

LA IMAGEN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SU CONTEXTO DE TRABAJO

Dra. Corina Samaniego¹

Lic. Silvia Cárcamo

Mg. Daniel Frankel

Universidad Nacional de Lanús.

Departamento De Salud Comunitaria. Licenciatura en enfermería

Agencia Nacional De Promoción Científica Y Tecnológica

Material original autorizado para su primera publicación en la Revista Académica Hologramática

RESUMEN

Se ha sostenido que tanto el estatus como el reconocimiento social de enfermería en la región de las Américas son limitados. Esta situación es similar para la Argentina. Uno de los aspectos que puede contribuir a esta situación es el hecho de que la imagen del trabajador de enfermería parece ser un constructo de difícil definición. Es así que este estudio ha tenido como objetivo general conocer cuál es hoy la imagen profesional construida del/la enfermero/a en el contexto de trabajo. Se ha adoptado una estrategia metodológica basada en la triangulación, se presentan acá los resultados de la primera fase cualitativa. Se trabajó con un muestreo intencional teniendo en cuenta los criterios de propósito teórico y relevancia, realizando entrevistas en profundidad a otros profesionales de la salud, enfermeros que trabajan en los subsectores público y privado y usuarios del sistema de salud. El análisis del material cualitativo se realizó por medio

¹ Lic. en Psicología UBA. Master of Public health, Hebrew University of Jerusalem, Israel. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área Psicología. Prof. Titular. Investigador/Docente. Depto. Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Directora Carrera de Política y Gestión de la Salud mental, Facultad de Psicología, UBA. Jefa de trabajos Prácticos, Cátedra Salud Pública y Salud Mental I. Facultad de psicología. UBA Investigadora Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía. UCA. E-mail: corina.saman@gmail.com

del software Atlas Ti. Algunas de las categorías surgidas del análisis son: humanización del vínculo con la persona, humanización del mismo enfermero, motivación, relación con pacientes, relación con otros profesionales y pares, características del cuidado. La humanización aparece como una característica central de la identidad profesional. Surge una evidente tensión en la definición del rol entre el supuesto por el modelo médico y el que prescribe enfermería siendo que la queja aparece como una constante entre médicos y enfermeros, la rebeldía aparece como una de las formas de afrontamiento de este conflicto.

Palabras clave: enfermería, imagen profesional, metodología cualitativa

ABSTRACT

PROFESSIONAL IMAGE OF NURSING IN ITS CONTEXT OF WORK

Status as well as social recognition of nurses is limited in the Americas, the situation is similar in Argentina. Several studies have shown that the nursing professional image is difficult to define. This study aims to know which the professional image is in the laboral milieu. A methodology based on triangulation has been carried out, presenting here the results derived from the first qualitative phase. A non random sample based on theoretical and relevance criteria was used. Health professionals, nurses and members of the community were interviewed. The material was processed through the software Atlas Ti. Some of the categories that emerged from the analysis are: humanitarian and humanizing relationships, motivation, relationship towards patients, relationship among other professionals and peers, care characteristics. Humanitarian and humanizing relationships appear as central features of the nursing identity. In defining the nurse role comes into sight an evident tension between the role assumed by the medical model and the one prescribed by the nursing model. Complain emerges as a constant among nurses and physicians, being rebelliousness one of the ways to face the conflict.

Key words: nursing, professional image, qualitative research

1. INTRODUCCIÓN

La preocupación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por el problema actual de los recursos humanos en salud, determinó que fuera considerado como problema central en la década del 2005 al 2015.

Indudablemente el problema de la calidad de los trabajadores preocupa en la medida que se entiende que se vincula con la calidad de los sistemas de salud. Un estudio reciente llevado a cabo en los Estados Unidos desde la Universidad de Pensilvania, en 168 hospitales de ese país mostró que cuando en los hospitales aumenta un 10% la cantidad de enfermeras formadas en la universidad, disminuye un 6% el número de muertes de pacientes y que en aquellos hospitales donde el coeficiente de pacientes por enfermera es elevado, los pacientes quirúrgicos experimentan una mortalidad mayor dentro de los 30 días (Aiken et al., 2002, p. 1987-1993).

Las reformas en salud realizadas en la mayor parte de los países de América latina durante el último decenio del siglo XX, se enmarcaron en el objetivo de disminuir costos y el tamaño del Estado y mejorar la eficiencia y calidad de servicios y la cobertura. A las reformas en el sector salud se sumaron otras reformas estatales como la reforma fiscal, la educativa y la laboral; estos procesos en su conjunto modificaron las condiciones de trabajo del personal de salud, las formas de contratación, los salarios; introdujeron nuevas responsabilidades en la gestión de los servicios y de los costos. Se impactó la forma como enfermería desempeña sus funciones en el ámbito hospitalario y comunitario, alterando la continuidad en el cuidado de los pacientes.

Se ha sostenido que tanto el estatus como el reconocimiento social de enfermería en la región de las Américas son limitados. En la mayoría de estos países enfermería resulta ser un grupo que tiene muy bajo peso social, es marcadamente femenino, de salarios reducidos y baja formación académica. La carencia de identidad profesional asociada con una historia marcada de subordinación a la profesión médica ha estimulado una actitud psicológica de servicio como subordinado, carencia de confianza y baja autoestima. En general, la enfermería como categoría profesional tiene dificultades en hacer visible su servicio a la sociedad (OPS, 1999, p. 33).

Al analizar el panorama de la fuerza de trabajo en enfermería, Malvárez y Castrillón (2005, p.61) indican que las mismas enfermeras perciben que el valor social de la profesión no es apreciado ni reconocido socialmente. El estudio resalta el éxodo de este personal, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de estos profesionales a los servicios de salud, todo lo cual tendrá graves consecuencias en la calidad y alcance de la atención en salud en la región de las Américas.

Los resultados de un Estudio Multicéntrico sobre la Reforma de Salud y sus Implicaciones para la Práctica, la Regulación y la Educación de Enfermería realizado entre 1997 y 1999 en cinco países, Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos, dieron cuenta de algunas de las más importantes implicaciones que la reforma de salud tuvo para la enfermería, las cuales se resumen en: condiciones de trabajo precarias; incremento de la carga laboral; pérdida de seguridad en los trabajos, lo cual es también una consecuencia de las reformas del Estado; falta de suministros para la prestación de servicios; bajos salarios; falta de recurso humano de enfermería; necesidad de trabajar en dos o más instituciones; insatisfacción laboral e incremento de procesos de demanda por responsabilidad civil (Guevara & Mendías, 2002, p. 352).

Sin embargo, estudios realizados por diferentes agencias y en distintos países sobre costo efectividad de los servicios de enfermería muestran que los cuidados de enfermería son similares en calidad a los que se proveen por otros profesionales de la salud, incluyendo los médicos. La enfermería juega un papel importante en el logro de una gran variedad de resultados positivos, tales como el incremento del conocimiento en salud, la disminución de quejas, el mantenimiento de la salud, la accesibilidad a los servicios, la disminución de los días de estancia hospitalaria y la satisfacción de pacientes y empleados (PAHO, 1998, citado en PAHO 2004, p. 1).

El reconocimiento de cómo contribuye la formación del personal de enfermería a las mejoras en salud ha impulsado otras investigaciones. Así, un estudio de la OMS/OPS (2002, p. 164) se propuso sistematizar la experiencia de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería desarrollada en la República Argentina en el período 1990-2000. Entre sus conclusiones se encontró que los logros del programa implicaron no sólo el cambio cuantitativo, permitiendo “disminuir la gran brecha entre el número de personal de enfermería no profesional y los profesionales, sino y sobre todo, los cambios cualitativos”. Estos últimos generaron mejoras no solo en el desenvolvimiento

del personal de enfermería en los servicios sino que desencadenaron un proceso de capacitación que en definitiva ha contribuido a proseguir con la disminución de la brecha profesionales de enfermería/no profesionales, teniendo consecuencias en la mejora de la atención de la salud de la población.

En otros países la problemática también ha requerido investigaciones que indaguen perfiles, funciones, imagen y percepciones subjetivas de los trabajadores del campo. En Cuba un estudio planteó la necesidad de discriminar los perfiles y funciones de enfermería a nivel universitario y a nivel técnico dentro del equipo de enfermería y con otros profesionales, teniendo en cuenta que la falta de delimitación de las funciones tiene una repercusión importante para la profesión porque hace más difícil la consolidación del logro de su identidad profesional (Torres, 2004).

Una investigación efectuada en Estados Unidos mostró que las cargas laborales y niveles de estrés experimentaron un aumento progresivo, lo que ocasionaba desvalorización de la profesión, fatiga y reducción del deseo de superación y de participación en agrupaciones (Bartels, 1997). Respecto de la satisfacción laboral de los enfermeros, se encontró que se relaciona con la autonomía, la retribución económica, el ámbito de trabajo y las relaciones interpersonales, y que aspectos negativos como la poca cohesión del equipo de trabajo, la escasez de personal formado y la falta de oportunidades para realizar estudios de perfeccionamiento resultan ser obstáculos para la satisfacción (Robertson, 1999).

La imagen del trabajador de enfermería parece ser un constructo de difícil definición a través de diferentes contextos. En España Pérez y colaboradores (2002, p. 517-530) señalan que entre los profesionales de enfermería se encuentran tres sectores: el asistencial, el docente y el gestor. Esa división, en lugar de suponer un enriquecimiento de todo el colectivo de enfermería, provoca más bien un estado de permanente conflicto, ya que cada uno de ellos proyecta una imagen distinta marcada por sus objetivos particulares, destacando que con esta situación les resulta muy difícil transmitir a los alumnos una imagen unificada y complementaria (Pérez, Alameda & Albéniz, 2002). Esta investigación, que tuvo como objetivo conocer la opinión de los estudiantes y de los profesionales de los centros asistenciales en los que realizan sus prácticas clínicas acerca de las mismas aplicando una metodología cualitativa basada en grupos focales, encontró que tanto los alumnos como los profesionales señalaron la falta de

reconocimiento social hacia su profesión, que les impide identificarse ellos mismos como colectivo y que hace que la angustia, el estrés y la ansiedad sean los principales protagonistas durante su trabajo. En todos los grupos se manifiesta que la enfermería es una profesión muy poco valorada y poco reconocida por los pacientes, por sus amigos de otras carreras universitarias, por los médicos, por la sociedad en general y por ellos mismos. Esta falta de reconocimiento social hacia la profesión parece dar origen al resto de unidades de sentido, dado que no permite la identidad del colectivo y genera la angustia que caracteriza su práctica profesional. Cuando se quejan de tener que resolver funciones que parecen no ser responsabilidad de nadie en concreto, se están quejando de ser un cajón de sastre donde acaba todo lo que no está identificado. Asimismo se quejan de ser trasladados de un servicio a otro, de ser utilizados de comodín que para todo vale, de piezas a las que no se le reconoce un valor propio en el servicio en el que estaban ni se les va a reconocer en el servicio al que van.

En Brasil, Gomes y Oliveira (2005, p. 1011-1017) llevaron a cabo un estudio sobre la imagen profesional de enfermería en el cual tuvieron como objetivo describir y analizar las imágenes profesionales presentes en las representaciones de enfermeros que desarrollaban cuidado directo a los usuarios de servicios, siendo su objeto de estudio la imagen profesional construida por los enfermeros de salud pública. Se trató de un estudio cualitativo, desarrollado en la ciudad de Petrópolis – Río de Janeiro/Brasil. Los resultados revelaron la existencia de una auto imagen profesional con tres grupos de significados: ser referencia para el equipo, la imagen inespecífica y la imagen de argamasa; y la heteroimagen profesional con cuatro grupos de significados: el de administrador, de invisible, imagen positiva y de superposición. Se destacó la presencia de contradicciones en las imágenes explicitadas por esos profesionales que representan al mismo tiempo la especificidad del grupo estudiado ya que la búsqueda de la identidad profesional y de la especificidad del papel propio resulta ser una cuestión actual en la realidad de enfermería.

Otro estudio llevado a cabo también en Brasil (Araújo & Souza, 2004, p. 50-57) pretendió comprender el proceso de construcción de la identidad del enfermero a partir del trabajo cotidiano. Se trató de una investigación cualitativa, cuyo referencial primario fueron Berger y Luckmann, y Agnes Heller. Este estudio se desarrolló en un hospital de la red de servicios públicos del Municipio de Cuiaba, MT, mostrando que,

esencialmente, el enfermero es un ser que se construye en el tiempo, en el espacio y en las relaciones cotidianas.

Ya en el contexto argentino, Wainerman & Binstock (1993, p. 57-62) efectuaron un estudio que indagó acerca de cómo se constituyó la enfermería como ocupación femenina en la Argentina, si esa marca genérica se ha ido modificando por el ingreso de varones y en qué medida tal ingreso ha sido acompañado de un cambio de perfil de calificación en el sector. Las autoras reseñan que en el ámbito de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, un decreto prohibió el ingreso de varones a las escuelas municipales por lo que entre 1912 y 1916 la enfermería no nació sino que se constituyó en femenina, basada en un discurso sexista que asignaba rasgos femeninos a la ocupación tales como abnegación, suavidad, paciencia. Es el triunfo del modelo Nightingale. Esto fue cambiando a partir de la década de los '70 cuando, a partir de la crisis económica, comienza a darse un ingreso de varones a la actividad, debido a que se trata de una ocupación de fácil ingreso dado su carácter de recurso humano crítico en el sector salud. Señalan que su estudio aporta evidencia sobre la base cultural antes que natural de la marca genérica de las ocupaciones, como lo evidencia la visualización más actual de los varones que se desempeñan en el área. Para ellos, las características particulares de la enfermería son lo humanitario, el contacto con los seres humanos, responsabilidad y vocación de servicio, atributos que creen las pueden tener varones y mujeres por igual. El cambio sin embargo no es total ya que todavía se conserva cierta distribución de acuerdo a los servicios, aquellos relacionados con la maternidad para las mujeres (maternidad, obstetricia), los relativos a la fuerza física y la tecnología para los varones (traumatología, terapia intensiva).

Respecto de la imagen que se tiene de una profesión, Leibovich de Figueroa y Schufer de Paikin (1992, p. 10) consideran que se encuentra condicionada por las conductas y las expectativas frente a ella, tanto de legos como de profesionales. Conocer la imagen contribuye a la construcción de la identidad profesional.

Para abordar la construcción de la imagen se puede tener en cuenta la perspectiva del interaccionismo simbólico, siendo que para Mead los símbolos significantes surgen de los actos sociales. “Una persona (self) es cualquier individuo en cuanto objeto social para sí. El ser un objeto social para sí significa que el individuo adquiere para sus gestos significados similares a los que tienen para aquellos que le rodean” (Schellenberg, 1978,

p. 56). Así el individuo desarrolla el otro generalizado entendido como “conjunto organizado de actitudes comunes a un grupo, y que son asumidas por el individuo como contexto para su propio comportamiento” (Schellenberg, 1978, p. 56). Dentro de los campos influenciados posteriormente por Mead se encuentran los estudios de la socialización ocupacional, entre cuyos exponentes cabe resaltar los aportes de Everett Hughes. Para este autor una profesión u oficio se han de considerar menos como un conjunto de actividades y más como un sistema de actividades en evolución permanente (Real, 2002, p.31).

Este abordaje puede aplicarse al caso de enfermería y a su proceso de profesionalización. Como señala Castrillón (1992, sp) la identidad en el caso de enfermería todavía debe ser construida. La función social de la práctica de la enfermería ha variado en la historia, habiendo distintas conceptualizaciones sobre los fundamentos de la profesión, se encuentran concepciones de la enfermera como cuidadora, como tecnóloga o como asistente ayudante. Resulta necesario hallar una identidad profesional más basada en una conceptualización de la profesión que en sus funciones. Por esta razón es importante conocer cuál es la imagen profesional, en particular en Argentina, de un recurso humano crítico pero absolutamente indispensable.

Al ser la imagen profesional producto de la interacción, es necesario indagar diferentes líneas de interacción posibles, porque cada una de ellas obligará a los enfermeros a comportamientos específicos, referidos al papel que deban representar en cada situación particular, es decir, como miembro de un equipo de trabajo, como par o como proveedor de cuidados de salud. Es por esto que el objetivo general del estudio es conocer cuál es hoy la imagen profesional construida del/la enfermero/a en distintos grupos: profesionales de la salud y pares que se desempeñan en distintos subsectores del sistema de servicios de salud y en población general.

2. MÉTODO

A fin de aproximarse a un fenómeno poco conocido en nuestro contexto se adoptó una metodología cualitativa a fin de determinar el universo de dimensiones y conocer mejor

su estructuración social. Lo presentado en el presente es el resultado de la primer fase de un estudio más amplio, de tipo mixto basado en una estrategia de triangulación.

Se trabajó en tres subpoblaciones distintas para indagar la imagen profesional del/la enfermero/a, 1) otros profesionales de la salud, 2) pares y 3) usuarios del sistema de salud y en dos subsectores de servicios de salud, el público y el privado.

Muestra

Para delinear la muestra de tipo intencional se construyó una grilla teniendo en cuenta los criterios de propósito teórico y relevancia. La selección de casos se basó, como indican Glasser y Strauss (citado en Taylor & Bogdan, 1986, p.108), en el criterio teórico del investigador tomando en cuenta como ellos proponen los criterios de propósito teórico, según el cual se debe tener en cuenta la información preexistente sobre el tema en la selección inicial del muestreo, y el de relevancia, es decir ir seleccionando a aquellos entrevistados que permitan ampliar el rango de heterogeneidad tratando de hacer emerger nuevas categorías de análisis que orienten a su vez la búsqueda de nuevos casos. El criterio para definir cuando se detuvo el muestreo fue la saturación teórica (Ruiz Olabuénaga, 2003, p. 62-67; Jones et al., 2004, p. 47-57). Se planificó entrevistar informantes de diferentes profesiones en salud y enfermeros que trabajan en el subsector público y en el subsector privado pertenecientes a nueve tipos diferentes de servicios, de ambos sexos y diferentes edades a fin de obtener la heterogeneidad buscada en la indagación. Se contactaron, cuando fue requerido, las autoridades de las instituciones prestadoras a fin de solicitar los permisos necesarios y de informar sobre la realización del estudio. Los servicios en los que se trabajó fueron los de terapia intensiva, guardia, internación en sala, materno-infantil, rehabilitación, enfermedades crónicas, salud mental, cuidados domiciliarios/paliativos y atención primaria. Los participantes entrevistados pertenecen a 8 instituciones de salud del subsector privado y de obras sociales, a 9 hospitales pertenecientes al subsector público y a 8 unidades sanitarias. También se entrevistaron usuarios del sistema provenientes de la comunidad. En total se han logrado efectuar 55 entrevistas, 21 a otros profesionales de la salud, 21 a enfermeros y 13 a personas de la comunidad.

Instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Se efectuaron entrevistas en profundidad en las insituciones a partir de la pregunta ¿Cuáles son según su criterio las características generales de los enfermeros? profundizando principalmente sobre el discurso del entrevistado y teniendo en cuenta ciertas dimensiones surgidas de la bibliografía. Luego de las entrevistas iniciales se agregaron otras dimensiones surgidas de esas entrevistas tales como: a) grado de reconocimiento social, b) desempeño en subsector público y en subsector privado, d) entrega como característica de la profesión; e) el cuidar como función de enfermería; f) ser par de los médicos; g) ser diferente de los médicos; h) profesión que tiene comunicación fluida con los pacientes.

3. ANÁLISIS DE DATOS. PRINCIPALES CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

A partir de la lectura del material desgrabado se procedió a un primer nivel de codificación abierta tomando como unidad constante de análisis el párrafo siendo de libre flujo ya que no poseen tamaño equivalente. De este primer nivel de análisis surgieron 65 códigos. Luego se efectuó un segundo nivel de análisis a fin de pasar de las propiedades a la generación de categorías, describiendo su significado y generando conceptualizaciones a partir del material.

Se evaluó la consistencia lógica o la estabilidad interna a partir del hecho que distintos investigadores efectuaron los mismos análisis, dando lugar a resultados semejantes con los mismos datos. La consistencia externa se trabajó cuando distintos miembros del equipo generaron temas similares cada uno con sus datos. Se realizaron, además, chequeos cruzados del material para comparar las unidades y categorías producidos de manera independiente. (Hernández Sampieri, et al., 2006) El análisis del material se efectuó con el software Atlas Ti 6.0.

Se presentan a continuación algunas de las categorías trabajadas y su descripción así como ejemplos del material de las entrevistas que dan sostén a las mismas.

1) Condiciones laborales: se refiere a aspectos relativos a las condiciones en que ejercen su trabajo, tanto en lo que respecta a condiciones objetivables, tales como, por ejemplo, daños y sus consecuencias (accidentes, ausentismo) como a cuestiones subjetivas-emocionales (desgaste, conflictos, impotencia, resignación, salario deficiente)

(Médico neumonólogo, Directivo Hospital Público)

-... en la rutina que es la que hay que romper en estas situaciones, esa rutina te lleva a cometer errores, hay un alto índice de... entre los enfermeros de ausentismo por un lado eh... y por enfermedades, pero también hay muchos accidentes de trabajo ...

-...El enfermero trabaja de alguna manera bajo, el no tener estímulos de cambio continuamente, el no tener apoyos este... el solamente hacer el trabajo hace que ingrese a una rutina ...

(Enfermera, Hospital Público, 42 años)

-...pero si me vas a hablar desde el punto de vista laboral, somos mal pagos, se trabaja mucho.

(Médico de guardia, Hospital público, 52 años)

-..creo que debe (el enfermero) tener más que nada una, una amplia predisposición de ayuda a la gente, a las personas, porque es un trabajo muy duro muy, muy desgastante, eh... este... no solamente como salida laboral

2) Humanización del vínculo con la persona: se relaciona con un conjunto de atributos de solidaridad, empatía, consideración del otro como ser humano y no sólo como organismo biológico que describen el vínculo que establece el enfermero con las

personas a quienes asiste

(Mujer, comunidad, 40 años)

(El enfermero) Y tiene que tener: paciencia, porque a la... a las personas hay que tenerles paciencia y... ser servicial.

(Nutricionista, Hospital público, 39 años)

Hay 2 ó 3 casos de enfermeras que... que son una de las más antiguas en el Hospital que sí, te sorprende precisamente la dedicación y el cariño con el que trata a los pacientes.. ¿no? porque, se nota, se nota la forma en que les hablan y como los atienden.

3) Humanización (de la persona misma): se refiere a la transformación subjetiva que sufre el enfermero por su vínculo con las personas a quienes asiste

(Enfermera, Hospital Público, 45 años)

-Y cuando trabajaba en la neo si tenía 10 ó 12 chicos a mi cargo, cada uno de lo que le pasaba a cada uno de esos 10 ó 12 chicos me pasaba a mí...

-. ...una compañera...cuando yo empecé a trabajar en la neo y tenía miedo, es algo que me quedó terriblemente que fue que se me acercó un día y me dijo: “Cerrar las puertitas de la incubadora despacito: así” y eso me quedó para siempre y después yo me puse a pensar y digo: claro, tan chica dentro de una caja y yo voy hago track y trabo la puertita y el chico se me sobresalta y ella vino y se me acercó y me dijo: “Las puertitas de las incubadoras se cierran así, mirá ahí justo traen uno”.

Entrevistador:¿Qué te quedó de ese recuerdo? ¿Por qué recordás eso?

Recuerdo eso porque es un click que hice, que se hizo en mí, de ser... como que me dijeron: estás trabajando con... con... cositas que recién están aprendiendo, cualquier ruidito lo asusta. Es como que algo que recién sale y no conoce nada de esto de... ¿por qué los vamos a tratar mal desde el principio?

(Enfermero en Salud Mental, Hospital Público, 52 años)

Este, bueno, me costó muchísimo al principio, era en terapia intensiva muy activo y de repente pasar a un servicio donde la única actividad que hacía en ese momento por desconocimiento era solamente observar al paciente, darle una pastillita para mí era muy aburrido, muy monótono.

En el primer tiempo me aburría, decía que no quería estar, hasta que pasó, pasaron los meses...

Entro a hablar con los pacientes, familiares, de las necesidades, de las muchas necesidades y empiezo a ver que no es lo mismo que el de Mar del Plata, es otro sistema de trabajo.

El cual me empezó a gustar, me empezó a agradar. Ya no eran tantas las intenciones que tenía de irme del servicio, ya como que empecé a preocuparme, primero por un familiar, después por un paciente, de cómo hacemos para conseguirle esto, o aquello, mirábamos que por ahí se aburría, entonces como yo estaba de 18 a 06, tenía una compañera que estaba de 6 a 18, empezamos a hacer algunas cositas, empezamos a hacerle forros a las sillas, darle algunos quehaceres a los pacientes y a los familiares mismos, porque acá la internación es con familiar, cosa que en otro lado no había.

4) Motivación: relativo a la activación psicológica que guía el comportamiento hacia la consecución de acciones impulsadas por intereses intrínsecos (por ejemplo realización personal) y extrínsecos (por ejemplo, acceder a una mejor paga). Se incluyen acá

también los aspectos relacionados con la vocación, para desempeñar esta tarea, por las características de la misma es necesario un alto grado de vocación, en términos de una inclinación personal a una actividad que enfrenta cotidianamente con el dolor pero también con aspectos “desagradables” del ser humano, “enfermero se nace y luego se estudia”

(Nutricionista, Hospital público, 39 años)

- Yo creo que para ser enfermero hay que tener algo especial que no sé que es, porque no es fácil el trabajo que hacen, no es fácil y... en momentos es desagradable, si porque hay que entrar a una habitación y encontrarte con un paciente sucio desde los pies hasta la cabeza y contener al paciente, contener a la familia y... no sé, en nuestro hospital hay... faltan enfermeros ¿si?, entonces, vos ves una sala con 20, 22 pacientes y hay dos enfermeros por turno y bueno obviamente tienen que hacer, correr de un lado para el otro, pero, algo especial tienen que tener...

(Enfermera, Hospital Público, 35 años)

No. No creo porque si no le gusta la profesión, la tarea que cumple todos los días es difícil tener autonomía, porque lo está haciendo en contra de su voluntad, no ama lo que hace y cuando uno no ama lo que hace... es difícil que las cosas salgan bien

5) Relación/ Comunicación con pacientes: La comunicación es un indicador clave de imagen profesional por cuanto permite caracterizar diferentes estilos. La comunicación refleja modos de actuar y pensar del equipo de salud y de los enfermeros respecto al servicio en el que trabajan, calidad de atención prestada y trato personal en especial hacia el paciente. En la comunicación se reflejan informaciones de primera mano vinculadas con contenidos concretos a través de las palabras como también referidas al vínculo - gestos, tono de voz, modos- así como modalidades de relación y de acompañamiento a los pacientes. El modo de relación del enfermero con el paciente constituye el nexo entre el equipo de salud y el paciente y su familia; representa la figura de “traductor” de las prescripciones médicas y simultáneamente la de

“contenedor” de las necesidades, demandas de los pacientes. También trae aparejado aspectos relativos al reconocimiento y valoraciones positiva y negativa del enfermero

(Psicóloga, Hospital Público)

- muchas veces los pacientes eligen al personal de enfermería este... para hablar de sus cosas, como también a veces son elegidos digamos para poner todos los reclamos este, y las quejas ¿no?

(Mujer, comunidad, 40 años)

-Y a mí me atendió bien la enfermera, pero a mi bebé la enfermera no, mal. Muy mal. Por ser padres primerizos no nos explicó nada, de cómo teníamos que tratar al bebé...

(Médico urólogo, Hospital Público, 49 años)

-(el enfermero) Está mucho más a mano y además es como que también está, está... la gente ve al médico más arriba, el enfermero se ve un poco más de igual a igual ¿no?

(Mujer, familiar de un paciente internado en Hospital Público, 35 años.)

-No, no, ahora con el tema de mi papá, siento como que a veces les molesta cuando le vas a pedir algo que necesitás o los llamás para algo... es como que se sienten a veces que están molestos, que se molestan por esa situación...

Yo en mi caso la verdad estoy satisfecha, porque han cubierto dentro de todo mis expectativas,

(Mujer, comunidad, 50 años)

-Y según las características de cada enfermero porque a veces eh... se enojan feo, y “Señora sino le gusta venga otro día” y bueno, “ahora no se puede, no hay turno, no hay esto y no hay remedios y bueno venga otro día”

(Mujer, comunidad, 50 años)

-Y yo por ejemplo como mamá estaba en el Hospital de Morón esperaba que los enfermeros, bueno me atendieran bien, que digamos que me hablen bien, este... y yo también a la vez también, a la vez también generar un vínculo bueno también con ellos

(Médica generalista, centro de salud, 35 años)

-Bueno, la enfermera evalúa y considera que es urgente, que no puede esperar a mañana lo vemos, si no le da pautas de alarma, como le tiene que bajar la fiebre y demás y se va. Cuesta mucho “no, no a mi me tiene que ver un médico ¿cómo una enfermera?” y después la otra es “me lo puede ver aunque sea la enfermera, así me quedo tranquila” Entonces cuando ya se empieza a conocer esto... eh, o sea quieren más allá de lo típico de que es darle la inyección, tomarle la presión, medir el azúcar.

(Enfermero en Salud Mental, HP)

Eh... (los familiares) se integran rápidamente, nosotros estamos las 24 hs así que se apoyan continuamente en enfermería, este, en lo cotidiano, que me pasa esto, pasa aquello. Hacen una descarga muy buena...

6) Relación/ Comunicación con otros profesionales: Refleja diferentes niveles de articulación e integración en el equipo de salud. En este nivel se juegan las diferencias

entre médicos, otros profesionales de la salud y enfermeros caracterizados por distintos aspectos. Algunos se dan más en la relación de los enfermeros con los médicos que tienen que ver con:

a) formas de relaciones jerárquicas y verticales, por relaciones de subalternidad/sumisión:

(Médica generalista, centro de salud, 35 años)

- ... medicina general es especial porque no se la cree, no hay una cosa de “yo como soy médico soy más que vos” ...medicina general es mucho más horizontal entonces somos todos parte del mismo equipo, no hay esta cosa verticalista hospitalaria: “vos hacé lo que yo digo porque está bien, total después sino te cago a pedos a vos”

- Entrevistador: ¿En el hospital qué es lo que los profesionales creen de los enfermeros, cómo los ven?

- Y a mí me parece que hay medio de esto “tenés que hacer lo que yo digo”

-

(Médico Terapia intensiva, hospital público, 40 años)

El técnico de laboratorio tiene que hacer lo suyo, y el enfermero tiene que hacer eso.

Entrevistador ¿Que sería qué?

Asistencia, al paciente. Contención. Ser el brazo derecho del médico. Que es muy importante.

Entrevistador: ¿Y uno bueno? ¿Cuál es?

El que hace su trabajo. Que no hace más, no se quiere hacer ni el médico ni tampoco se tira a hacer menos. Porque el enfermero sabe que tiene un paciente, tiene que rotarlo, lo

tiene que bañar, lo tiene que higienizar, tiene que estar con confort. Tiene que estar al lado del paciente. Aparte de cumplir con las órdenes médicas, estar con el paciente. Y eso muchas veces no lo hacen. Solamente hacen, cumplir con la orden médica.

b) Negar autonomía y especificidad al enfermero

(Médica generalista, centro de salud, 35 años)

- ¿Qué me pueda ordenar hacer algo a mi u ordenar algo al enfermero? No, desde lo médico puedo decir: “necesito que se cumpla esta indicación” entonces es una relación asimétrica. También el enfermero puede decir: ”necesito que evalúes esto” y yo me vea en la obligación de hacerlo, pero...

- Entrevistador: Eso es una relación asimétrica entre el médico y el enfermero ¿y al revés, no se da?

- Y también si yo me equivoco es responsabilidad mía, el famoso “si pasa algo” la enfermera avisó. No se si es una relación de poder, son responsabilidades

(Psicóloga, Hospital Público, 43 años)

-Pero por ejemplo, al momento de la revista de sala, al momento de las supervisiones o de reunión de equipo que eran los espacios donde el equipo podía pensar, este, reflexionar cerca de la conducción de los tratamientos, la evolución, las estrategias y demás; por parte de algunos profesionales había resistencia para que el personal de enfermería se incluyera.

(Médico clínico y UTI cardiología, jefe de servicio, clínica privada)

Yo siempre recuerdo, lo cuento como anecdótico: yo tenía una enfermera de supervisora de un turno, no en este lugar sino en otro, donde trabajé y me formé como residente y... que intubaba a los pacientes y le enseñaba a los residentes como se debían intubar, a los médicos, era una realidad, era así.

Estaba mal, era un exceso, pero también es cierto que actualmente esto no podría suceder aún queriendo, porque no están capacitados los enfermeros, en cuanto a la tarea práctica; digamos, después de que se reciben, necesitan un período más para la actividad práctica hasta que se ponen en el circuito de enfermería y comienzan a funcionar como deberían.

c) el reconocimiento y las valoraciones positivas y negativas

(Médica generalista, centro de salud, 35 años)

Entrevistador: Y cual era la habilidad de esa enfermera

- Eh... esto: conocer a la gente con la que... conocernos a nosotros, nos tenía bastante “calados” a los residentes y conocer también a la población a la cual iban dirigidas sus acciones. Conocer a la gente. Esto es una habilidad.

- Si, si porque hay cosas que nosotros metidos al consultorio no sabemos, muchas cosas que – no por lo chismoso- pero si por saber que una mamá que no va a poder venir a control, o que tiene la casa llena de humedad o que no tiene un mango y al médico quizás no se lo dice porque no es el momento y porque le da vergüenza, pero que la enfermera lo sabe o se lo contó y eso está bueno.

(Médico clínico y UTI cardiología, jefe de servicio, clínica privada)

Hay muchos que creen que tienen la Licenciatura en Enfermería que lo saben todo, entonces vienen con un papel a querer armar el gran Servicio de Enfermería y cuando le

decís mirá, colocale una sonda vesical, no saben por donde empezar. Esto es así, lamentablemente, es así.

También he conocido otros enfermeros ¿no? Tienen muchísima capacidad y lo saben hacer todo, digamos, pero lamentablemente no son la mayoría.

(Médico neumonólogo, Hospital Público, 54 años)

... en todas las cosas puede haber algunas fallas pero, en general son responsables...

...trabajan con mucha responsabilidad

d) el reproducir los enfermeros instancias de poder y control

(Médico urólogo, hospital público, 49 años)

A partir de que ingresa esta enfermera que viene del hospital de agudos hace un corte, entonces genera una separación del servicio de enfermería en ese sentido, donde ella es la que maneja y genera las pautas eh... para el interior del servicio y no permite que haya un intercambio con ellos (los otros enfermeros). Es como que... las encerró en un redil y la única que puede trabajar con ellas es la jefa nada más.

...las pautas y los lineamientos los da ella, ella; y se maneja con el Director nada más, nada más.

Entrevistador: ¿Y el resto de los profesionales como ven esto, que haya cambiado esa manera que enfermería?

Eh... y las que trabajan con adultos, porque es un hospital de adultos lo ven mal porque las veces que han querido dar una opinión eh... las han sacado mal, o sea “vos no te podés meter en esto, porque esto es de enfermería” esto, le ha dicho la jefa. Muy tajante.

(Médica generalista, centro de salud, 35 años)

- por otro lado hay sectores de enfermería que tienen más poder que los residentes entonces ellos deciden cuando hacer una cosa o cuando hacer la otra.

e) relaciones de confrontación

(Enfermera, Hospital Público)

-Y a mí me gustaría que los enfermeros fueran autónomos, que pudieran ellos mismos decidir. El temor de ellos.(por los médicos).. y como queriendo... menospreciar, menoscabar nuestro trabajo, diciendo: “bah, esta enfermera siempre me viene a molestar por algo distinto”

Si, somos profesionales, pero no somos vistos como profesionales,

(ref. a los médicos) nos tienen miedo, miedo... cree que avasallamos tanto que podemos eh... llegar hasta, al mismo nivel de ellos,

(Médico Terapia intensiva, Hospital Público, 40 años)

Lo que pasa que tenés enfermeros buenos, malos, re-malos, muy buenos. Confiables.

Entrevistador: Y ¿cómo harías esa diferencia? ¿Qué caracteriza uno bueno de uno malo?
¿Cuál es la diferencia?

Particularmente, para mí lo que lo caracteriza es ser conciente de sus limitaciones. No ser más de lo que tiene que...ser, específicamente. Si es enfermero tiene que saber que es enfermero y realizar las tareas de enfermero. No querer pasar más allá de lo que él

puede, ni tampoco menos. Por ahí se quieren hacer como los médicos, ¿viste? que se quieren pasar de...

(Médica de guardia, Clínica privada, 38 años)

Y un ejemplo de las cosas que no se hacen correctamente son, por ejemplo, enfermeros que te llaman a la madrugada y te dicen “bueno, yo ya le pasé al paciente fulanito de tal de la cama tal, le pasé morfina endovenosa porque tenía dolor, ahora necesito que venga y me lo indique” y vos decís no, no está indicado quién te dijo que se lo pases? y bueno ya, ya se lo indicaron, ya se lo pusieron y ya se lo pasaron y después las consecuencias son médicas, porque evidentemente ellos tienen parte de la responsabilidad pero parte de la responsabilidad de administrar lo que el médico solicita y no lo que ellos quieren aplicar y a veces con esto, con esto de que llaman a los médicos, los llaman pero en momentos que no son adecuados, los llaman después de que pasaron aplicando lo que ellos creen que es necesario, con lo cual nos encontramos después resolviendo problemas que no nos incumben a nosotros.

Con otros profesionales de la salud que no son médicos y entre pares las relaciones parecen adquirir características diferentes, con mayores niveles de reconocimiento y valoración positiva, donde son reconocidos como pares (entre enfermeros y otros profesionales de la salud que no son médicos) donde se da más integración y trabajo en equipo, hay más reconocimiento a la formación, por formas de relación y comunicación horizontales:

(Enfermero, Hospital Público, 52 años)

Lo distinto de clínica médica, a lo que es salud mental, o cualquier otro servicio, la mayoría de los servicios,..., pero nosotros trabajamos en equipo, es importante. Si vos me decís, el enfermero es un pilar de todo, la cosa cambia.

Entrevistador: ¿Es un pilar? ¿En que sentido es un pilar?

Y que es tan protagonista como el psicólogo o el psiquiatra.

... está integrado al equipo. Porque, el enfermero está las 24 hs con el paciente ...

(Psicóloga, Hospital Público)

-...los que más conocían el paciente por estar en tres turnos las veinticuatro horas del día, era el personal de enfermería..

(Nutricionista, Hospital Público, 39 años)

- la presencia del enfermero es importante...sin enfermeros el Hospital no funciona, el médico no podría trabajar, los demás profesionales de la salud tampoco. Eso es importante.

(Enfermera, Hospital Público, 42 años)

-Del punto de vista profesional. Bueno por eso te digo, yo en si no noto diferencia, pero si me gustaría que se tome más en cuenta, eh... somos una parte fundamental del Hospital..

(Lic. En Nutrición, Clínica Privada)

para mí, dentro de una institución de salud eh... la parte de Enfermería es un eslabón básico, es... este, uno de los principales asesores digamos del plantel médico, de nosotras las nutricionistas porque las personas que siempre están con el paciente las veinticuatro horas y que los conocen mejor que nadie son los enfermeros así que

nosotros siempre recurrimos a ellos. Eh... así que cuanto mejor formados estén los enfermeros más este... digamos exactos son los conocimientos que nos dan a nosotros

....porque cuanto mejor formados estén, es decir van a estar también mucho más tenidos en cuenta todos los otros profesionales, sobre todo por el plantel médico ¿sí?

7) Formación/ Capacitación: La formación/ capacitación es una de las variables reconocidas como brindando cuerpo al proceso de profesionalización que ha experimentado enfermería, la cual genera diferencias entre categorías profesionales que traen aparejado conflictos entre pares. Asimismo se valora la experiencia en contraposición a lo teórico sin práctica, reconociendo que no es la única profesión en que esto sucede.

(Médico Neumonólogo, 54 años, Hospital)

Y el conflicto, el conflicto se da porque bueno, el Licenciado tiene una formación un poco más sólida, un poco más, me parece que más completa, más con una... una currícula más universitaria, es universitaria, por lo tanto eh... de alguna manera se diferencia del, de las otras, eh... de las otras formaciones y en esto, bueno, en la medida que uno está arreglado eh, como, como se hace la secuencia digamos de jerarquía o de... digamos la secuencia de mando: de los Jefes o Subjefes, todo esto hace que si pueden ser los otros y no yo que soy este... Licenciado y bueno eso entra en conflicto sí o sí, no hay manera de resolverlo, hoy un Licenciado quiere ser jefe de enfermería y no puede serlo, la Ley no se lo permite y bueno en esto tampoco,

(Enfermero, Hospital Público, 52 años)

en todas las Instituciones se requiere la mano de obra de Licenciados o Enfermeros Universitarios o Magister para ocupar cargos jerárquicos, es decir, se abrió la cadena esa para decir: yo, a un enfermero por ejemplo eh... eh... Universitario o un Licenciado,

lo puedo colocar en un área cerrada, que es un lugar donde el paciente, es complejo, de alta complejidad, que necesita otros cuidados que no les va a poder dar un Auxiliar de Enfermería.

(Médico clínico, UTI cardiología, clínica privada, 51 años)

Actualmente la inmensa mayoría de los enfermeros tienen un título habilitante que es universitario, donde muestran eh, curricularmente una gran carga de... un gran bagaje informativo y en general ese bagaje informativo está reñido de la capacidad práctica que tienen esos enfermeros. Enfermeras empíricas, en muchos casos mucamas que por el uso y costumbre habían terminado siendo enfermeras con un gran manejo práctico de las cosas que funcionaban realmente muy bien.

...y ahora no saben lo que es una aguja intramuscular y se reciben de médicos; digo, lo mismo pasa con los enfermeros.

8) Características del cuidado: Se han podido observar diferencias respecto a cómo se piensa el rol de enfermería desde distintas miradas respecto a los cuidados que debe hacer del paciente

- como prescribe el modelo médico el rol: los médicos enmarcan las prácticas de cuidado de enfermería en aspectos formales y fragmentados al reproducir el modelo médico. Aunque se incluyen cuestiones vinculares de relación con el paciente no constituyen el eje central de la definición que se hace respecto de la práctica profesional de cuidados, se lo toma en todo caso como algo que surge más del sentido común que de algo específico del rol de enfermería.

(Médico terapia intensiva, hospital público, 40 años)

Una cosa es una enfermera, otra cosa es el médico.

Uno..., el enfermero asiste al paciente.

Bueno, asiste al paciente, de la parte eh.... , bueno, está, está con el paciente. Lo asiste, le da medicación, lo baña. Y el médico, hace otra cosa. Y ellos, es muy importante que estén...haciendo cosas que a veces no está indicado, ¿viste? Las indicaciones dicen: el plano, a cuarenta y dos, la Ranitidina, tanto. Pero no está..., el que viene, a veces no se pone que hay que rotarlo, que hay que limpiarlo, que hay que vaciarle la chata. Entonces, eso, muchas veces no lo hacen, que es lo más importante.

(Médico Neumonólogo, 54 años, HP.)

-en general son responsables al respecto en dar la medicación, en la atención del paciente en todos aspectos ya sea durante la internación, eh... que tiene que ver con la higiene, que tiene que ver con los controles vitales etc.

(Médica generalista, Unidad sanitaria, 35 años)

- No. Bueno de hecho esto que hablamos de hipertensiones, el consenso que dice tomar primero al paciente, dejarlo en reposo en un lugar tranquilo, no dice nada de... quizás necesita hablar, quizás el marido la fajó o está preocupada por un hijo, no dice nada de lo emocional, lo reconoce implícitamente, pero no habla nada y si una enfermera no lo hace, no está mal que lo deje solo en reposo, pero si solamente está ahí le toma la presión y le dice: “mamita quedate tranquila, ya ahora viene la doctora”...Eso no está escrito que lo tenga que hacer, ni tampoco hay donde fijarse si eso baja o no la presión, pero está y nosotros vemos que resulta.

- Como define enfermería el rol: Para enfermería en cambio las prácticas de cuidado son holísticas, integrales y toman en cuenta características biológicas/ psicológicas y sociales de los pacientes y de la comunidad e incluye el cuidado que el

paciente debe tener para enfrentar la enfermedad y que la persona sana debe hacer para mantener su salud. Los cuidados surgen de un trabajo de evaluación de los enfermeros en los que se consideran necesidades - reales y potenciales- estableciendo planes individuales, familiares y comunitarios.

(Enfermera, Hospital Público, 42 años)

somos los que estamos en contacto directo con el paciente,... manejamos al paciente en su todo, en una forma holística, no hacemos solamente, no vemos patologías ni vemos signos y síntomas solamente, me parece nos estamos perfilando para el lado de ser más general, eh...

Y para mí, el enfermero es la persona que ayuda a realizar las necesidades que el paciente no lo puede realizar, cuando hablo de necesidades es: necesidades fisiológicas, necesidades culturales, todo, porque uno cuando está con el paciente tiene que averiguar todo: religión, cultura, costumbres, usos, porque no todos los pacientes son personas que vienen a un Hospital y saben que a lo mejor pueden utilizar un baño, que se tienen que bañar, todo eso nosotros tenemos que estar atentos y saber como manejarlo, pueden llegar algunos pacientes que son... que tienen costumbres de no ir al baño o de no saber bañarse o higienizarse normalmente como lo hacemos la mayoría, me parece que eso también tenemos que estar atentos a usos y costumbres de cada uno, a la forma de comer, la forma de dormir, la forma de higienizarse, la forma de criar los hijos, todo eso, la cultura, su religión.

(Mujer, Barrio Santa Laura)

Eh... como si fuera... las enfermeras... bueno el tipo de ayuda digamos que ellas atiendan a los pacientes si le hace falta leche, habla con los doctores y les traducen, digamos una receta para retirar leche para los chicos, ... ellas consiguen por ejemplo remedios para los chicos, para las mamás, que tienen problemas de no poder comprar

todas esas cosas. Y otra cosa, es lo que yo más o menos veo, aportan... ayuda para la gente digamos.

(Enfermera, Hospital Público, 42 años)

O sea, yo es como que veo que el médico solamente va a la patología y le da un medicamento y lo cambiamos por otro, y nos fijamos esto y según el análisis y todo lo demás. Nosotros vamos viendo el cambio.

4. CONCLUSIONES

El estudio de la imagen profesional de enfermería se presenta como oportuno en virtud de su contribución a la delimitación de su identidad profesional, apareciendo como arduo el proceso de su construcción como se evidencia por ser tópico de reflexiones frecuentes (Maya Maya, 2003; Irigibel Uriz, 2008).

En el trabajo realizado se arribó a ciertas categorías de análisis que permiten prefigurar esa imagen. Estas categorías fueron: condiciones laborales, humanización del vínculo con la persona, humanización de la persona misma, motivación, relación/comunicación con pacientes, relación/comunicación con otros profesionales, formación/capacitación, características del cuidado.

En primer lugar, es importante señalar cómo la característica de humanización aparece como un aspecto central en la imagen, como necesaria e inherente a la función y al rol, por ser aquel profesional que más acompaña al paciente y su familia, ante todo “ser humano”, en un momento en que se encuentra vulnerable. Esta característica ya había surgido en los estudios de Wainerman y Binstock (1993, p.60) como una de las características particulares de enfermería así como en el de Gomez y Oliveira (2005, p 1016). La presencia de lo humanitario se articula con la motivación y la vocación para

este trabajo constituyendo un núcleo fundamental en la imagen del profesional de enfermería.

Las condiciones laborales de enfermería, percibidas por los distintos grupos entrevistados, que incluyen factores tanto objetivos como subjetivos, resultan ser muchas veces desfavorables. Esto está en un todo de acuerdo con los informes de los distintos organismos internacionales de salud que señalan a enfermería como recurso crítico en contextos laborales no siempre óptimos (OPS, 1999, p.33; Guevara y Mendías, 2002, p.352) así como en otros estudios (Pérez et al., 2002, p.524).

En lo que respecta a las relaciones con los pacientes cabe resaltar este lugar de contención que se le asigna al enfermero en el contexto argentino, apareciendo como profesionales accesibles, en quienes se pueden depositar quejas y reclamos, preocupados por las diferentes dimensiones que afectan a la vida humana, hallazgo compartido con otros contextos (Gomez y Oliveira, 2005, p. 1016). Sin embargo aparecen también opiniones negativas resultado del encuentro discordante entre las expectativas de los pacientes y las conductas de los enfermeros, cuando los pacientes esperan encontrar esa figura contenedora que brinda cuidados y en su lugar aparecen malos tratos. Será importante indagar en el futuro si esto último atraviesa los distintos ámbitos institucionales o si pertenece al ámbito de lo público exclusivamente.

En las relaciones de los enfermeros con los otros profesionales se presentan distintos matices según sean estos médicos u otros profesionales de la salud. Con los médicos aparecen relaciones que involucran, por ejemplo, formas jerárquicas y verticales pero es necesario remarcar que esto no surca diversos ámbitos institucionales sino que es propio del Hospital y no del ámbito de la atención primaria, algo que también surge en un estudio español (Pérez et al., p.527). Además, otro aspecto que aparece es el negar la autonomía y la especificidad en la labor de enfermería, algo semejante a lo encontrado por Gomez y Oliveira (2005, p.1015) cuando se postula la imagen como invisible, no apareciendo la ejecución del trabajo de enfermería como un elemento a destacar. Asimismo estos autores refieren en su estudio como la autoimagen entre pares da cuenta de relaciones jerárquicas al interior del equipo de enfermería lo cual genera tensiones internas entre auxiliares, técnicos y enfermeros profesionales (p.1014), similar a lo hallado en el presente estudio respecto a la reproducción de relaciones de poder con los pares.

Es relevante señalar el espectro de relaciones que surgen entre los médicos y el personal de enfermería, donde aparece la confrontación, pero oscilando entre sumisión, cooperación y rebelión. Cuando surge la confrontación el enfermero no se adecua ni acomoda a lo pedido, sino que manifiesta la resistencia a través de diferentes formas de rebelión como por ejemplo no hacer lo que deberían.

De todas formas, en este interjuego, aparece también la valoración positiva de los médicos hacia los enfermeros al reconocer las habilidades que despliegan en su trato con los pacientes y sus familiares, en lograr acercamiento, familiaridad e intimidad, conexión y proximidad, algo que ellos no alcanzan.

No se han encontrado estudios respecto a la imagen profesional de enfermeros en otros profesionales de la salud no médicos por lo que no es posible discriminar si lo hallado es particular del ámbito argentino. No obstante, resulta de interés efectuar la comparación con lo referido al grupo profesional médico. Con otros profesionales de la salud las relaciones adquieren otras características, dándose mayores niveles de reconocimiento y valoración positiva, donde son reconocidos como pares, produciéndose más integración y trabajo en equipo, generándose más reconocimiento a la formación y donde las formas de relación y comunicación resultan ser horizontales.

Cabe resaltar el lugar que esta tomando la capacitación en el proceso de profesionalización de enfermería, resultando algunas veces en conflictos dentro del equipo de enfermería por la coexistencia de categorías profesionales distintas.

A diferencia de lo encontrado por Gomez y Oliveira (2005, p.1015) en este trabajo aparece un autoimagen dentro del colectivo de enfermería más consensuada en sus concepciones del papel propio profesional, existe acuerdo entre los enfermeros sobre las características que conlleva su actividad, por ejemplo en términos de las características del cuidado, integral y holístico, que debe recibir el paciente.

Se percibe una tensión en la definición del rol especialmente entre el rol supuesto por el modelo médico, particularmente en el campo de los cuidados, y el rol que prescribe enfermería, existen varias definiciones superpuestas y en algunos casos contradictorias entre lo que se espera del enfermero y cómo éste se desenvuelve, actúa, hace, piensa. A la carga de la definición formal de sus prácticas se incluye un plus extra

clínico que caracteriza formas de relación y comunicación menos visibles pero efectivas- lo extra clínico, lo que no está escrito, lo que no está pautado- y que reflejan la singularidad del rol al denotar su capacidad de autonomía: conocer la necesidad, ponerse en el lugar del otro, estar cerca de la gente, ser parte del equipo de salud, educar, acompañar, escuchar, contener, aconsejar, tomar iniciativas, estar con el paciente, lo cual resulta ser reconocido por la comunidad. En la interacción con los pacientes, con sus pares y con el equipo, el enfermero refleja opiniones, conductas, expectativas, ideales, referencias válidas e importantes como información significativa y de peso en relación a la atención de las personas que se articulan o no con las expectativas de los otros, deviniendo en una construcción particular de su imagen. Se plantea entonces la pregunta de cómo construir una imagen profesional y una identidad en medio de la tensión entre un rol pretendido por el modelo médico y el rol del modelo de enfermería. Como ya señalaba Torres (2004) la falta de delimitación, entre otras cosas, de las funciones del enfermero influye de manera importante en la profesión porque hace más dificultoso la consolidación del logro de su identidad profesional. Llama la atención que esta referencia a la tensión sea frecuente en distintos estudios de la imagen profesional en otros contextos (Gomez y Oliveira, 2005, p.1014; Araújo y Souza, 2004,p. 54, Pérez et al.; 2002, p. 520). Como señalan Araújo y Souza (2004, p. 54), el trabajador de enfermería esta situado en la interfase de los otros trabajos del equipo de salud, el trabajar con otros trae aparejado relaciones de conflicto y demarcaciones de espacios de poder.

Otro aspecto a destacar que surge del análisis es que la queja aparece como una constante entre médicos y enfermeros. Si bien frente a la definición que hace el modelo médico hay resistencia por parte del los enfermeros, como se refirió, ellos muchas veces reproducen este mismo modelo cuando deben organizar la tareas de sus pares. La queja y el malestar dentro del colectivo de enfermería es común a otros contextos (Pérez et al., 2002, p.527).

Como se ha planteado, la imagen profesional resulta de una conversación de gestos significantes, la imagen es interaccionista donde el aprendizaje de los nuevos significados en el escenario ocupacional surge de la interacción con otros (Real, 2002, p. 31). En el caso de enfermería los atributos de la imagen, como construcción compleja, presentan tensiones entre sí, oscilantes entre polos positivos y negativos,

contrapuestas y fluctuantes, imágenes atribuidas tanto por otros profesionales de la salud como por los usuarios del sistema, imágenes que no siempre son complementarias. Resultará significativo incluir estas visiones y expectativas en el debate, toda vez que forman parte del proceso de institucionalización profesional, en la construcción de la profesión y de la identidad profesional, articulación problemática y compleja entre lo individual y lo colectivo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L.H. et.al. (2002). Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA*, 288, 1987-1993
- Bartels, J.E. (1997). Creating meaningful accreditation practices for the next millenium. *Journal of professional nursing*. 13, (3) 140.
- Castrillón Agudelo, M.C. (1992). La práctica de enfermería como objeto de estudio. *Investigación y educación en enfermería. Revista de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía*, Setiembre, X, (2).
- Guevara, E. & Mendias, E. (2002) A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12 (5) 347-353
- Gomes A.M.T. & Oliveira D.C. (2005). A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Novembro-dezembro, 13 (6) 1011-8.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado C. & Lucio, P.(2006) *Metodología de la Investigación*. 4ta edición. México, Mc Graw Hill.
- Irigibel Uriz, Xabier (2008). Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index de Enfermería* 17(4):276-279
- Leibovich de Figueroa, N. & Schufer de Paikin, M. (1992). Imagen profesional del psicólogo clínico. *Boletín Argentino de Psicología*, Abril. 5, (1) 9-11.

- Malvárez, S. M. & Castrillón Agudelo, M.C. (2005). Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington, D.C: OPS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No. 39.
- Maya Maya, M.C. (2003) Identidad profesional. Investigación y Educación en enfermería, 21(1) 98-104.
- Araújo Netto, L.F.S.. & Souza Ramos, F.R. (2004). Consideraciones finales sobre el proceso de construcción de la identidad del enfermero en el trabajo cotidiano. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Enero/febrero, 12, (1) p.50-57.
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2002) Formar para Transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina. 1990 – 2000 Publicación N° 54.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). La Enfermería en la Región de las Américas. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Washington:OPS. Nro 16.
- Pan American Health Organization. (1998). Nurse Effectiveness: Health and Cost-Effective Nursing Services. Washington
- Pan American Health Organization (2004). Nursing and midwifery services Contributing to equity, access, Coverage, quality, and sustainability In the health services.
- Pérez Andrés, C.; Alameda Cuesta, A. & Albéniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión.. Revista Española de Salud Pública, Setiembre/octubre, 76, (5) 517-530.
- Ramírez Rosales, V. (2008) La construcción de la identidad profesional de las normalistas tlaxcaltecas. Disertación doctoral. Universidad Autónoma Metropolitana. México. Recuperado de <http://www.eumed.net/tesis/2009/vrr/index.htm> 4-12-2010
- Real Villareal, M.A. (2002) Sociología de la profesión de Graduado Social. Disertación doctoral. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Alicante. Recuperado de <http://www.lluisvives.com/> 15-07-2010
- Robertson, L. (1999). Association between continuing education and job satisfaction of nurses employed in long term care facilities. The journal of continuing education nursing. 30, (3) 108-112.

- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2003). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto. 3ra edición.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Torres Esperón, J. M. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. Revista Cubana Salud Pública, Setiembre/octubre, 30 , (4) recuperado el 12-02-2011 de <http://scielo.sld.cu>
- Wainerman, C. & Binstock, G.P. (1993). Ocupación y Género. Mujeres y varones en enfermería. Buenos Aires. Centro de Estudios de Población. CENEP. Cuaderno Nro 48.

Para citar este artículo:

Samaniego, Corina - Cárcamo, Silvia - Frankel, Daniel (31-03-2011). LA IMAGEN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SU CONTEXTO DE TRABAJO.

HOLOGRAMATICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ

Año VII, Número 14, V1, pp.59-92

ISSN 1668-5024

URL del Documento : cienciaried.com.ar/ra/doc.php?n=1437

URL de la Revista : cienciaried.com.ar/ra/revista.php?wid=3