionales y los pacientes. En: Cuesta Carmen (Comp) Salud y enfermedad. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999 p.214-216
85. Arroyo MP et al. Ética y legislación en enfermería. Madrid: Interamericana; 1998.p66
86. Torralba F. Cien valores para una vida plena: La persona y su acción en el mundo. España: Milenio; 2003. p.80
87. Chambliss D. ¿What it means to be a nurse? En: Strother Ratcliff K. Women and health: power, technology, inequality, and conflict in a gendered world. Boston: Allyn

- and Bacon; 2002. p271 280
- 88.Aguilar Luxón MC, García Martínez MA, Calvo Salguero A. Valores hacia el trabajo del personal de enfermería. *Index Enferm* 2004;13(44-45):12-13
- 89.Fry ST. La ética en la práctica de la enfermería: guía para la toma de decisiones éticas. Suiza: Consejo Internacional de Enfermería; 1994. p.54-56
- 90.Lake ET. Development of de practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*. 2002(25):176-88. Citado por: López Alonso SR, Hospital magnético, hospital excelente. *Index Enferm*. 2004;13(44-45):7-8
- 91.kramer M, Schmalenberg C. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. Parte 1 *Nursing*. 2005;23(3):8-13
- 92.Valenzuela A. JM (comp) Decadencia y auge de las identidades: cultura nacional, identidad cultural y modernización. México: El Colegio de la Frontera Norte-programa Cultural de las Fronteras, Plaza y Valdés, S.A. de C.V, 1992. p. contraportada.
- 93.Erikson EH. Identidad psicosocial. En:Enciclopedia internacional de las Ciencias Sociales. España: Aguilar,1975. p. 586-590
- 94.Sarbin T, Turner R. Papel social. En: Enciclopedia internacional de las Ciencias Sociales. España: Aguilar,1975 p.554-564
- 95.Diccionario de Sociología. Madrid; Alianza Editores,1998. Rol. p.661-662
- 96.Arias Rojas J. La identidad profesional: una categoría de construcción colectiva. *Revista Colombiana de Trabajo Social*. 2002;(16):7-19
- 97.Valenzuela A. JM. El color de las sombras: Chicanos, identidad y racismo. Mexico: El Colegio de la Frontera Norte. Plaza y Valdés; 1998. p37-38
- 98.Dibábora E, Rossi C. La construcción de la identidad profesional en el sistema educativo y en el sistema prestador de la atención en salud. *Temas de Enfermería Actualizados*. 1998; 6(27): 9-15
- 99.Tapp D, Stansfield K, Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Aquichán* 2005;5(1):114-27
100. Reverby S. A Caring dilemma: Womanhood and nursing in historical perspective. En:Conrad P. *The Sociology of health and Illness: Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers; 2001. p217-227
- 101.Zea Herrera MC, Torres Marín BP. Adultos mayores dependientes: La transición del cuidado. *Invest. Educ. Enferm*.2007;(25)1:40-49
- 102.Barbero JM. Las crisis de las profesiones en la sociedad del conocimiento Nomadas. 2022;(16):177-81
- 103.Malvarez SM, Castrillón Agudelo MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Primera parte. *Rev Enferm IMSS* 2006; 14 (2):101-116
- 104.Castrillón Agudelo MC. La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1977. p.104,109,112,107
- 105.Daza de Caballero R, Prieto de Romano GI, Torres Pique AM. Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. *Index Enferm*. 2005;14(48-49):18-23
- 106.Gómez de Pedro JE y Morales A.JM. Las organizaciones favorecen o dificultan una

- práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm.* 2004;13(44-45):26-31
107. García Morales I, Buendía Muñoz A. Identidad e identificación de la enfermería. *Rev ROL Enferm.* 2001;24(7-8):539-545
108. Sánchez Herrera B. Identidad y empoderamiento de la profesión de Enfermería. *Avan Enferm.* 2002; 20(1): .22-32
109. Torralba Rosello F. Enfermería y transformación paradigmática. En: *Memorias: XX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.* [Internet] Alicante: AESM; 2003 [Acceso 19 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.anesm.net/anesm/descargas/enfermeria%20y%20transformacion%20paradigmatica.pdf>
110. Estadela C, López R . La crisis de identidad en Enfermería. En: Ferrer Cervero V, Medina JL, Lloret C. (eds) *La complejidad en enfermería profesión, gestión formación.* Barcelona; LAERTES, 2003. p31-42
111. Consejo Internacional de Enfermeras. Escasez mundial de enfermera: sectores prioritarios de intervención. [Internet] Ginebra: CIE; 2006. [acceso 5 de enero de 2007]: Disponible en: <http://www.icn.ch/global/shortagesp.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA 1

Dirigida al profesional de enfermería

Preguntas introductoras al tema de estudio:

¿En qué año egresó de la Facultad de Enfermería?

¿Cuál ha sido su trayectoria como enfermero/a?

¿Cuánto lleva laborando en la institución?

Preguntas sobre el tema de estudio:

¿Qué es para usted el cuidado de enfermería?

¿Qué aspectos de la institución y organización administrativa actual, considera usted que contribuyen a su satisfacción o insatisfacción?

Describa una experiencia de su práctica en la que se haya sentido satisfecha

Describa una experiencia de su práctica en la que se haya sentido insatisfecha

¿Usted se encuentra actualmente satisfecha o insatisfecha con el rol de enfermera

que está ejerciendo?

¿A qué atribuye esa satisfacción o insatisfacción?

¿Usted cree que su estado de satisfacción o insatisfacción influyen en el cuidado que usted brinda a los pacientes?

¿Cuáles son los recursos, apoyo o condiciones que usted requiere para brindar un cuidado con calidad?

ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA 2

Dirigida al profesional de enfermería

Entrevistadora:

Preguntas introductoras para la caracterización del profesional de enfermería

Fecha de la entrevista:

Lugar y hora:

Participante:

Año en que egresó de la Universidad:

Tiempo que lleva laborando en la institución hospitalaria:

Tipo de contrato:

¿Tiene estudios de posgrado u otros estudios universitarios?

Estado civil: _____ Tiene hijos: _____ Edad: _____

Preguntas sobre el tema de estudio

¿Cuándo usted ingresó a esta institución, para qué la contrataron?

¿Qué esperan sus jefes que sea el desempeño suyo en este hospital?

¿Usted como enfermera cómo se siente?

¿Qué entiende por el SER ENFERMERA?

¿Para ser enfermera se requiere algún comportamiento o forma de ser especial?

¿El hospital influye en la forma de ser de las enfermeras?

¿En cuál se identifica su ser?:

Ser persona que contribuye a administrar y generar recursos la institución a través de la gestión o ser persona que presta un cuidado de enfermería a la personas.

¿Qué es para usted cuidado directo o de cabecera?

¿Qué siente usted por no dar cuidado directo a los pacientes?

¿Qué es para usted gestión del servicio?

¿Qué es para usted gestión del cuidado?

¿En su quehacer hay algunos roles (funciones) que no son propias de su profesión?
y ¿cuáles son los roles (funciones) que sí le competen como enfermera?

¿El trabajo que usted desempeña en el hospital (institución) le reafirma su identidad profesional? ¿Por qué?

¿En su desempeño como enfermera qué es lo que le da reconocimiento (o estatus)?

¿Las enfermeras tienen autonomía?

¿Se siente restringida en su ser enfermera frente a lo que hace en la institución?

¿Qué no le gusta de su ser enfermera?

¿Qué le gustaría cambiar de su ser enfermera?

ANEXO 3. GUÍA DE OBSERVACIÓN- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha _____ Hora _____

Inicia _____

Finaliza _____

Duración _____

Nombre del hospital (breve descripción) _____

Lugar de la reunión (breve descripción) _____

Participante: características (edad, sexo....) _____

Aspectos emocionales del participante:

Nivel de participación _____

Interés, cansancio, aburrimiento _____

Postura y expresión corporal _____

Expresión facial, Lo que hace reír al participante _____

Vocabulario local, clave _____

Opinión generalizada _____

ANEXO 4. GUÍA DE OBSERVACIÓN DE CAMPO

Actor: ¿Quién?,

Acto: ¿Qué está Haciendo?,

Personas significativas: ¿Con Quién?

Relaciones: ¿Qué tipo de relación (visual, táctil, verbal...)?

Contexto: ¿En qué contexto o situación?

Medio físico: ¿Dónde?,

Objetos: ¿Qué tecnología y artefactos usa?,

Tiempo: ¿Cuánto tiempo dura y cuál es la secuencia de la acción?,

Objetivo: ¿Qué está tratando de lograr?,

Sentimientos: ¿Qué emociones y sentimientos está expresando?

Formato de observación tomado de Bonilla y Rodríguez, 1977.p121-124,113

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Proyecto: Satisfacción del profesional de enfermería que labora en salas de hospitalización de adultos. Medellín y área metropolitana. Colombia

Enfermera (o) _____, le invitamos a leer o escuchar este escrito:

La investigadora MARLENY ZAPATA HERRERA, estudiante de Maestría de Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, quiere conocer el estado de satisfacción del profesional de enfermería. Su participación consiste en darnos una entrevista y en consentir que hagamos una observación en el servicio donde usted trabaja.

Esta investigación no daña su salud ni afecta su identidad profesional, pues la investigadora guardará total discreción con la información obtenida. No se registrarán los nombres propios de personas; la entrevista tendrá un código sólo conocido por la investigadora. Usted tiene la libertad de decidir participar o de retirarse si lo cree conveniente.

Le solicitamos su autorización para grabar y tomar nota de la entrevista, usted tiene la libertad de rehusarse a responder alguna pregunta cuando así lo desee.

Una vez termine la investigación, las grabaciones de la entrevista serán destruidas.

Lugar y fecha _____

Yo _____ acepto participar de la

Investigación, entiendo y comprendo lo que dice este documento y lo que se me explicó por parte del enfermero/a que me solicitó el consentimiento; sé que tengo el

derecho a hacer preguntas relacionadas con la investigación; si más adelante no estoy de acuerdo me retiro de ella.

Firma _____ CC _____

Participante _____