

Significado construido por los cuidadores familiares acerca del personal de enfermería†

Carmen Liliana Escobar-Ciro*

Yadira Cardozo-García**

Recibido:

4 de Mayo
de 2016

Aprobado:

20 de Junio de
2016

RESUMEN

Objetivo: describir el significado que construye el cuidador familiar de personas en situación de enfermedad crónica acerca del personal de enfermería en el ámbito hospitalario. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo con enfoque etnográfico. Se realizaron catorce entrevistas y cincuenta horas de observación participante. Los participantes fueron los cuidadores familiares de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en dos instituciones de la ciudad de Medellín (Colombia). El análisis se hizo a partir de la lectura de los relatos, las observaciones y las notas de campo; se realizó análisis línea a línea, que permitió la codificación de la información; los relatos se agruparon en categorías y subcategorías. **Resultados:** el significado que construye el cuidador familiar de personas con enfermedad crónica acerca del personal de enfermería en el hospital parte de considerar la enfermería como un oficio duro y de vocación, donde se identifica como actores a la jefe (enfermera) y a la enfermera (auxiliar de enfermería), cada una con características propias de su hacer, saber y ser por las cuales las diferencian, y con quienes establecen relaciones cercanas o lejanas. **Conclusiones:** los cuidadores familiares identifican al personal de enfermería de acuerdo con ciertas características, asumiendo que el profesional de enfermería posee conocimientos, estatus y poder, alejado del cuidador y del paciente. Por su parte, el auxiliar de enfermería es percibido como alguien cercano, con quien se puede interactuar y resolver situaciones. Independientemente del rol desempeñado, los enfermeros(as) señalan una sobrecarga laboral que les hace difícil interactuar con el cuidador familiar.

PALABRAS CLAVE: enfermeros, cuidadores, hospitalización, jerarquía social, investigación cualitativa***.

* Enfermera. Magíster en Enfermería. Docente. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: clliliana@gmail.com

** Enfermera. Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Docente. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: yadira.cardozo@udea.edu.co

*** Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> de la Biblioteca Virtual en Salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Escobar-Ciro CL, Cardozo-García Y. Significado construido por los cuidadores familiares acerca del personal de enfermería. *Rev. cienc. cuidad.* 2016; 13(2): 93 - 106.

† Artículo derivado del proyecto de investigación “Significados que construye el cuidador familiar de personas en situación de enfermedad crónica acerca del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria”, financiado por la Universidad de Antioquia.

Significance built by family caregivers about the nursing staff

ABSTRACT

Objective: to describe the significance that family caregiver builds in a situation of chronic disease about the nursing staff in the hospital field. **Materials and methods:** a qualitative study with ethnographic focus. Fourteen interviews and fifty hours of participant observation were performed. The participants were family caregivers of hospitalized patients in the service of internal medicine in two institutions in Medellín (Colombia). The analysis was done based on the reading of reports, observations, and field notes; Line by line analysis was done, which allowed the codification of the information, and the reports were grouped in categories and subcategories. **Results:** the significance that the family caregiver builds in people with chronic diseases about the nursing staff in the hospital, starts from considering nursing as a difficult job and vocation, where individual roles of the boss (nurse) and nurse (nursing assistant) are identified, each one with their own working characteristics of doing, knowing, and being, for which both nurses are differentiated, and with whom nurses establish close and distant relationships. **Conclusions:** the family caregivers identify the nursing staff according to certain categories, assuming that the nursing professional has knowledge, status, and power, away from the caregiver and the patient; the nursing assistant, is recognized as someone close, with whom the professional can interact and solve situations. Independently of the role performed, the nurses, indicate a work overload that makes it difficult to interact with the caregiver.

KEYWORDS: nurses, caregivers, hospitalization , hierarchy, social , qualitative research .

Significado construído pelos cuidadores familiares sobre a equipe de enfermagem

RESUMO

Objetivo: descrever o significado que construa o cuidador familiar de pessoas em situação de doença crônica, sobre a equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. **Materiais e métodos:** estudo qualitativo com abordagem etnográfica. Realizaram-se catorze entrevistas e cinquenta horas de observação participante. Os participantes foram os cuidadores familiares dos pacientes hospitalizados no serviço de medicina interna em duas instituições da cidade de Medellín (Colômbia). A análise foi feita a partir da descrição das histórias, as observações e as anotações de campo; se realizou análise linha a linha, que permitiu a codificação da informação, e as histórias se agruparam em categorias e subcategorias. **Resultados:** o significado que estabeleça o cuidador familiar de pessoas com doença crônica sobre a equipe de enfermagem no hospital, parte de considerar a enfermagem como um trabalho pesado e de vocação, onde é identificada como atores à chefe (enfermeira) e à enfermeira (auxiliar de enfermagem), cada uma com características próprias de seu saber, saber fazer e saber ser, pelas quais as diferenciam, e com quem estabelecem relações próximas ou distantes. **Conclusões:** os cuidadores familiares identificam à equipe de enfermagem de acordo com certas características, assumindo que o profissional de enfermagem possui conhecimentos, status e poder, longe do cuidador e do paciente. Por sua parte, o auxiliar de enfermagem, é percebido como alguém próximo, com quem você pode interagir e resolver situações. Independentemente do papel desempenhado, os enfermeiros (as), apontam uma sobrecarga de trabalho, o que faz com que seja difícil para interagir com o cuidador familiar.

PALAVRAS-CHAVE: enfermeiros, cuidadores, hospitalização, hierarquia social, pesquisa qualitativa.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales responsables de la morbilidad y la mortalidad a nivel mundial y aquejan a adultos medios y mayores, aumentando las tasas de hospitalización. En los países con ingresos bajos y medios se calcula que el 75% del total de las muertes son causadas por enfermedades crónicas no transmisibles (2).

Según Rico et al. (3), las personas que sufren enfermedades crónicas presentan una fragilidad clínica asociada a síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes de su cuadro. Para Beltrán (4), esta situación los lleva a consultas recurrentes y estancias hospitalarias frecuentes, aumentando la demanda de cuidado de enfermería y el apoyo del cuidador familiar, los cuales giran alrededor de la interacción humana.

Los cuidadores familiares (CF) tienen un elevado grado de compromiso hacia el cuidado de su ser querido, caracterizado por el afecto y una atención sin límites de horarios; ellos permanecen día y noche y elaboran cuadros de turnos para apoyar el cuidado del paciente hospitalizado, asumiendo la responsabilidad total de la tarea, pasando por ajustes en el rol según la ayuda formal que reciban (5).

Una de las funciones básicas de la familia es la formación y la protección física y emocional de sus miembros, razón por la cual se encarga de prodigar cuidados en caso de enfermedad durante la hospitalización, donde se requiere de su presencia y soporte para el cuidado (6). Se entiende como cuidador familiar hospitalario a aquella persona que, unida por vínculos de parentesco directo o cercanía, asume la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada. Esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario, junto al paciente (7).

Sin embargo, tal como lo establece Celma (8), en los hospitales la figura del cuidador familiar no se considera necesaria y, por lo tanto, su participación pasa desapercibida y no es valorada, pues se considera que el objeto de los cuidados es solamente el paciente.

En consideración al gran compromiso asumido, se reconoce, además, el grado de afectación personal

que supone cuidar a alguien en el hospital, pues esta institución nunca se pensó para las personas cuidadoras y su apoyo durante la hospitalización es un tema poco desarrollado (9).

Por otro lado, los roles que el profesional de enfermería desempeña parten de los constructos que la sociedad tiene con relación a la enfermería; es así como la disciplina está enmarcada en una relación de ayuda y el profesional de enfermería es considerado como persona-recurso en aquellas situaciones en que se necesita información. De igual forma, puede ser considerada una proveedora de conocimientos o una líder, en la medida en que proporciona orientación ante las dificultades (10).

Como lo menciona De la Cuesta (11), los profesionales brindan cuidado formal y para ello se requiere una formación específica, es decir, se reciben elementos desde el punto de vista teórico, técnico y práctico, se rigen por una normatividad, están regulados y son remunerados, a diferencia del cuidado informal o familiar, que involucra parentesco con afectividad amorosa, no es regulado, no hay remuneración económica por el trabajo realizado y no se tienen horarios ni periodos determinados de descanso. En ambas formas de cuidado se muestra agotamiento emocional.

Para Borré et al. (12), si bien la enfermería como disciplina profesional ha tenido avances importantes y un desarrollo que data desde el siglo XIX hasta la actualidad, es evidente que para la sociedad en general estos avances no han sido visibles, pues la construcción de los significados acerca del profesional de enfermería se centran en las actividades relacionadas con la etapa práctica y administrativa de la profesión.

Es esencial, en el contexto regional, indagar acerca del significado que construye el cuidador familiar sobre el equipo de enfermería al acompañar al paciente hospitalizado, pues brinda herramientas de reflexión sobre su ser y quehacer, y permite establecer intervenciones para mejorar su práctica de interacción con el paciente y el cuidador.

A su vez, se promueven estrategias para incrementar la capacidad de afrontamiento, satisfacer las necesidades de la persona en situación de enfermedad crónica y fomentar una buena relación cuidador-persona

cuidada, al reconocer y establecer apoyos formales e informales, manejar sentimientos y planear su propio futuro y el de su grupo familiar (13).

Teniendo en cuenta la situación por la cual deben pasar los cuidadores familiares durante la hospitalización de sus pacientes y dadas sus condiciones, es claro que el equipo de enfermería debe preocuparse por conocer cómo está siendo visibilizado por éstos, pues existe una preocupación constante por cómo el equipo de enfermería es visto por el paciente mas no por el cuidador familiar, situación que puede interferir en la relación que se establece entre ambos.

La literatura (14-20) reporta resultados con relación a los significados que tiene el profesional de enfermería para el paciente pero no con el significado que tiene para el cuidador familiar, razón por la cual es importante indagar este aspecto, ya que las relaciones interpersonales son una construcción de doble vía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el estudio se eligió la metodología cualitativa con enfoque etnográfico, que permite interpretar los fenómenos captando los significados que los participantes atribuyeron a los hechos desde su subjetividad (21) y permite, además, describir el significado que construye el cuidador familiar de personas en situación de enfermedad crónica acerca del personal de enfermería en el ámbito hospitalario. El estudio se llevó a cabo en dos instituciones de tercer y cuarto nivel de la ciudad de Medellín (Colombia).

Los participantes fueron 14 cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas hospitalizados en salas de medicina interna. Para su selección se aplicó el muestreo teórico planteado por Taylor y Bodgan (22), así como la selección intencionada de estos, para lo cual las investigadoras contactaron inicialmente a los profesionales de enfermería encargados de labores administrativas de ambas instituciones, quienes actuaron como mediadoras al permitir el acceso y acercamiento al equipo de enfermería de las salas de medicina interna, que informó a las investigadoras acerca de los pacientes con enfermedades crónicas que tenían un cuidador familiar permanente durante el tiempo de hospitalización. Posteriormente, las investigadoras presentaron el proyecto a los cuidadores familiares, con el propósito de solicitar su participación de forma voluntaria.

Los criterios de inclusión fueron dos: ser cuidador principal de paciente con enfermedad crónica y el tiempo de permanencia en el hospital.

Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron la observación participante, la entrevista no dirigida y las notas de campo. Las observaciones se hicieron durante cincuenta horas en salas de medicina interna en diferentes momentos del cuidado y se enfocaron en las interacciones del cuidador familiar con el personal de enfermería, además del rol desempeñado por las integrantes del equipo de enfermería durante las actividades de cuidado, ya que dentro de los relatos de los participantes surgió una categoría importante relacionada con la identidad desde el ser, el saber y el hacer.

Los testimonios se lograron a partir de preguntas orientadoras, mediante entrevistas no dirigidas donde se permitió a los participantes expresar por asociación libre lo que les significaba el personal de enfermería en la sala de hospitalización. Para ello se utilizó un formato denominado Guía de Entrevista: significados que construye el cuidador familiar de personas en situación de enfermedad crónica acerca del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria, cuyo formato se incluye en la tabla 1.

En total se hicieron catorce entrevistas a cuidadores familiares que decidieron participar en la investigación de forma voluntaria, después de haberles presentado el proyecto. El número de entrevistas se llevó a cabo hasta la saturación de las categorías, es decir, cuando la información fue repetitiva y similar (23). Las entrevistas se realizaron dentro de la institución, en un salón de reuniones o en la habitación del paciente cuando esta no era compartida. Los cuidadores hablaron de forma libre y espontánea con las investigadoras, ya que en ningún momento estuvo presente el personal de la institución; además, se logró establecer una relación empática y de confianza que les permitió expresarse libremente.

Cada entrevista tuvo una duración promedio de dos horas, se almacenaron en medio magnético y fueron transcritas por las mismas investigadoras en el menor tiempo posible, para garantizar la confiabilidad de la información. Después de transcribir las entrevistas se hizo la devolución a los participantes para comentarios y correcciones. Tanto las entrevistas como las observaciones se identificaron con códigos alfanuméricos.

Tabla 1. Guía de entrevista.

GUÍA DE ENTREVISTA	
“Significados que construye el cuidador familiar de personas en situación de enfermedad crónica acerca del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria”	
1.	¿Qué significa para usted, como cuidador, el personal de enfermería durante el tiempo de la hospitalización?
2.	¿Cómo se da la relación entre usted como cuidador y el personal de enfermería?
3.	¿Qué características diferencian a la enfermera de la auxiliar de enfermería durante la hospitalización?
4.	¿Cuándo busca usted acercarse como cuidador al personal de enfermería?
5.	¿Qué situaciones facilitan y cuáles limitan su acercamiento como cuidador al equipo de enfermería acá en el hospital?

Fuente: Proyecto de investigación “Significado que construye el cuidador familiar de personas con enfermedad crónica acerca del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria”, 2014.

Cada una de las investigadoras llevó notas de campo donde registró sucesos, diálogos e interacciones inmediatamente después de realizar las entrevistas y observaciones. También se anotaron los comentarios útiles para el análisis (24).

Para el análisis de la información se utilizaron fichas de contenido, las cuales permitieron consignar la información proveniente del registro de entrevistas y observaciones. Se realizó lectura y relectura de la información partiendo de la segmentación, sin descontextualizarla, para lograr el significado en todo su conjunto. Se consideraron los siguientes pasos: recuperar los datos codificados asignándoles un código particular (la identificación de códigos contribuyó a establecer categorías y subcategorías), explorar los códigos y las categorías creados a través de una reclasificación, asignándoles un nuevo nombre (con las categorías que emergieron se elaboraron cuadros en Word, mapas conceptuales y fichas analíticas, lo que permitió establecer algunas conexiones lógicas para comprender el fenómeno) y luego se pasó a la generalización y teorización (25). La recolección y el análisis de la información se hicieron de forma conjunta y se mantuvo una relación recíproca.

Para conservar el rigor metodológico se mantuvieron los criterios de credibilidad, confiabilidad y transferibilidad. La credibilidad se consiguió al obtener resultados verídicos y reales sustentados en las entrevistas grabadas y transcritas textualmente, manteniendo así la fidelidad de las expresiones de los participantes; la confiabilidad, al mantener la imparcialidad de los investigadores en la interpretación

y el análisis de la información, y la transferibilidad, ya que se tuvo en cuenta la posibilidad de aplicación del estudio y de extender los resultados a otros grupos con características similares.

Desde la elaboración del proyecto investigativo hasta el informe final se tuvieron en cuenta los aspectos éticos básicos contemplados en la Resolución No. 008430 del Ministerio de Salud (26), tales como la calificación del riesgo, la confidencialidad de la información y la garantía de cuidar la privacidad de los informantes. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, según acta CEI-FE 2013-31, y los Comités de Investigación y Ética de las instituciones de salud, según actas 21-2013 y Acta 23 de noviembre de 2013.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el significado que construye el cuidador familiar de personas en situación de enfermedad crónica, acerca del personal de enfermería en el ámbito hospitalario.

Objetivos específicos

- Describir las características que identifican a la enfermera (o) y al auxiliar de enfermería durante la estancia hospitalaria, según los cuidadores.
- Describir los aspectos que facilitan o limitan

el acercamiento del cuidador familiar al personal de enfermería.

RESULTADOS

La recolección de la información se hizo entre enero de 2014 y abril de 2015. Durante el proceso investigativo no se presentaron limitantes que entorpecieran la ejecución del mismo.

Escenario y participantes

En relación con el contexto en el que se llevó a cabo la investigación, ambas instituciones compartían características similares en cuanto a tener un modelo de atención centrado en el paciente y la familia, el número de personal de enfermería asignado por turno y sus funciones. Las diferencias del contexto se daban en la infraestructura física, básicamente en la disposición de espacios y enseres para garantizar el confort del cuidador durante la estancia hospitalaria.

En cuanto a las características sociodemográficas de los participantes, se pudo observar que de los 14 entrevistados la mayoría fueron mujeres (85,7%), con una edad media entre 36 y 59 años, con parentesco o

vínculo familiar con el paciente a quien cuidaban; la mayoría se desempeñaba como amas de casa (57,1%) y tenían estudios de formación básica. El tiempo dedicado a cuidar a su familiar dentro del hospital oscilaba entre 12 a 24 horas.

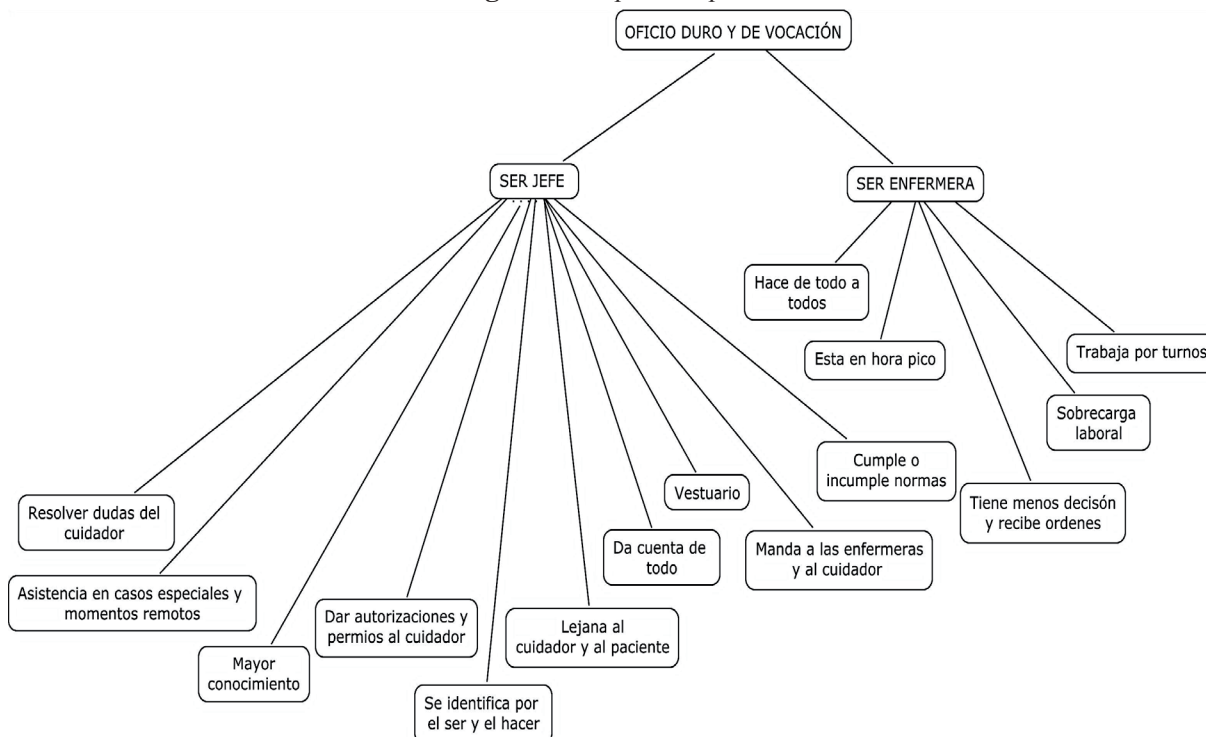
Significados construidos por el cuidador familiar

La enfermería es un oficio duro y de vocación.

El significado está ligado a una construcción cultural dada por la esencia de la enfermería, como es la ayuda, la colaboración, el apoyo en el cuidado y la vocación de quien la ejerce. Para los participantes, la enfermería es un oficio duro y de vocación, donde identifican como actores importantes en el ámbito hospitalario a la jefe (enfermera) y la enfermera (auxiliar de enfermería), cada una con características propias de su hacer, saber y ser, marcadas por la jerarquía hospitalaria que hace parte de la estructura organizacional de las instituciones y se ve como algo natural dentro de la misma.

A continuación, en la figura 1, se presenta un esquema que permite hacer las relaciones lógicas para describir una de las categorías y a la cual hace referencia el presente artículo.

Figura 1. Mapa conceptual.



Fuente: entrevistas a cuidadores familiares de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica, 2014 - 2015.

Ser jefe y ser enfermera (o)

Ser jefe: los cuidadores familiares identificaron al profesional de enfermería por asistir el cuidado en casos especiales y momentos críticos -es decir, en caso de requerir asistencia en situaciones de cuidado de mayor complejidad-, además de diligenciar autorizaciones y permisos, supervisar a las auxiliares de enfermería y a los cuidadores, ser lejano en la relación con el cuidador y el paciente, cumplir o incumplir las normas de la institución, dar cuenta de todo lo que ocurre en la sala o el servicio y también lo identificaron por su vestuario, el cual tiene símbolos que lo caracterizan. Además, se le reconoce por tener mayor conocimiento, lo cual le permite resolver dudas al cuidador cuando la auxiliar de enfermería no las puede resolver.

“...Por ejemplo, hoy vino por la mañana y ayer vino otra jefe que hace curaciones y a veces la jefe aparece por aquí, pero tiene que ser para casos especiales y casos urgentes ya, por ejemplo, que se le baje mucho la azúcar ya a 20 y, entonces, hay que consultarle a ella para ver qué le ponen y es la que autoriza lo que le vayan a poner, o si algún infarto”. E12:3‡.

El (la) jefe es reconocido (a) por los cuidadores familiares a través de las actividades que realiza y que tienen que ver con el nivel de formación, a él (ella) le corresponde realizar las actividades más complejas de cuidado, además de llevar a cabo actividades de tipo administrativo, pues es ella la que ordena, da permisos, supervisa y manda a las auxiliares, trabaja en el computador, está en su lugar (el puesto de enfermería), situación que las hace más distantes del paciente y el cuidador familiar (CF).

“...La jefe es la que manda y ella está por allá ocupada con el computador”. E14:2,3¶.

Al mismo tiempo, el CF lo (la) identifica por el lenguaje que utiliza, pues el tener más conocimientos le permite entender fácilmente la terminología que el médico emplea, haciendo que pueda interactuar con él. Por ello, los CF lo (la) consideran un intermediario que hace posible el acercamiento del CF a la información dada por el médico; cabe resaltar que esta información no llega directamente desde el (la) jefe al CF, sino que pasa al auxiliar de enfermería, quien es el que se encarga de informar al cuidador.

‡ E12:3: entrevista 12: 3.

¶ E14:2,3: entrevista 14: 2, 3.

“...Y saben qué aplicar, son las que son más directas al médico, son las que llaman al médico y le dicen: está pasando esto y esto, y ellas ya reciben la información y reciben la instrucción que le dan a la auxiliar”. E5:2††.

El llamado (a) jefe es quien dirige al personal y lo supervisa, da los permisos y las autorizaciones al paciente y al CF y cumple las normas institucionales. Cuando los cuidadores familiares requieren algo o cuando sus necesidades no son resueltas por los auxiliares de enfermería, buscan al jefe que es el encargado (a), porque él es el responsable del servicio.

“...La doctora es la que está pendiente y les dice... para mí la doctora es la que las manda a ellas, vea haga esto, haga lo otro, porque ella es la principal”. E4:2‡‡.

El vestuario también permite reconocer y construir el significado que para los cuidadores tiene el personal de enfermería; es así como identifican a la (el) jefe o enfermera por la rayita negra en el uniforme o en la toca, y al auxiliar de enfermería por tener una rayita azul en el uniforme o la toca, sin ningún distintivo.

“...La jefe, la que usa toca con la cintica y la universidad que las identifica y todas esas cositas, y ya miro, entonces yo ya no le voy diciendo jefe ni doctora a cualquiera, ya sé quién es la jefe, ya sé quién es la enfermera y ya sé quién es el del aseo y, entonces, por esa parte sí”. E9:7¶¶.

Ser enfermero (a)

El (la) auxiliar de enfermería (los cuidadores la llaman la enfermera) es quien hace de todo a todos, está en hora pico, se encarga de los cuidados básicos -lo cual lo hace más cercano al cuidador y al paciente- y con el cual se establecen relaciones más familiares durante la permanencia en el hospital; tiene menos capacidad de decisión por tener menos conocimientos, recibe órdenes del jefe, trabaja por turnos y tiene sobrecarga de trabajo.

“...Está pendiente que si orinó, que si vomitó, que el oxígeno, que si se va a bañar, que si la curación, que si le trajeron esto, entonces le pido aquello, que no almorzó”. E1:7†††.

Conviene subrayar que el (la) auxiliar de enfermería es la persona con quien el CF tiene el primer contacto,

†† E5:2: entrevista 5: 2.

‡‡ E4:2: entrevista 4: 2.

¶¶ E9:7: entrevista 9: 7.

††† E1:7: entrevista 1: 7.

por ser más cercano a ellos; es con quien primero se comunican, ya sea para solicitar ayuda para el cuidado del paciente o para pedir información con relación al estado de salud de éste. Cuando el auxiliar de enfermería no es capaz de resolver sus inquietudes o cuando la situación es compleja, busca a la (el) jefe por ser considerada una persona con mayor rango laboral. El (la) auxiliar de enfermería es el puente entre el CF y la (el) enfermera (o) jefe.

“En hospitalización hablamos de lo necesario de mi mamá o si necesitan alguna cosa diferente, si por ejemplo necesitan que traiga pañales o que les ayude a bañarla, pero ellas son muy formales para pedirle a uno favores, igual con la jefe, además ella se mantiene más ocupada que la auxiliar; entonces solamente cuando es necesario”. E13:1^{†††}.

Como se mencionó, el auxiliar de enfermería es quien actúa como intermediario entre el CF y la jefe, pues el hecho de permanecer más tiempo a la cabecera del paciente facilita el acercamiento al CF, ya que comparten actividades de cuidado básico que garantizan el confort del paciente, haciendo que éstos se sientan en un mismo nivel.

“Con la enfermera es más fácil porque ella está todo el día con nosotros, pues cuando puede, porque ellas tienen mucho qué hacer, le hablo cuando ella me ayuda a cambiar o a llevar a bañar a mi hermana, entonces yo le pregunto cualquier cosa de lo que le están haciendo y ella, si sabe, me responde”. E14:2^{†††}.

El auxiliar de enfermería tiene sobrecarga de trabajo, pues es a quien ven corriendo de habitación en habitación, con muchas actividades por hacer tales como administrar medicamentos, asistir a los pacientes en el baño y en la alimentación, hacer cambios de posición, responder al llamado del paciente y el cuidador, preparar al paciente para exámenes y responder las inquietudes del CF, entre otras.

“...Uno ve cómo corren en la pieza de uno que tiene que cambiarlos, es que ellos se vuelven nada en un momentico y tiene que cambiarlos y que tienen que volverlos a organizar, que la droga, que bañarlos, entonces lo mismo que le hacen a uno sabe que le tienen que correr a la otra y uno los ve corriendo de pieza en pieza; ¿sabe que pienso yo, a veces?, hay que pecao, ellos deberían tener

más personal aquí, eso pienso yo, que debería haber más personal porque yo las veo que corren mucho y creo como que el tiempo no les da”. E2:12^{††††}.

La sobrecarga de trabajo hace que el auxiliar de enfermería no pueda atender sus necesidades a tiempo y esto los lleva a sugerir que se contrate más personal de enfermería en la institución.

“...Allá hay 27 enfermos, sino es que son más, y de esos 27 hay por ahí 15 que los tienen que bañar en la cama, imagínese, entonces uno tiene que entender que ese es un punto muy duro para ellas”. E10:12^{††††}.

DISCUSIÓN

Tal cómo se anotó en los resultados, los participantes consideran que el trabajo desarrollado por el equipo de enfermería es duro y de vocación. La vocación de que hablan los participantes hace referencia a una predisposición, aptitud o actitud positiva hacia la profesión; además, de cercanía y cumplimiento de requisitos personales que socialmente son necesarios para el desempeño profesional y que, según Martínez (27), se complementan con la preparación, la forma de pensar y la forma de ser.

Tal como lo refiere Nava (28), la vocación es un cúmulo de cualidades de cada ser humano que lo orienta a un oficio o profesión. En el caso de enfermería, esto se traduce en ayudar a los demás en los momentos más difíciles de la vida, cuando la persona se enferma o se siente vulnerable.

Además de la vocación, existen características en el ser, el saber y el hacer que permiten identificar el rol que desempeñan las personas en un determinado equipo de trabajo. El rol percibido por los cuidadores familiares con relación a la (el) enfermera (o) es el gerencial, el cual tiene como actividad principal gestionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de los pacientes, de la organización y de los prestadores de los servicios; este rol tiene que ver con las tareas asignadas por la institución, que se basan en normas, estatutos y reglamentos institucionales.

Con relación al auxiliar, el rol esperado por los CF es el asistencial, el cual tiene que ver con aquellas acciones de cuidado relacionadas con la atención

††† E13:1: entrevista 13: 1.

†††† E14:2: entrevista 14: 2.

†††† E2:12: entrevista 2: 12.

†††† E10:12: entrevista 10: 12.

directa a los pacientes y las familias, donde es necesario estar cerca de éstos (29). Un patrón de comportamiento identificado es que el rol asistencial no es percibido como propio de las (los) enfermeras (os) jefes, sino que corresponde a las (los) auxiliares, quienes interactúan constantemente con el paciente y el cuidador.

Según Alcaraz et al. (30), el trabajo diario del personal de enfermería se diluye en las funciones de coordinación de los servicios y las actividades médico-delegadas. En la investigación de este autor, los participantes expresaron que dedicaban casi todo su tiempo a actividades administrativas, dejando de lado el cuidado directo al paciente y la condición para brindarlo dependía de la condición clínica del enfermo y de si los procedimientos técnicos eran especiales o difíciles, situación similar a la encontrada en el presente estudio.

Cabe señalar que, mientras los cuidadores profesionales dedican gran parte de su tiempo a otras actividades diferentes a las del cuidado, debido al número de pacientes y a la estructuración del trabajo, los familiares permanecen al lado del paciente y son quienes lo acompañan constantemente dentro de la habitación (31).

En otro estudio (20) se evidencia el traslape funcional que ha existido entre el profesional de enfermería en relación con el personal auxiliar y de otras profesiones, lo cual durante años se ha dado a nivel hospitalario y no ha permitido que los usuarios identifiquen de forma correcta las funciones del profesional y, por ende, terminan por diferenciarlo a través de la vestimenta. La mayoría de los entrevistados desconoce la diferencia entre el personal profesional de enfermería y el auxiliar, dado que le atribuyen a la profesión actividades meramente técnicas.

Es por esto que los profesionales de enfermería, llamados jefes, son vistos por el CF como personas muy importantes y lejanas en la interacción, provistas de poder y dueñas de las decisiones esenciales. El carácter estamental de la institución hospitalaria y su reglamentación perpetúan relaciones de poder en donde el CF y su paciente ocupan un nivel inferior; el CF está en el medio y sólo le corresponde acatar las normas.

En relación con el poder, se definen cuatro tipos: 1) el

poder experto (basado en competencias y capacidad), en este caso el (la) jefe, por su misma condición, lo tiene; 2) el poder de la información (dosificado y filtrado), tal como lo mencionan los participantes, la primera información es la que reciben por parte de las auxiliares y luego, en la medida en que se requiera, podrán acceder a la (el) jefe o al médico; 3) el poder de la intermediación que, según los participantes, se da en la relación auxiliar-cuidador para llegar a la (el) jefe y, a través de este, al médico; y 4) el poder vinculado a las reglas (proceso de burocratización), donde el (la) jefe hace cumplir las normas del servicio y de la institución, tanto al personal a cargo como al CF y al paciente (32).

Desde otro punto de vista, Varela et al. (33) mencionan que, a lo largo de la historia, la enfermería ha transmitido el conocimiento de diferentes maneras -una de ellas es por tradición y autoridad- por lo cual se aceptan verdades institucionalizadas basadas en las costumbres que han sido transferidas, permitiendo la creación de modelos y roles.

Para los participantes, las tareas encaminadas a cumplir con el rol asistencial están asignadas por nivel de complejidad y, por tanto, los (las) jefes, por su nivel de formación, realizan aquellas actividades de cuidado de mayor complejidad tales como valorar al paciente en situaciones críticas y realizar procedimientos técnicos de mayor complejidad. Por su parte, a las auxiliares se les asignan los cuidados básicos (aseo, vestido, alimentación) y procedimientos técnicos considerados menos complejos.

Se debe insistir en que, para los participantes, el rol asistencial de los (las) enfermeros (as) jefes es poco visible, pues están inmersos en labores de tipo administrativo. Según Bautista et al. (34), las acciones gerenciales presentan mayor tendencia al cumplimiento de funciones administrativas y de gestión, incluidas funciones no propias del profesional de enfermería, en detrimento del cuidado, esencia del quehacer de la profesión.

En una investigación realizada por Dushkin (35) se destaca que los enfermeros identifican como los problemas principales de enfermería el reconocimiento y la falta de personal, situación que genera sobrecarga y mayor estrés. Así mismo, señala que hay un asunto relacionado con la jerarquización: las auxiliares, que tienen sólo un año de formación,

se dedican a funciones eminentemente técnicas y a cuidados básicos, mientras que los llamados licenciados se dedican más a la supervisión de los auxiliares.

Otro aspecto que permite identificar al personal en sus roles es el uniforme que se lleva y por el cual los diferencian. Para los CF, la inserción en una institución compleja como es el hospital, supone la entrada a un mundo lleno de convenciones y símbolos, colores y uniformes, además de códigos lingüísticos, en una sociedad jerarquizada y estamentalizada en la que el uniforme es expresión de esa relación de poder (36).

De acuerdo con Fonseca y Porto (37), el uniforme implica un tipo de control social, permitiendo distinguir a las personas que los visten de los demás, ya sea por la posición que ocupan en la sociedad o por la forma de distinguirse ante ella.

El uniforme, el comportamiento, la actitud, la apariencia general y la forma de comunicarse son factores que permiten definir la experiencia del paciente y dar cuenta de las políticas de la organización que, en **últimas**, definen la promesa de las garantías de calidad en el cuidado dadas por la misma institución. A su vez, se considera que la sociedad identifica al personal de enfermería a partir de la construcción mental que hace de los símbolos dados por la sociedad, lo cual permite organizar sistemáticamente todo lo que ha tomado del exterior; de ahí que a la (el) jefe lo identifican a partir del uniforme que viste, sin dejar de reconocer la importancia de las funciones que realiza (20).

Zapata y Alcaraz (38) encontraron que los (las) enfermeros (as) realizaban funciones del rol médico-delegado y trámites administrativos, que consideraban podrían ser realizados por una secretaria de sala o el personal de apoyo de la institución; dichas funciones les quitan tiempo para brindar cuidado directo de enfermería. Además, las condiciones laborales llevan a que los profesionales de enfermería, principalmente los más jóvenes, prioricen la función de gestión, razón por la cual ni los pacientes ni los CF distinguen el rol que cada uno desempeña dentro del equipo de enfermería.

Del análisis anterior se puede inferir que existe un desconocimiento en el quehacer del enfermero, lo cual hace que el profesional se replantee cuál es la

imagen que está proyectando a la sociedad y cuál es la que quiere construir. La práctica de enfermería es mucho más que el cumplimiento de tareas, requiere de agudeza intelectual puesto que se trata de realizar una acción pensada y reflexionada que responda a las necesidades de las personas.

En general, y como aspecto común en muchos países, existe un grado de confusión con relación a las denominaciones y los roles que se desempeñan en enfermería, dado por el número de figuras y especialidades en la disciplina y los cambios que se han producido a nivel académico y profesional a lo largo de la historia (39).

CONCLUSIONES

El aumento de enfermedades crónicas en los adultos y las altas hospitalarias tempranas hacen de los cuidadores familiares un recurso muy importante a tener en cuenta durante la estancia hospitalaria por parte del personal de enfermería.

Los participantes de este estudio consideran la enfermería como un oficio duro que requiere de vocación, debido a la ayuda, la relación de apoyo y el servicio que se ofrece al paciente, independiente del rol que se desempeñe en el hospital, sea este el de profesional o auxiliar.

Los cuidadores familiares identificaron al personal de enfermería de acuerdo con los conocimientos que posee, el vestido que usa, las funciones que realiza y las relaciones que establece con los integrantes del equipo de salud y entre sí; denominan jefe al profesional de enfermería y enfermera al auxiliar, características identificadas desde el ser, el saber y el hacer, que son consideradas como algo natural dentro de la jerarquía hospitalaria.

Se asume al profesional de enfermería con conocimientos, estatus y poder, alejado del cuidador y del paciente por las múltiples funciones que realiza. Por su parte, el auxiliar de enfermería es percibido como alguien más cercano, con quien se puede interactuar y resolver algunas situaciones.

La construcción de este significado está estrechamente relacionada con las interacciones que se generan durante el proceso de hospitalización y las experiencias que se tienen durante éste. A pesar de que

el profesional de enfermería es considerado un líder importante durante el proceso de la hospitalización de su familiar, el CF aún lo percibe con un papel muy subordinado a las órdenes médicas o como intermediario en las relaciones interpersonales que allí se desarrollan.

Cabe anotar que los significados parten de los constructos que la sociedad tiene, aún hoy, con relación a la enfermería como profesión práctica, adjudicándole un rol muy instrumental que resulta muy importante para los CF. Queda pendiente, sin embargo, visibilizar el cuerpo de conocimientos que ha construido enfermería, a través del tiempo, en su desarrollo como disciplina y un mayor acercamiento al cuidado de pacientes y de los CF.

Conocer estos significados permitirá crear estrategias que faciliten la interacción tanto con el paciente como con el CF, no desde la actividad meramente técnica o instrumental sino desde una perspectiva del sujeto que cuida desde la formalidad y otro que cuida desde la informalidad, en beneficio del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles [Internet]. 2013 [consultado 24 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades No Transmisibles. Nota descriptiva Enero 2105. [Internet]. 2015 [consultado 12 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
3. Rico-Blázquez M, Sánchez S, Fuentelsaz C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin*. 2014; 24(1): 44-50.
4. Beltrán-Salazar ÓA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Invest. educ. enferm*. 2006; 24(2): 144-150.
5. De los Reyes MC. Construyendo el concepto cuidador de ancianos IV. Cuidadores directos de ancianos: familiares o informales y formales. Curitiba: Reunión de Antropología do Mercosur Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur; 2001.
6. Andrade-Cepeda RM. Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. *Enf Neurol (Mex)* 2010; 9(1): 54-58.
7. Quero A, Briones R, Prieto MA, Pascual N, Navarro A, Guerrero C. Los cuidadores familiares en el hospital universitario de traumatología y rehabilitación de Granada *Index Enferm* 2005; 14(48-49): 8-9.
8. Celma M. Cuidadores informales en el medio hospitalario. *Rev Rol Enferm* 2001; 24(8): 503-11.
9. Gorlat B, García MP, Peinado P, Campos C, Mejías Y, Cruz F. Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales públicos de Granada (España). *Aquichan* 2014; 14(4): 523-536.
10. Del Rey F, Alvear M. Cuidados informales. *Rev Rol Enferm* 1995; (202):61-66.
11. De la Cuesta-Benjumea C. Cuidado artesanal la invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2004. p. 13-14.
12. Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev Cienc Salud*. 2015; 13(3): 481-91.
13. Griffin M. Cuidando a los cuidadores: el rol de enfermería en un establecimiento corporativo. *Geriatric Nursing*. 1993; 14(4): 200-204.
14. Torres C, Rivas JG. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera – un enfermero. *Rev Mex Enferm Cardiol* 2010; 18(3): 60-64.
15. Bautista LM. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichán* [Internet]. 2008 [consultado 15 de mayo de 2013]; 8(1): 74-84. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100007&lng=es
16. Mejía ME. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index Enferm* [Internet]. 2008 [consultado 11 de mayo de 2013]; 17(4): 231-235. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000400002>
17. Quintero MT, Gómez M. El cuidado de Enfermería significa ayuda. *Aquichan* [Internet]. 2010 [consultado 9 de mayo de 2013]; 10(1): 8-18. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1602/2120>
18. Castillo E, Chesla CA, Echeverry G, Tascon EC, Charry M, Chicangana JA et al. Satisfacción con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. *Colomb Med*. 2005; 36(3): 43-49.
19. Escudero B, Díaz E, Pascual O. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Rev Rol enferm*. 2001; 24(3): 183-189.
20. Alvarado G, Alvarado E, Barboza A, Castro E, León S, Matarrita A. Definición de enfermería en el tercer nivel de atención según los acompañantes de los usuarios de un hospital costarricense. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2008 [consultado 14 de mayo de 2013]; 14: 1-10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812819003>
21. Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Bogotá: Editorial Norma; 1997.
22. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1992.
23. Morse JM. The significance of saturation. *Qualitative Health Research*. 1995; 5(2): 147-149.
24. Galeano-Marín ME. Registro y sistematización de información cualitativa. [Internet]. 2001 [consultado 14 de mayo de 2013] Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:80GonFmgU4YJ:apren>

- deenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/17707/mod_resource/content/0/Registro_y_sistematizacion_de_informacion_cualitativa.rtf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co
25. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación. 1ª ed. (en español). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2003.
 26. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la administración en salud [Internet]. Santa Fé de Bogotá: Minsalud; 1993 [consultado 5 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/
 27. Martínez-Nieto JM. Vocación en enfermería, entre la etnografía y la cuantificación: una visión a través de los estudiantes de enfermería. Cádiz: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de la Provincia de Cádiz; 2005.
 28. Nava-Galán MG. Editorial: Profesionalización, vocación y ética de enfermería. *Enf Neurol.* 2012; 11(2): 62.
 29. Forero E. Roles de enfermería en los programas de trasplante de Colombia [Tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
 30. Alcaraz G, Zapata M, Gómez M, Tavera E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Investig Edu Enfer* 2010; 28(1): 43-53.
 31. Quero A. Los cuidadores familiares en el hospital Ruiz de Alda de Granada [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2007.
 32. Marriner A. Guía de gestión y dirección de enfermería. España: Elsevier; 2009.
 33. Varela MD, Sanjurjo ML, Blanco FJ. La investigación en enfermería: rol de la enfermería. *Asoc Esp Enferm Urología* 2012; 121: 19-21.
 34. Bautista LM, Jiménez SJ, Mesa JJ. Desempeño laboral de los enfermeros (a) egresados de la Universidad Francisco de Paula Santander. *Rev. cienc. cuidad.* 2012; 9(2): 64-70.
 35. Dushkin A. El trabajo de enfermería: la percepción de las enfermeras y enfermeros acerca de su profesión en Área Metropolitana de Buenos Aires. Independent Study Project (ISP) Collection 2014; 1849: 19-32.
 36. Wocial L, Segó K, Rager C, Laubersheimer S, Everett L. Image is more than a uniform. the promise of assurance. *J Nurse Admin* 2014; 44(5): 298-302.
 37. Fonseca EFR, Porto F. Enfermeiras-Parteiras e uniforme: Índicios e representações objetais na construção da identidade profissional. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, 2011; 19(3): 432-7.
 38. Zapata M, Alcaraz GM. Satisfacción laboral de las enfermeras en salas de hospitalización de adultos. Un sentimiento ambivalente. *Invest Educ Enferm* 2012; 30(2): 178- 187.
 39. Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión por conocer. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2012 [consultado 2 de diciembre de 2015]; 35(2): 269-283. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272012002200009&lng=es&nrm=iso